**ENVELHECIMENTO E CAPACIDADE PARA O
TRABALHO ENTRE TRABALHADORES BRASILEIROS**

Autora: Maria Silvia Monteiro

**Tese de Doutorado apresentada ao
Setor de Saúde do Trabalhador do
Departamento de Saúde Ambiental da
Faculdade de Saúde Pública da Universi-
dade de São Paulo, sob orientação do
Professor Titular Jorge da Rocha
Gomes.**

São Paulo, 11 de janeiro de 1999.

Autorizo, exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta tese, por processos fotocopiadores.

Assinatura:

Data: 11 de janeiro de 1999.

38515199 doc

A Meus Pais,

Mariazinha e Renato

AGRADECIMENTOS

Ao Professor Titular Jorge da Rocha Gomes pela receptividade e equilíbrio sempre presentes.

Ao CNPq por ter possibilitado o meu período de estágio junto ao Työterveyslaitos - Instituto Finlandês de Saúde Ocupacional, em Helsinque, na modalidade bolsa sanduiche.

Ao Doutor Juhani Ilmarinen, diretor do Departamento de Fisiologia do Instituto Finlandês de Saúde Ocupacional, pelo estímulo e pelas contribuições a este trabalho e com quem aprendi muito.

Ao Doutor Olli Korhonen por suas contribuições.

À Doutora Kaija Tuomi pelo interesse, disponibilidade e contribuições na discussão dos resultados preliminares deste estudo, quando de sua apresentação na Second International ICOH Conference on Aging and Work: Work Ability of Elderly Workers: a Challenge for Occupational Health, em setembro de 1998 em Elsinore, Dinamarca.

À pesquisadora Anna-Riikka Pukari, por ter me ajudado muito nas tarefas de sobrevivência cotidiana num país tão distante e num contexto tão diferente. Também ao pesquisador Timo Suurnäkki, ambos do mesmo Instituto, pela colaboração recebida. Kiitos.

À Faculdade de Saúde Pública da USP pelo auxílio financeiro recebido para minha participação no evento acima citado e que muito enriqueceu este trabalho e minha experiência.

Aos colegas do Departamento de Enfermagem da UFSCar pela colaboração durante o desenvolvimento deste trabalho.

À CAPES por ter me oferecido bolsa durante a maior parte deste trabalho.

Ao Professor Heleno Rodrigues Corrêa Filho, pela receptividade, disponibilidade e contribuições a este trabalho.

Aos profissionais da empresa estudada, que possibilitaram e colaboraram para a realização deste estudo e aos respondentes, que tornaram este trabalho possível.

A todas as pessoas que de algum modo contribuíram para esta realização.

RESUMO

MONTEIRO, M.S. **Envelhecimento e capacidade para o trabalho entre trabalhadores**

brasileiros. São Paulo; 1999. [Tese de Doutorado - Faculdade de Saúde Pública da USP].

Objetivo Frente ao envelhecimento da população brasileira e às modificações em curso na idade para aposentadoria de homens e mulheres no Brasil que levam à extensão da vida no trabalho realizou-se um estudo para avaliar a capacidade para o trabalho de trabalhadores com 35 anos ou mais.

Métodos Pesquisou-se os trabalhadores nesta faixa etária em um Centro de Pesquisa e Desenvolvimento utilizando o índice de capacidade para o trabalho, metodologia desenvolvida por pesquisadores finlandeses, a qual se baseia na auto-percepção dos indivíduos em relação à sua capacidade para o trabalho sendo que 38,4% dos indivíduos responderam ao questionário (n=238). Também foi analisado o absenteísmo-doença na empresa relativo ao ano de 1997, num total de 127 atestados.

Resultados A idade média foi de $40,8 \pm 4,6$ para o gênero feminino e $44,0 \pm 5,9$ para o masculino. O índice de capacidade para o trabalho médio foi de $40,6 \pm 5,4$ para o gênero feminino e de $42,2 \pm 4,5$ para o masculino. Obtiveram os melhores índices os indivíduos de mais idade, os do gênero masculino, os com alta escolaridade e os com menor número de doenças com diagnóstico médico referidas. Tiveram absenteísmo-doença em relação à população total 7,2% do grupo de 35 a 39 anos, 6,4% dos de 40 a 49 anos e 3,7% dos de 50 a 57 anos. O gênero feminino teve 50,4% do absenteísmo-doença e era apenas 21,5% da população total.

Conclusão O uso da metodologia índice de capacidade para o trabalho mostrou-se adequada pois as mesmas tendências encontradas na população de estudo foram identificadas no absenteísmo doença registrado.

Descritores: Envelhecimento, Capacidade para o Trabalho, Índice de Capacidade para o Trabalho, Trabalhadores Brasileiros.

SUMMARY

MONTEIRO, M.S. **Envelhecimento e capacidade para o trabalho entre trabalhadores brasileiros.** [Aging and work ability among Brazilian workers]. São Paulo (BR); 1999. [Tese de Doutorado - Faculdade de Saúde Pública da USP].

Objective The ageing of the Brazilian population and the modifications in the retirement law that are happening increased the duration of the work life; this study evaluates the work ability among workers 35 years old and over.

Methods A study had been done at a Research and Development Center using the work ability index, methodology developed by Finnish researchers which is based in the self perception of the individuals in relation to their work ability; 38,4% of the individuals answered the questionnaire (n=238); the sick leave in 1997 had been analysed too (n=127).

Results The mean age was $40,8 \pm 4,6$ for female and $44,0 \pm 5,9$ for male and the mean work ability index was $40,6 \pm 5,4$ for female and $42,2 \pm 4,5$ for male. The individuals with the best index values were: the older; the males; those with higher education; those with lower number of referred diseases with physician diagnostic. Individuals who had sick leave in relation to the total population were 7,2% of the 35 to 39 years group, 6,4% of the group from 40 to 49 years and 3,7% of the group from 50 to 57 years. The females had 50,4% of the sick leave and were only 21,5% of the total population.

Conclusion The use of the work ability index was adequate because the general trends that were found in the study population were present in the total population.

Descriptors: Aging, Work Ability, Work Ability Index, Brazilian Workers.

ÍNDICE

1. Introdução.....	01
1.1. O Envelhecimento da População no Brasil e no Mundo.....	02
1.2. O Envelhecimento e a Capacidade para o Trabalho.....	08
1.3. O Índice de Capacidade para o Trabalho.....	11
2. Objetivos.....	13
3. Metodologia.....	14
3.1. O Instrumento Utilizado.....	14
3.2. O Delineamento do Estudo.....	17
4. Apresentação dos Resultados.....	21
4.1. Capacidade para o Trabalho Geral.....	25
4.2. Idade e Capacidade para o Trabalho.....	32
4.3. Doenças na População de Estudo e Capacidade para o Trabalho.....	40
4.3.1. Dados do Índice de Capacidade para o Trabalho.....	40
4.3.2. Dados dos Atestados Médicos Registrados em 1997.....	61
4.4. Gênero e Capacidade para o Trabalho.....	64
4.5. Escolaridade e Capacidade para o Trabalho.....	71
4.6. Alguns Aspectos Ligados às Condições de Vida e de Trabalho.....	78
5. Discussão dos Resultados.....	84
6. Conclusões.....	90
7. Recomendações.....	92
8. Referências Bibliográficas.....	94
9. Anexos	
Anexo 1. Questionário do Índice de Capacidade para o Trabalho	
Anexo 2. Tabelas complementares	
Anexo 3. Carta de apresentação aos respondentes	

LISTA DE TABELAS

1.Grupo de idade na população de estudo e total.....	21
2.Gênero na população de estudo e total.....	22
3.Ocupação na população de estudo e total.....	22
4.Escolaridade na população de estudo	23
5.Duração do emprego na população de estudo e total	23
6.Desenvolvimento de atividade gerencial na população de estudo e total.....	24
7.Índice de capacidade para o trabalho, gênero e idade.....	25
8.Grupo etário e índice de capacidade para o trabalho.....	25
9.Índice de capacidade para o trabalho.....	26
10.Capacidade de trabalho atual comparada com a melhor da vida.....	27
11.Capacidade de trabalho em relação às exigências físicas do trabalho.....	27
12.Capacidade de trabalho em relação às exigências mentais do trabalho.....	28
13.Número de doenças com diagnóstico médico.....	28
14.Impedimento estimado ao trabalho devido a doença.....	29
15.Ausência ao trabalho devido a doença nos últimos doze meses.....	29
16.Prognóstico próprio da capacidade de trabalho para daqui a dois anos.....	30
17.Capacidade de apreciar as atividades normais diárias.....	30
18.Capacidade de sentir-se ativo e alerta recentemente.....	30
19.Capacidade de sentir-se cheio de esperança para o futuro recentemente.....	31
20.Total de pontos em recursos mentais	31
21.Grupo etário e índice de capacidade para o trabalho.....	32
22.Grupo etário e capacidade de trabalho atual comparada com a melhor da vida.....	33
23.Grupo etário e capacidade de trabalho em relação às exigências físicas do trabalho.....	33
24.Grupo etário e capacidade de trabalho em relação às exigências mentais do trabalho.....	34
25.Grupo etário e número de doenças com diagnóstico médico.....	35
26.Grupo etário e impedimento estimado ao trabalho devido a doença.....	35
27.Grupo etário e ausência ao trabalho devido a doença nos últimos doze meses.....	36
28.Grupo etário e prognóstico próprio da capacidade de trabalho para daqui a dois anos.....	36
29.Grupo etário e capacidade de apreciar as atividades normais diárias.....	37
30.Grupo etário e capacidade de sentir-se ativo e alerta recentemente.....	37
31.Grupo etário e capacidade de sentir-se cheio de esperança para o futuro recentemente.....	38
32.Grupo etário e total de pontos em recursos mentais.....	39

33. Número de doenças com diagnóstico médico e índice de capacidade para o trabalho.....	40
34. Número de doenças com diagnóstico médico e capacidade de trabalho atual comparada com a melhor da vida.....	41
35. Número de doenças com diagnóstico médico e capacidade de trabalho em relação às exigências físicas do trabalho.....	42
36. Número de doenças com diagnóstico médico e capacidade de trabalho em relação às exigências mentais do trabalho.....	42
37. Número de doenças com diagnóstico médico e impedimento estimado ao trabalho devido a doença.....	43
38. Número de doenças com diagnóstico médico e ausência ao trabalho devido a doença nos últimos doze meses.....	43
39. Número de doenças com diagnóstico médico e prognóstico próprio da capacidade de trabalho para daqui a dois anos.....	44
40. Número de doenças com diagnóstico médico e capacidade de apreciar as atividades normais diárias.....	45
41. Número de doenças com diagnóstico médico e capacidade de sentir-se ativo e alerta recentemente.....	45
42. Número de doenças com diagnóstico médico e capacidade de sentir-se cheio de esperança para o futuro recentemente.....	46
43. Número de doenças com diagnóstico médico e total de pontos em recursos mentais	46
44. Lesão por acidente, distúrbio ou doença atual auto-referida de acordo com a região do corpo atingida.....	47
45. Lesão por acidente, distúrbio ou doença atual com diagnóstico médico de acordo com a região do corpo atingida.....	48
46. Distúrbio leve auto-referido e índice de capacidade para o trabalho.....	48
47. Distúrbio mental leve auto-referido e grupo etário.....	49
48. Distúrbio mental leve auto-referido e gênero.....	49
49. Distúrbio mental leve auto-referido e capacidade de trabalho atual comparada com a melhor da vida.....	50
50. Distúrbio leve auto-referido e capacidade de trabalho em relação às exigências físicas do trabalho.....	51
51. Distúrbio mental leve auto-referido e capacidade de trabalho em relação às exigências mentais do trabalho.....	51
52. Distúrbio mental leve auto-referido e número de doenças com diagnóstico médico.....	52
53. Distúrbio mental leve auto-referido e impedimento estimado ao trabalho devido a doença.....	52
54. Distúrbio mental leve auto-referido e ausência ao trabalho devido a doença nos últimos doze meses.....	53
55. Distúrbio mental leve auto-referido e prognóstico próprio da capacidade de de trabalho para daqui a dois anos.....	53

56. Distúrbio mental leve auto-referido e capacidade de apreciar as atividades normais diárias.....	54
57. Distúrbio mental leve auto-referido e capacidade de sentir-se ativo e alerta recentemente.....	54
58. Distúrbio mental leve auto-referido e capacidade de sentir-se cheio de esperança para o futuro recentemente.....	55
59. Distúrbio mental leve auto-referido e total de pontos em recursos mentais...	55
60. Total de pontos em recursos mentais em relação às exigências mentais do trabalho.....	56
61. Doenças músculo-esqueléticas atuais auto-referidas e ausência por doença nos últimos doze meses.....	56
62. Doenças músculo-esqueléticas atuais auto-referidas e impedimento estimado ao trabalho.....	57
63. Doenças músculo-esqueléticas atuais auto-referidas e exigências físicas do trabalho.....	58
64. Lesão atual de acidente com diagnóstico médico e ausência por doença nos últimos doze meses.....	59
65. Doença cardiovascular atual com diagnóstico médico e ausência por doença nos últimos doze meses.....	59
66. Doenças músculo-esqueléticas atuais com diagnóstico médico e ausência por doença nos últimos doze meses.....	60
67. Absenteísmo-doença por grupo de idade e região do corpo atingida no ano de 1997.....	62
68. Absenteísmo-doença e duração do afastamento em dias em 1997.....	63
69. Duração do afastamento por doença em dias em 1997 e o gênero.....	63
70. Gênero e índice de capacidade de trabalho.....	64
71. Gênero e capacidade de trabalho atual comparada com a melhor da vida....	65
72. Gênero e capacidade de trabalho em relação às exigências físicas do trabalho.....	65
73. Gênero e capacidade de trabalho em relação às exigências mentais do trabalho.....	66
74. Gênero e número de doenças com diagnóstico médico.....	66
75. Gênero e impedimento estimado ao trabalho devido a doença.....	67
76. Gênero e ausência ao trabalho devido a doença nos últimos doze meses....	67
77. Gênero e prognóstico próprio da capacidade de trabalho para daqui a dois anos.....	68
78. Gênero e capacidade de apreciar as atividades normais diárias.....	69
79. Gênero e capacidade de sentir-se ativo e alerta recentemente.....	69
80. Gênero e capacidade de sentir-se cheio de esperança para o futuro recentemente.....	69
81. Gênero e total de pontos em recursos mentais.....	70
82. Escolaridade e índice de capacidade para o trabalho.....	71
83. Escolaridade e capacidade de trabalho atual comparada com a melhor da vida.....	72

84. Escolaridade e capacidade de trabalho em relação às exigências físicas do trabalho.....	72
85. Escolaridade e capacidade de trabalho em relação às exigências mentais do trabalho.....	73
86. Escolaridade e número de doenças com diagnóstico médico.....	73
87. Escolaridade e impedimento estimado ao trabalho devido a doença.....	74
88. Escolaridade e ausência ao trabalho devido a doença nos últimos doze meses.....	74
89. Escolaridade e prognóstico próprio da capacidade de trabalho para daqui a dois anos.....	75
90. Escolaridade e capacidade de apreciar as atividades normais diárias.....	75
91. Escolaridade e capacidade de sentir-se ativo e alerta recentemente.....	76
92. Escolaridade e capacidade de sentir-se cheio de esperança para o futuro recentemente.....	76
93. Escolaridade e total de pontos em recursos mentais	77
94. Estado conjugal.....	78
95. Ter outro trabalho.....	78
96. Ter outro trabalho por ocupação.....	79
97. Tempo dispendido semanalmente com o outro trabalho	79
98. Índice de capacidade para o trabalho e ter outro trabalho.....	80
99. Ter outro trabalho e número de doenças com diagnóstico médico.....	80
100. Duração do emprego na empresa e índice de capacidade para o trabalho...81	
101. Desenvolvimento de atividades gerenciais e índice de capacidade para o trabalho.....	81
102. Tempo dispendido diariamente em deslocamento residência-trabalho-residência.....	82
103. Tempo dispendido diariamente em deslocamento residência-trabalho-residência e índice de capacidade para o trabalho.....	82
104. Tempo dispendido semanalmente em tarefas domésticas e o número de doenças com diagnóstico médico.....	83
105. Gênero em relação à realização de tarefas domésticas.....	83
106. Gênero e tempo dispendido semanalmente em tarefas domésticas.....	83

LISTA DE ABREVIATURAS

IBGE: Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.

ICT: Índice de Capacidade para o Trabalho.

ILO: International Labour Office.

OIT: Oficina Internacional del Trabajo.

PNUD/IPEA: Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento/ Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada.

WHO: World Health Organization.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Esperança de vida ao nascer e fecundidade total. Brasil, 1940-2020.....	03
Figura 2. Composição da população por grupos etários. Brasil, 1980-1996.....	04
Figura 3. Taxas de mortalidade infantil. Brasil e grandes regiões, 1980-1994.....	05

LISTA DE TABELAS COMPLEMENTARES

1. Distúrbio mental leve atual auto-referido e com diagnóstico médico
2. Doença músculo-esquelética atual auto-referida e com diagnóstico médico
3. Doença cardiovascular atual auto-referida e com diagnóstico médico
4. Lesão atual de acidente auto-referida e com diagnóstico médico
5. Doença endócrina e metabólica atual auto-referida e com diagnóstico médico
6. Doença neurológica e sensorial atual auto-referida e com diagnóstico médico

1. INTRODUÇÃO

O interesse em estudar o envelhecimento e a capacidade para o trabalho num país em desenvolvimento deriva da necessidade gerada pelas mudanças que vêm ocorrendo na composição etária da população e na longevidade da mesma, bem como nas mudanças sócio-político-econômicas que apontam para a tendência em manter as pessoas trabalhando até uma idade mais avançada.

A metodologia utilizada é o Índice de Capacidade para o Trabalho- doravante referido como ICT- a qual foi desenvolvida por pesquisadores do Instituto Finlandês de Saúde Ocupacional (TUOMI, 1994,1997).

O objetivo principal deste trabalho é descrever a utilização desta metodologia na avaliação da capacidade para o trabalho de trabalhadores numa empresa brasileira e discutir a sua aplicabilidade neste contexto.

Primeiramente é feita uma breve explanação abordando o envelhecimento da população no Brasil e no mundo, o envelhecimento e o trabalho e o índice de capacidade para o trabalho.

Segue-se a descrição dos objetivos.

A metodologia utilizada , o ICT, é então apresentado, bem como um pequeno histórico sobre sua origem, desenvolvimento e resultados alcançados. É apresentado o delineamento do estudo e os resultados do mesmo.

O trabalho é completado com a discussão dos achados, as conclusões e recomendações.

1.1. O ENVELHECIMENTO DA POPULAÇÃO NO BRASIL E NO MUNDO

O processo dinâmico de envelhecimento da população é chamado transição demográfica e consiste de reduções nas taxas de fertilidade, de mortalidade infantil e de mortes causadas por doenças infecciosas (DAVIES, 1988).

Este processo pode ser resumido em quatro etapas: na primeira a mortalidade ocorre em crianças e a maioria da população é jovem; na segunda a mortalidade diminui e as taxas de crescimento se elevam, gerando um aumento na proporção de pessoas jovens. Em seguida as taxas de fertilidade caem e a mortalidade continua a diminuir levando a um aumento na população em idade produtiva ou mais. Por último, há um declínio na mortalidade em todos os grupos de idade, gerando um aumento na proporção de idosos. (KALACHE, 1991)

A figura 1 mostra a evolução da esperança de vida ao nascer e da fecundidade total no Brasil de 1940 a 2020.

Fonte: IBGE, 1995: dados de 1940 a 1990; IBGE, 1997: dados projetados para o período de 1996 a 2020.

Observa-se o declínio da taxa de fecundidade total, que RAMOS et. al.(1987) atribuem, entre outros fatores, ao processo de urbanização, gerador de mudanças sócio culturais com a incorporação progressiva da mulher à força de trabalho e com a utilização de métodos contraceptivos.

Também se observa o aumento crescente da esperança de vida ao nascer, levando ao envelhecimento da população e gerando novas necessidades de assistência à saúde, entre outras, para o grupo etário de sessenta anos e mais.

As mudanças na composição etária da população são ilustradas na figura 2, onde observa-se a redução na composição do grupo de 0 a 14 anos e o crescimento dos grupos de 15 a 64 e de 65 ou mais anos.

Fonte: IBGE, 1996, Contagem da população, v.1, p.29.

Outro fator que colaborou para o aumento da esperança de vida ao nascer foi a transição epidemiológica, ou seja, as mudanças nas causas de morte, que passaram de doenças infecciosas e parasitárias para doenças cardíacas e câncer.(VERAS, 1994)

No Brasil grandes transformações vem ocorrendo nas causas de morte: KALACHE (1991) estudou as alterações no período 1940-1980 e observou que em 1940 mais de 40% dos óbitos foram causados por doenças infecciosas e parasitárias, sendo que, em 1980, esta proporção passou para apenas 12%; no mesmo período as mortes por doenças cardiovasculares aumentaram de 14 para 32% enquanto que os neoplasmas aumentaram de 4% para 12%.

KINSELLA (1994) ao analisar dados demográficos e de saúde para a América Latina e o Caribe relata que em alguns países as diferentes fases da transição epidemiológica coexistem, havendo simultaneamente grande número de mortes por doenças infectoparasitárias e também por doenças crônicas, além dessas variações poderem estar associadas a diferentes regiões geográficas e grupos sociais, fenômeno descrito como polarização epidemiológica.

Certamente esta idéia se aplica ao Brasil, já que temos aqui grandes diferenças regionais, exemplificadas na figura 3, a qual apresenta a evolução da taxa de mortalidade no Brasil e por Grandes Regiões no período de 1980 a 1994.

Fonte: IBGE, 1997.

A tendência é de redução da taxa de mortalidade infantil no referido período, porém com grandes diferenças regionais, ficando a disparidade maior com o Nordeste, que tem as mais altas taxas.

Essa heterogeneidade existente no Brasil decorre das diferenças sócio-econômicas entre as diferentes regiões e também dentro das grandes metrópoles, com a coexistência de áreas de grande desenvolvimento e de extrema pobreza.

Há também uma intensa concentração de renda entre uma pequena parcela da população; Barros et. al. 1995, citados por PNUD/IPEA (1996) analisaram a razão entre a renda média dos 10% mais ricos e dos 40% mais pobres da população e enquanto na Holanda, Bélgica, Finlândia e Alemanha a razão estava em torno de 5, no Brasil era de quase 30.

Estando a economia brasileira entre as dez maiores do mundo , pode-se estimar a intensidade das desigualdades sociais no país.

Existem repercussões no processo de envelhecimento conseqüentes às condições de vida e de trabalho muitas vezes precárias existentes nos países em desenvolvimento (KALACHE, 1991; VERAS, 1994).

Assim, ainda que a esperança de vida ao nascer venha aumentando no Brasil, pode-se esperar diferentes graus de incapacidade e doença derivadas das condições de vida e de trabalho, que poderão se manifestar já na vida adulta.

Vários autores abordam o processo de envelhecimento da população em seus aspectos demográficos (KALACHE et. al., 1987; DUCHIADE, 1995; MONTEIRO e ALVES, 1996) enquanto outros enfocam o processo de envelhecimento da população enquanto gerador de novas demandas sociais (RAMOS et. al., 1987; VERAS et. al., 1987; VERAS, 1991).

Pesquisas que tem como objeto de estudo a população de 60 anos ou mais vem sendo desenvolvidas no Brasil, mas acredito que há uma lacuna a ser preenchida, que é o estudo do envelhecimento na população adulta, visando a identificação dos fatores geradores de doenças e das possíveis estratégias de intervenção objetivando preservar a capacidade para o trabalho, a saúde e a qualidade de vida das pessoas. Este trabalho é uma contribuição nesta perspectiva.

O processo de envelhecimento da população já vem ocorrendo há mais tempo nos países desenvolvidos e segundo a ILO (1995) em 1950 8% da população mundial tinha 60 anos ou mais e para o ano 2025 a estimativa projetada é de que 14% estará neste grupo etário, com a peculiaridade de que 72% deste total estará em países em desenvolvimento, criando a necessidade de investimentos em saúde, cuidado e renda desses indivíduos.

Nos países desenvolvidos vem aumentando a participação do grupo de 45 a 64 anos de idade na população trabalhadora; nos países da Organização para Cooperação Econômica e Desenvolvimento em 1980 30% dos trabalhadores estavam nesta faixa etária e as estimativas para o ano 2000 e 2025 são respectivamente de 35,5% e 41,3%.(WHO, 1993)

Na Holanda nos anos 90 34% do grupo entre 20 e 65 anos tinha mais que 44 anos; em 1996, aumentou para 37% e as projeções para o ano 2000 e 2015 são de 39% e 46% , respectivamente (ZWART, 1997).

Na América Latina e no Caribe a idade média da população apresenta grande variação: em 1990 era de 31 anos no Uruguai, 28 anos na Argentina e 17 anos na Nicarágua; no Brasil a idade média da população em 1990 era de 22 anos e para o ano de 2020 a projeção é de que esteja em torno de 30 anos, o que tem implicações sociais e econômicas , derivadas do envelhecimento da população trabalhadora(KINSELLA, 1994).

Nos países desenvolvidos o aumento da participação de grupos etários de mais idade na população trabalhadora gerou a necessidade de desenvolvimento de pesquisas para subsidiar a busca da preservação da capacidade para o trabalho destes grupos.

A idade média da população ainda é baixa no Brasil, porém as condições de vida e de trabalho deixam muito a desejar, o que possivelmente está afetando a população trabalhadora numa idade mais precoce; outro aspecto importante são as mudanças nas regras de aposentadoria que estão sendo implementadas, as quais prolongam a vida no trabalho para homens e mulheres por uma questão econômica (a crise na Previdência Pública brasileira) sem as desejáveis medidas para preservação da capacidade de trabalho, que deveriam acompanhar estas transformações.

Neste contexto de reformas previdenciárias e mudanças nas regras de aposentadoria MARÍN e IGUTI (1997) analisam a questão da aposentadoria, do envelhecimento e das condições de trabalho e desemprego no Brasil , resgatando o impacto negativo das condições de vida e de trabalho sobre a saúde dos indivíduos, com conseqüências no processo de envelhecimento, agravadas nas populações de baixa renda , que tem também reduzida ou nenhuma escolaridade, o que dificulta a sua inserção no mercado de trabalho.

1.2. O ENVELHECIMENTO E A CAPACIDADE PARA O TRABALHO

Organismos internacionais tem se preocupado com a questão do envelhecimento e do trabalho, conforme pode ser verificado em publicações da Organização Internacional do Trabalho - OIT(1992) e da Organização Mundial da Saúde - WHO (1993).

A política da OIT em relação às pessoas de idade avançada baseia-se em três elementos: a prevenção da discriminação por razão de idade no emprego e na ocupação; a melhor proteção social e preparação para a aposentadoria; a facilitação do acesso à aposentadoria e a obtenção de uma pensão decente. (OIT, 1992)

A WHO (1993) reuniu em 1991 um grupo de peritos para estudar o envelhecimento e a capacidade para o trabalho tendo como objetivos: a análise das mudanças na capacidade de trabalho decorrentes do envelhecimento em relação à política de emprego e o desenvolvimento sustentável em todos os países membros; o estudo do conhecimento sobre o envelhecimento biológico, voltado para as mudanças nas capacidades física e mental e para a adaptação às exigências do trabalho; a identificação dos problemas de saúde relacionados às mudanças na capacidade de trabalho na força de trabalho em envelhecimento; a definição de estratégias e de recomendações para auxiliar os países membros a superar os problemas de saúde relacionados ao envelhecimento da população trabalhadora e às mudanças na capacidade para o trabalho; a identificação de lacunas no conhecimento e áreas para pesquisas posteriores.

Este grupo definiu como trabalhador em envelhecimento, na perspectiva da saúde ocupacional, aquele com mais de 45 anos, idade a partir da qual acontece um decréscimo de algumas capacidades funcionais.

ILMARINEN (1997) afirma que nos países em desenvolvimento a definição de trabalhador em envelhecimento deve se estender para grupos etários menores de 45 anos e a promoção da capacidade para o trabalho ser iniciada no máximo na faixa de 30 a 35 anos.

O envelhecimento implica muitas modificações nos vários sistemas do corpo humano que levam à uma diminuição gradativa na eficácia de cada um deles, por exemplo a mudança na constituição física dos músculos e do tecido subcutâneo com a idade, quando a massa adiposa dobra em valor relativo enquanto que a massa muscular diminui, levando à uma redução da força, da resistência e da massa muscular. Em cada sistema ocorrem transformações importantes decorrentes do envelhecimento e que levam à uma diminuição na capacidade dos indivíduos; porém, o treinamento físico em qualquer idade pode melhorar ou reverter algumas dessas mudanças (WHO, 1993).

SPIRDUSO (1994) analisa o desempenho no trabalho de trabalhadores mais velhos e quanto à habilidade mental relata um declínio na função cognitiva e uma melhora no julgamento e na inteligência, além de redução na impulsividade no trabalho. Em relação à habilidade física, há um decréscimo, dificultando o desempenho de tarefas de grande exigência física; o mesmo autor cita KOVAR e LACROIX (1987) que pesquisaram a habilidade para desempenhar atividades relacionadas ao trabalho de indivíduos de 55 a 74 anos que mantinham-se trabalhando desde os 45 anos de idade.

As atividades estudadas foram mobilidade, resistência para atividades restritas, força nas partes superior e inferior do corpo, liberdade de movimento e habilidade motora fina. Os resultados demonstram que 58% da população estudada desempenhou as atividades satisfatoriamente; o restante referiu maior dificuldade em atividades que exigiam força da parte inferior do corpo, a qual aumentava com a idade. Por outro lado, as atividades dependentes de liberdade de movimento e habilidade motora fina foram menos afetadas pela idade.

SPIRDUSO (1994) cita ainda a contribuição da experiência adquirida para o bom desempenho do trabalhador mais velho e também das características pessoais e sociais desse grupo, que se refletem em uma atitude mais séria em relação ao trabalho e o uso do

julgamento maduro na tomada de decisões, assim como mais pontualidade e atenção à qualidade e menor incidência de absenteísmo.

Sobre o papel da cognição na relação entre idade e trabalho SALTHOUSE (1998) relata que muitas pesquisas tem enfatizado predominantemente os aspectos negativos e argumenta que outros estudos vem demonstrando que aspectos da cognição que se concluiu declinarem com a idade são menos importantes para o desempenho no trabalho quando o indivíduo já tem experiência e conhecimento relevante numa ocupação.

ILMARINEN (1998) ressalta o crescimento mental advindo do envelhecimento e as habilidades desenvolvidas, como a prudência, a habilidade para compreender o todo, o melhor controle da vida, o melhor comando verbal, a maior motivação para aprender, o maior compromisso com o trabalho, e maior experiência de trabalho, com efeitos positivos no desempenho no trabalho e também menos ausência por doença.

Em vários países desenvolvidos vem sendo realizados programas voltados para a avaliação da capacidade de trabalho dos indivíduos, dos fatores que a afetam e para a realização de intervenções visando a melhoria desta capacidade; Finlândia, Suécia, Dinamarca, Noruega, Holanda, Áustria e China são alguns exemplos.

1.3. O ÍNDICE DE CAPACIDADE PARA O TRABALHO

A presente pesquisa baseou-se na aplicação de um instrumento de avaliação da capacidade para o trabalho, o “Índice de Capacidade para o Trabalho”- ICT, desenvolvido por pesquisadores do Instituto Finlandês de Saúde Ocupacional, onde foi realizada uma pesquisa com o objetivo de promover a saúde e a capacidade para o trabalho de trabalhadores em envelhecimento. O estudo finlandês foi motivado pela necessidade de se estabelecer critérios para determinar a idade de aposentadoria, pois a proporção de pessoas entre 45 e 64 anos de idade na força de trabalho deve aumentar de 31,1% em 1980 para 40,1% no ano 2000. (ILMARINEN et. al., 1991).

O estudo foi realizado no período de 1981 a 1992 com trabalhadores municipais finlandeses na faixa etária de 44 a 58 anos. O objetivo foi buscar formas de prevenir doenças e incapacidade entre trabalhadores que se encontram em idade próxima à de aposentadoria e também manter sua saúde e capacidade para o trabalho. Foram estudados o trabalho, o estilo de vida, a saúde, a capacidade para o trabalho e os sintomas de estresse através de pesquisas com questionários em 1981, 1985 e 1992. Durante o seguimento foram incorporados também dados relativos à incapacidade para o trabalho e mortalidade na população estudada (TUOMI et. al., 1997).

Foram acompanhados 6257 indivíduos e ao final apenas 924 (14,8%) estavam empregados na mesma ocupação; 6,3% morreram, 29,6% se aposentaram por incapacidade e 41,5% se aposentaram por idade. Ao final do seguimento os trabalhadores identificaram que seu trabalho havia se tornado mais pesado física e mentalmente (TUOMI et. al., 1997).

O uso do ICT permitiu prever a aposentadoria por incapacidade e a morte: dos sujeitos que em 1981 tinham índice de capacidade para o trabalho baixo 62,2% tiveram aposentadoria por incapacidade, 11,6% morreram e apenas 2,4% continuaram a trabalhar em

tempo integral em 1992. Já entre os que tiveram ICT excelente em 1981 aproximadamente 16% tiveram aposentadoria por incapacidade e 2,5% morreram.

O estudo mostrou ainda que a capacidade para o trabalho da maioria dos indivíduos se deteriorou antes da idade prevista para aposentadoria, que é de 63 anos mas em alguns casos pode chegar a 55 anos; nesta faixa etária pouco mais de um terço dos sujeitos continuará trabalhando até a idade prevista para aposentadoria. (TUOMI et.al., 1997)

Outros estudos vem sendo desenvolvidos pelo mesmo instituto: no período de 1990 a 1996 foi desenvolvido o programa “Respeito pelo Envelhecimento” com o objetivo de promover a capacidade para o trabalho e o bem-estar durante o envelhecimento (ILMARINEN, 1998).

Também um “Programa Nacional para Trabalhadores em Envelhecimento” está sendo desenvolvido de 1998 a 2002 com o objetivo de reforçar a posição dos indivíduos com mais de 45 anos no mercado de trabalho (MINISTRY OF SOCIAL AFFAIRS AND HEALTH, 1998).

Os resultados alcançados nos estudos realizados na Finlândia, a difusão e o uso da metodologia índice de capacidade para o trabalho em outros países e a necessidade de avaliar a capacidade para o trabalho entre trabalhadores brasileiros em envelhecimento me motivaram a adotar esta metodologia em minha pesquisa.

A tradução do ICT para o português, da qual participei, foi feita em 1996 e publicada no ano seguinte (TUOMI et. al., 1997); esta inclui além do questionário uma explanação sobre a metodologia, o modo de cálculo do índice, exemplos de sua utilização e resultados dos estudos finlandeses para comparação.

No Brasil até este momento tenho conhecimento da realização de estudos utilizando a metodologia: em Florianópolis, por Silveira (1998) que estudou bombeiros e em São Paulo por BELUSCI (1998), que estudou trabalhadores do judiciário e FISCHER (1998), que estudou trabalhadores de enfermagem.

2.OBJETIVOS

GERAL

Avaliar a capacidade para o trabalho auto-percebida de trabalhadores com 35 anos ou mais num centro de pesquisa e desenvolvimento de uma empresa.

ESPECÍFICOS

1. Avaliar a capacidade para o trabalho por faixa etária a partir de trinta e cinco anos de idade utilizando o índice de capacidade para o trabalho.
2. Descrever a prevalência de doenças auto-referidas e com diagnóstico médico relatadas no grupo estudado.
3. Descrever o absentismo-doença ocorrido na empresa no período da coleta de dados.
4. Analisar a adequação do índice de capacidade para o trabalho na avaliação da capacidade para o trabalho num grupo de trabalhadores brasileiros.

3.METODOLOGIA

Este trabalho é um estudo epidemiológico transversal ou de prevalência, definido por ALMEIDA FILHO e ROUQUAYROL (1992) como “estudo epidemiológico no qual fator e efeito são observados num mesmo momento histórico”, o que possibilita um registro instantâneo da capacidade para o trabalho na população estudada.

3.1. O INSTRUMENTO UTILIZADO

O índice de capacidade para o trabalho (anexo 1) tem por base a auto-percepção dos trabalhadores em relação à sua capacidade de trabalho e por objetivo a identificação do declínio da capacidade para o trabalho num estágio precoce, o seguimento dos efeitos de medidas preventivas e de reabilitação precoce e a avaliação da incapacidade para o trabalho (ILMARINEN & TUOMI, 1992) e abrange sete itens em dez questões, a cujas respostas são atribuídos pontos, conforme o quadro a seguir.

1. Capacidade para o trabalho atual comparada com a melhor de toda a vida

- uma questão
- escore de zero a dez pontos,

2. Capacidade para o trabalho em relação às exigências do trabalho

- duas questões
- número de pontos ponderados de acordo com a natureza do trabalho,

3. Número atual de doenças diagnosticadas por médico

- lista de cinquenta e uma doenças
- pontuação assim atribuída: 1 ponto se pelo menos 5 doenças, 2 pontos se 4 doenças, 3 pontos se três doenças, 4 pontos se duas, 5 se uma e sete pontos se sem doença, contando-se somente as doenças com diagnóstico médico,

4. Perda estimada ao trabalho devido às doenças

- uma questão
- pontuação variando entre 1 e 6 pontos, de acordo com o item assinalado no questionário e escolhendo-se o pior valor,

5. Faltas ao trabalho por doenças no último ano (nos últimos doze meses)

- uma questão
- pontuação variando de 1 a 5 pontos conforme o item assinalado,

6. Prognóstico próprio sobre a capacidade para o trabalho daqui a dois anos

- uma questão
- pontuação variando entre 1, 4 ou 7 pontos, conforme o item assinalado e

7. Recursos mentais

- três questões
- somando-se o total de pontos nas questões e contando-o da seguinte maneira:
 - se soma de 0 a 3= 1 ponto
 - se soma de 4 a 6= 2 pontos
 - se soma de 7 a 9= 3 pontos
 - se soma de 10 a 12 pontos= 4 pontos.

O **escore final** dos pontos pode variar de 7 a 49, distribuídos na seguinte categorização:

- de 7 a 27 pontos capacidade de trabalho baixa,
- de 28 a 36 capacidade de trabalho moderada,
- de 37 a 43 capacidade de trabalho boa e
- de 44 a 49 capacidade de trabalho ótima.

No item 2, **capacidade de trabalho em relação às exigências do trabalho**, há uma ponderação da resposta de acordo com o tipo de exigência do trabalho predominante, física ou mental. Se o trabalho tem predominantemente exigências físicas o escore de exigências físicas é multiplicado por 1,5 e o de exigências mentais por 0,5. Se as exigências do trabalho são predominantemente mentais, o total de pontos de exigências físicas é multiplicado por 0,5 e o de mentais por 1,5. Em se tratando de trabalho com exigências mistas a pontuação final permanece a mesma.

O ICT é um instrumento que foi desenvolvido para ser empregado em Serviços de Saúde Ocupacional , na forma de questionário a ser respondido individualmente, como um dos métodos que pode ser utilizado para avaliar a capacidade para o trabalho; de acordo com o escore final e o diagnóstico da capacidade para o trabalho, deverão ser tomadas medidas com o objetivo de restaurar a capacidade para o trabalho se ela estiver baixa, melhorá-la se moderada ou boa e mantê-la se ótima.

A metodologia foi traduzida para dezessete línguas e vem sendo utilizada em pesquisas em oito países além da Finlândia; neste trabalho foi utilizada a versão feita para o português TUOMI et. al. (1997).

3.2.O DELINEAMENTO DO ESTUDO

A escolha da empresa em estudo foi feita levando-se em consideração alguns critérios visando alcançar os objetivos propostos de forma ética:

- a existência de um serviço de saúde ocupacional que desenvolvesse predominantemente atividades de prevenção,
- uma população de trabalhadores com grau de escolaridade compatível com o auto-preenchimento dos questionários,
- disponibilidade e interesse por parte dos dirigentes da empresa e dos profissionais de saúde no desenvolvimento da pesquisa,
- respeito pelos dirigentes e profissionais de saúde à confidencialidade dos dados e à ética na realização da pesquisa.

A empresa escolhida é um Centro Nacional de Pesquisa e Desenvolvimento de tecnologia de ponta numa área específica; esta empresa era pública no momento da coleta de dados e hoje está transformada em uma fundação.

A escolha do método para coleta de dados foi baseada em certos princípios visando assegurar que os respondentes pudessem ter liberdade em suas respostas.

Foi solicitado às pessoas que não se identificassem, de forma que as respostas pudessem ser mais confiáveis.

Foram enviados os questionários e uma carta de apresentação (anexo 3) assinada por mim e pelo meu orientador em papel e envelope timbrados da Universidade de São Paulo a cada um dos sujeitos elegíveis, explicando que se tratava de uma pesquisa para meu curso de doutorado, solicitando a resposta sem identificação num prazo de dez dias e comunicando que a pesquisadora receberia os questionários pessoalmente em data e local previamente determinados, dentro da empresa.

No momento do preparo da coleta de dados a empresa tinha 900 pessoas trabalhando e foram considerados elegíveis todos os sujeitos com 35 anos ou mais, num total de 619 pessoas.

Para a escolha desta faixa etária como corte foram considerados os estudos anteriores na Finlândia, que foram feitos a partir dos 45 anos de idade. Considerando a diferença de contexto dos dois países especialmente quanto às regras de aposentadoria, mais precoce aqui, de condições de vida e de trabalho mais difíceis e a restrição no mercado de trabalho brasileiro à contratação de pessoas de 40 anos ou mais, optei pela elegibilidade para os sujeitos a partir dos 35 anos de idade.

Vale ressaltar também que pelo fato da empresa trabalhar com pesquisa e desenvolvimento há um predomínio de profissionais com melhor qualificação, inclusive pesquisadores com doutorado, o que implica na manutenção de pessoas com maior idade trabalhando. Isto pode ser evidenciado no fato de que do total de trabalhadores da empresa 68.8% foram considerados elegíveis.

A primeira coleta de dados foi realizada em novembro de 1996 tendo sido enviados questionários para todas as 619 pessoas com 35 anos de idade ou mais e obtive 160 respostas. Devido ao baixo número de respondentes uma nova coleta de dados foi feita em junho de 1997.

Uma nova carta de apresentação foi elaborada, relatando o ocorrido e solicitando a colaboração dos que não houvessem respondido ao primeiro questionário enviado. Também foi solicitado que os que não quisessem responder expusessem o motivo, tendo sido inserido na carta um espaço para a justificativa.

Desta vez 102 pessoas responderam o questionário e oito não o fizeram e explicitaram o motivo: três pessoas relataram falta de tempo para fazê-lo, três referiram ter respondido o questionário na primeira coleta e dois relataram não desejar revelar seus dados pessoais, ainda que sem identificarem-se.

Do total de 262 questionários respondidos 238 foram utilizados; os que foram excluídos estavam incompletos e outro, de um indivíduo de 65 anos de idade, não foi incorporado ao estudo por haver apenas esta pessoa com mais de 57 anos de idade.

O absenteísmo-doença foi levantado a partir dos atestados médicos do ano de 1997 de toda a empresa, incluindo todas as faixas etárias, perfazendo um total de 127 atestados.

As doenças ou os Códigos Internacionais de Doença constantes nos atestados foram incluídos no banco de dados na forma como estavam registrados e também classificados segundo a listagem de doenças que faz parte do questionário do ICT, para facilitar a discussão da morbidade referida identificada na população de estudo em relação à morbidade registrada nos atestados médicos no ano de 1997.

Os atestados foram analisados segundo a faixa etária, o sexo, a doença e o tempo de afastamento do trabalho em dias.

Encontrei muitas dificuldades para o desenvolvimento desta tarefa, primeiramente, para coletar os dados diretamente dos atestados médicos recebidos pelo Serviço de Recursos Humanos da empresa. Outra dificuldade foi a baixa qualidade no preenchimento destes atestados pelos médicos consultantes, com ausência de diagnóstico ou, ainda que presente, ilegível.

Os dados colhidos nos atestados foram complementados com a idade através de levantamento feito em listagens da empresa.

As ocupações estudadas foram classificadas segundo o tipo de exigência do trabalho predominante a partir do Plano de Classificação de Cargos da empresa estudada.

A análise ergonômica do trabalho foi feita apenas para a ocupação “pesquisador”, que congrega um terço dos respondentes, utilizando a metodologia desenvolvida por ROHMERT e LANDAU (1983).

Por abordar apenas esta ocupação, a análise ergonômica não será objeto deste trabalho, mas apenas de estudos posteriores desta ocupação.

Devido à variabilidade de funções existentes na empresa optei por analisar as diferentes variáveis estudadas em relação à categoria escolaridade, dividida em três grupos de diferentes perfis, que serão detalhadas mais à frente.

O formato de apresentação desta tese baseia-se no “Guia de Apresentação de Teses” , desenvolvido por grupo de trabalho da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO, 1998). Baseando-me nele, os quadros serão denominados tabelas, ainda que tenham conceituação diferentes.

O teste do qui quadrado foi aplicado aos dados e quando o valor de p for significativo será mencionado ($p < 0,05$).

Para a análise dos dados foi utilizado o programa EPI-INFO, versão 6.0.

4.APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Os resultados serão apresentados de forma agrupada, iniciando pelos dados gerais na população de estudo e na população total, seguido pelas médias encontradas em relação ao Índice de Capacidade para o Trabalho- ICT , o gênero e a idade, a distribuição simples da população segundo os itens do índice, o cruzamento dos itens do mesmo por idade, as doenças referidas e outros cruzamentos escolhidos para avaliar que doenças são mais incapacitantes na população e como afetam a capacidade para o trabalho, o absenteísmo doença registrado, o ICT e itens do índice segundo o número de doenças com diagnóstico médico, o número de pessoas com doença mental leve auto-referida, o gênero , a escolaridade, e a distribuição da população segundo alguns aspectos ligados às condições de vida.

Comparando os dados gerais da população de estudo e da população total observamos na tabela 1 a distribuição por grupos de idade.

Tabela 1. Grupo etário na população de estudo e total.

Grupo etário	população de estudo		população total	
	No.	%	No.	%
35 - 39	74	31.1	245	39.6
40 - 49	128	53.8	310	50.0
50 - 57	36	15.1	64	10.4
Total	238	100.0	619	100.0

Valor de p= 0.027831

A tabela 2 apresenta a distribuição por gênero nas duas populações, a qual mostra-se bastante assemelhada.

Tabela 2. Gênero na população de estudo e total.

Gênero	população de estudo		população total	
	No.	%	No.	%
Feminino	53	22.3	133	21.5
Masculino	185	77.7	486	78.5
Total	238	100.0	619	100.0

A distribuição segundo a ocupação nas duas populações é apresentada na tabela 3. Entre os respondentes apenas quinze desenvolvem tarefas que podem ser consideradas um trabalho misto, com exigências físicas e mentais simultâneas; duzentas e vinte e três pessoas - 93,7%- realizam trabalho com exigências predominantemente mentais. Isso é uma decorrência do tipo de atividade desenvolvida pela empresa, basicamente de pesquisa.

Tabela 3. Ocupação na população de estudo e total.

Ocupação	população de estudo		população total	
	No.	%	No.	%
administrador	12	5.0	21	3.4
engenheiro	26	10.9	68	11.0
motorista	4	1.7	20	3.2
outros (8 anos escolaridade)	15	6.3	44	7.1
outros (11 anos escolaridade)	45	18.9	135	21.7
outros (curso superior)	37	15.6	41	6.7
pesquisador	83	34.9	257	41.5
analista de sistemas	16	6.7	33	5.4
Total	238	100.0	619	100.0

A tabela 4 mostra a distribuição dos respondentes segundo a escolaridade. Devido à alta escolaridade existente optei por agrupá-la em três categorias que respondem às necessidades do estudo, mas que certamente não refletem a realidade maior do país.

Tabela 4. Escolaridade na população de estudo.

Escolaridade	No.	%
básica	43	18.0
média	102	42.9
alta	93	39.1
Total	238	100.0

Básica: até curso superior incompleto.

Média: de curso superior completo a especialização incompleta.

Alta: de especialização concluída a doutorado completo.

A duração do emprego na empresa das duas populações é apresentada na tabela 5, observando-se a predominância de pessoas com mais de dez anos de trabalho entre os respondentes. A escolha do intervalo de tempo baseou-se na idéia de utilizar um menor número de categorias para facilitar a leitura e a compreensão dos dados apresentados. Esta mesma idéia norteia a construção das outras tabelas aqui apresentadas.

Tabela 5. Duração do emprego na empresa na população de estudo e total (em anos)

Duração do emprego	população de estudo		população total	
	No.	%	No.	%
2 a 9	39	16.4	258	41.7
10 a 24	199	83.6	361	58.3
Total	238	100.0	619	100.0

A distribuição das duas populações segundo o exercício de atividades de gerenciamento é vista na tabela 6, onde se observa a semelhança existente.

Tabela 6. Desenvolvimento de atividade gerencial na população de estudo e total.

Atividade gerencial	população de estudo		população total	
	No.	%	No.	%
sim	40	16.8	89	14.4
não	198	83.2	530	85.6
Total	238	100.0	619	100.0

4.1. CAPACIDADE PARA O TRABALHO GERAL

Início agora a apresentação dos dados relativos às médias e desvios-padrão em relação ao ICT, ao gênero e à idade.

O gênero feminino tem o menor índice médio, $40,6 \pm 5,4$ de desvio-padrão, apesar de ter também o menor valor médio para idade, de $40,8 \pm 4,6$ DP. Para o gênero masculino o índice médio foi de $42,2 \pm 4,5$ e a idade média de $44,0 \pm 5,9$ (tabela 7).

Tabela 7. Índice de capacidade para o trabalho, gênero e idade (média e desvio-padrão).

Gênero	ICT	Idade
feminino	40.6 ± 5.4	40.8 ± 4.6
masculino	42.2 ± 4.5	44.0 ± 5.9

A tabela 8 apresenta a distribuição por grupo etário e a média e o desvio-padrão do ICT.

Tabela 8. Grupo etário e índice de capacidade de trabalho (média e desvio-padrão).

Grupo etário	ICT
35 a 39	$41,2 \pm 5,0$
40 a 44	$41,9 \pm 4,3$
45 a 49	$42,4 \pm 5,0$
50 a 54	$43,1 \pm 3,3$
55 a 57	$45,2 \pm 3,3$

Observa-se o aumento contínuo do índice médio com o aumento da idade, achados estes

contraditórios com a literatura científica, que mostra a diminuição da capacidade para o trabalho com o envelhecimento (WHO, 1993; SPIRDUSO, 1994; ILMARINEN, 1997; SHEN, 1997; WILLIAMS e CRUMPTON, 1997).

A peculiaridade destes achados será discutida no decorrer do trabalho, buscando-se caracterizar estes diferentes grupos etários em relação a diversos aspectos e identificar o que gera esta situação, de os mais novos apresentarem os piores Índices de Capacidade para o Trabalho.

Agora apresento os resultados gerais e por itens do ICT, nas tabelas 9 a 19.

Tabela 9. Índice de capacidade para o trabalho.

ICT	No.	%
7-27 baixa	3	1.3
28-36 moderada	25	10.5
37-43 boa	110	46.0
44-49 excelente	100	42.2
Total	238	100.0

Na distribuição geral do índice apenas 1,3% dos indivíduos encontram-se na pior classificação; com ICT moderado estão 10,5% e com ICT bom e excelente respectivamente 46,0% e 42,2% .

Tabela 10. Capacidade de trabalho atual comparada com a melhor capacidade de trabalho da vida.

Nota atribuída à capacidade trabalho atual	No.	%
três	1	0.4
quatro	2	0.9
cinco	8	3.3
seis	15	6.3
sete	34	14.3
oito	83	34.9
nove	57	23.9
dez	38	16.0
Total	238	100.0

A capacidade para o trabalho atual comparada com a melhor da vida variando de zero a dez obteve média 8,1 com desvio-padrão de $\pm 1,3$, sendo que com nota abaixo de sete estão 10,9% da população estudada.

Quanto à capacidade para o trabalho em relação às exigências físicas do mesmo- tabela 11- 45,8% dos respondentes encontra-se na categoria muito boa, 39,5% em boa e 14,7% em moderada e baixa.

Tabela 11. Capacidade de trabalho em relação às exigências físicas do trabalho.

Capacidade trabalho quanto a exigências físicas	No.	%
muito boa	109	45.8
boa	94	39.5
moderada	27	11.3
baixa	8	3.4
Total	238	100.0

No que diz respeito à capacidade para o trabalho em relação às exigências mentais do mesmo

39,3% estão na categoria muito boa, 48,5% em boa e 12,2% em moderada e baixa.

Tabela 12. Capacidade de trabalho em relação às exigências mentais do trabalho.

Capacidade de trabalho em relação às exigências mentais do trabalho	No.	%
muito boa	94	39.5
boa	116	48.7
moderada	25	10.5
baixa	3	1.3
Total	238	100.0

Comparando-se os dois tipos de exigência observa-se que nas mentais a maior concentração ocorre na categoria boa enquanto nas exigências físicas acontece na muito boa. Tendo em vista que 93,7% dos indivíduos tem trabalho com exigência predominantemente mental este é um aspecto importante a ser investigado no decorrer do trabalho.

Em relação ao número de doenças com diagnóstico médico 42,4% não referem doença, 26,1% referem uma e 31,5 de duas a nove doenças.

Tabela 13. Número de doenças com diagnóstico médico.

Número de doenças	No.	%
zero	101	42.4
uma	62	26.1
duas a nove	75	31.5
Total	238	100.0

O impedimento ao trabalho estimado causado pelas lesões ou doenças- tabela 14- ficou assim distribuído: 66,4% sem doença ou impedimento, 15,5% capaz de fazer o trabalho mas este causa algum sintoma, 16,8% necessitando mudar os métodos de trabalho ou diminuir o ritmo algumas vezes e 1,3% sendo capaz de trabalhar apenas em tempo parcial.

Tabela 14. Impedimento atual ao trabalho devido a doença.

Impedimento estimado ao trabalho	No.	%
sem doença ou impedimento	158	66.4
causa alguns sintomas	37	15.5
às vezes modifica o método de trabalho	40	16.8
apto para trabalho parcial	3	1.3
Total	238	100.0

A tabela 15 mostra a ausência do trabalho devida a doença nos últimos doze meses 63,0% não tiveram ausência, 29,4% ausentaram-se por até nove dias, 4,6% de dez a vinte e quatro dias, 1,7% de vinte e cinco a noventa e nove e 1,3% de cem a trezentos e sessenta e cinco dias.

Tabela 15. Ausência do trabalho devido a doença nos últimos doze meses (em dias).

Ausência por doença	No.	%
nenhum	150	63.0
até 9 dias	70	29.4
10 a 24 dias	11	4.6
25 a 99 dias	4	1.7
100 a 365 dias	3	1.3
Total	238	100.0

No prognóstico próprio da capacidade para o trabalho para daqui a dois anos considerando o estado atual de saúde 92% dão como bastante provável continuar trabalhando, 4,6% não estão muito certos disto e 2,5% consideram isto improvável (tabela 16).

Tabela 16. Prognóstico próprio da capacidade de trabalho para daqui a dois anos.

Ser capaz de fazer o trabalho atual	No.	%
é improvável	6	2.5
não estou muito certo	11	4.6
bastante provável	221	92.9
Total	238	100.0

As tabelas 17 a 19 apresentam os resultados referentes ao item recursos mentais do ICT. A capacidade de apreciar as atividades diárias normais sempre é referida por 26,9% das pessoas, quase sempre por 52,1%, às vezes por 14,3% e raramente por 6,7%.

Tabela 17. Capacidade de apreciar as atividades normais diárias.

Aprecia as atividades diárias	No.	%
sempre	64	26.9
quase sempre	124	52.1
às vezes	34	14.3
raramente	16	6.7
Total	238	100.0

A capacidade de estar ativo e alerta recentemente sempre foi citada por 33,6%, quase sempre por 52,1%, às vezes por 11,8% e raramente por 2,5%.

Tabela 18. Capacidade de sentir-se ativo e alerta recentemente.

Tem se sentido ativo e alerta	No.	%
sempre	80	33.6
quase sempre	124	52.1
às vezes	28	11.8
raramente	6	2.5
Total	238	100.0

A capacidade de ser confiante em relação ao futuro continuamente foi mencionada por 22,7%, quase sempre por 37,8% às vezes por 25,2%, raramente por 13,9% e nunca por 0,4%.

Tabela 19. Capacidade de sentir-se cheio de esperança para o futuro recentemente.

Tem se sentido cheio de esperança	No.	%
continuamente	54	22.7
quase sempre	90	37.8
às vezes	60	25.2
raramente	33	13.9
nunca	1	0.4
Total	238	100.0

O número total de pontos nas três questões relativas a recursos mentais ficou assim distribuído: de um a dois pontos, 14,7% dos respondentes e de três a quatro pontos 85,3%, com o melhor desempenho.

Tabela 20 . Total de pontos em recursos mentais.

Total de pontos	No.	%
um a dois	35	14.7
três a quatro	203	85.3
Total	238	100.0

4.2. IDADE E CAPACIDADE PARA O TRABALHO

Agora dou início à apresentação da distribuição do ICT e dos itens do mesmo em relação a outras variáveis, sendo a primeira delas o grupo etário.

A tabela 21 mostra a distribuição dos grupos de idade pelas categorias do índice. Para o grupo de 35 a 39 anos a maior concentração está na categoria bom, com 48,7%, seguido de 32,4% em excelente e de 18,9% em ruim e moderado. No grupo de 40 a 49 anos a distribuição está equilibrada entre bom e excelente, com 44,9% e 44,1% respectivamente e 11,0% em moderado e baixo. Já o grupo de 50 a 57 anos não apresenta ninguém na categoria baixo/moderado e tem 54,0% em excelente e 46,0% em bom.

Tabela 21. Grupo etário e índice de capacidade de trabalho.

Grupo etário	índice capacidade trabalho						total	
	baixo/moderado		bom		excelente		No.	%
	No.	%	No.	%	No.	%		
35 a 39	14	18.9	36	48.7	24	32.4	74	100.0
40 a 49	14	11.0	57	44.9	56	44.1	127	100.0
50 a 57	0	0	17	46.0	20	54.0	37	100.0

Valor de p= 0.032092

A capacidade atual para o trabalho comparada com a melhor capacidade para o trabalho da vida- tabela 22- recebeu nota de três a seis de 17,7% do grupo de 35 a 39 anos, 8,6% do de 40 a 49 e 5,6% do de 50 a 57.

O primeiro grupo tem 51,4% com notas sete e oito, o segundo tem 51,5% e o terceiro tem 36,2%. Deram-se notas nove e dez 58,2% do grupo de 50 a 57, 39,9% do de 40 a 49 e 30,9% do grupo de 35 a 39 anos.

Tabela 22. Grupo etário e capacidade de trabalho atual comparada com a melhor capacidade para o trabalho da vida.

Nota atribuída à capacidade trabalho atual	5 a 39		grupo etário 40 a 49		50 a 57	
	No.	%	No.	%	No.	%
três	1	1.4	0	0	0	0
quatro	2	2.7	0	0	0	0
cinco	3	4.1	4	3.1	1	2.8
seis	7	9.5	7	5.5	1	2.8
sete	13	17.6	19	14.8	2	5.6
oito	25	33.8	47	36.7	11	30.6
nove	11	14.9	34	26.6	12	33.2
dez	12	16.0	17	13.3	9	25.0
Total	74	100.0	128	100.0	36	100.0

A nota média atribuída à capacidade de trabalho atual no grupo de 35 a 39 anos foi de 7,8 ±1,5; para o grupo de 40 a 49 anos a média foi de 8,1± 1,1; para o grupo de 50 a 57 anos a média foi 8,6± 1,1.

A tabela 23 mostra a distribuição por grupo etário segundo a capacidade para o trabalho em relação às exigências físicas do mesmo, observando-se na categoria muito boa valores assemelhados para os três grupos de idade. Nas categorias moderada e baixa o grupo mais jovem tem 12,2% e o grupo de 40 a 49 anos tem 17,2%. Já o grupo de 50 a 57 anos tem 11,1% na categoria moderada e ninguém na baixa.

Tabela 23. Grupo etário e capacidade para o trabalho em relação às exigências físicas do trabalho .

Grupo etário	capacidade para o trabalho em relação às exigências físicas								total	
	muito boa		boa		moderada		baixa		No.	%
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%		
35 a 39	33	44.6	32	43.2	6	8.1	3	4.1	74	100.0
40 a 49	59	46.1	47	36.7	17	13.3	5	3.9	128	100.0
50 a 57	17	47.2	15	41.7	4	11.1	0	0	36	100.0

A distribuição dos grupos etários quanto à capacidade de trabalho em relação às exigências mentais do trabalho- tabela 24 mostra que o grupo mais velho tem 66,7% em muito boa, 30,6% em boa e 2,8% em moderada.

No grupo intermediário 46,1% estão na categoria boa, 41,4% em muito boa e 12,5% em moderada.

Já o grupo mais jovem tem 62,2% em boa, apenas 23,0% em muito boa, 10,8% em moderada e 4,0% em baixa.

Tabela 24. Grupo etário e capacidade atual para o trabalho em relação às exigências mentais do trabalho .

Grupo etário	capacidade para o trabalho em relação às exigências mentais								total	
	muito boa		boa		moderada		baixa		No.	%
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%		
35 a 39	17	23.0	46	62.2	8	10.8	3	4.0	74	100.0
40 a 49	53	41.4	59	46.1	16	12.5	0	0	128	100.0
50 a 57	24	66.7	11	30.6	1	2.8	0	0	36	100.0

Valor de p= 0.000405

Na relação número de doenças com diagnóstico médico e grupo etário- tabela 25 observa-se que entre os mais velhos 47,2% não tem doenças, 30,6% tem uma doença e 22,2% de duas a nove.

No grupo de 40 a 49 anos 43,0% não tem doença, 28,9% tem uma e 28,1% tem mais de uma.

Entre os mais jovens 39,2% não tem doenças, 18,9% tem uma e 41,9% tem mais de uma.

Tabela 25. Grupo etário e número de doenças com diagnóstico médico .

Grupo etário	número de doenças com diagnóstico médico						total	
	0		1		2 a 9		No.	%
	No.	%	No.	%	No.	%		
35 a 39	29	39.2	14	18.9	31	41.9	74	100.0
40 a 49	55	43.0	37	28.9	36	28.1	128	100.0
50 a 57	17	47.2	11	30.6	8	22.2	36	100.0

A concentração de 41,9% dos mais jovens no grupo de mais doenças contrasta com a percentagem do grupo mais velho na mesma categoria, 22,2% e ao mesmo tempo evidencia que há mais doentes e maior número de doenças por pessoa entre os mais jovens, o que pode contribuir para explicar os melhores índices entre os mais velhos e os piores entre os mais jovens.

Também a relação grupo etário e impedimento estimado ao trabalho devido a doenças- tabela 26- reforça este raciocínio; observando a distribuição dos que não referem doença ou impedimento ao trabalho por grupo de idade identificamos entre os mais jovens 62,1%, no grupo intermediário 67,2% e no grupo mais velho 72,2%.

Tabela 26. Grupo etário e impedimento estimado ao trabalho devido a doenças.

Impedimento estimado ao trabalho	35 a 39		grupo etário 40 a 49		50 a 57	
	No.	%	No.	%	No.	%
sem impedimento ou doença	46	62.1	86	67.2	26	72.2
causa alguns sintomas	13	17.6	20	15.6	4	11.1
às vezes muda o método de trabalho	14	18.9	20	15.6	6	16.7
trabalha em tempo parcial	1	1.4	2	1.6	0	0
Total	74	100.0	128	100.0	36	100.0

A tabela 27 mostra a distribuição por idade e a ausência ao trabalho devido a doença e de certo modo seus resultados são contraditórios com os anteriores: não faltaram ao trabalho 62.2% do grupo mais jovem, 64.8% do grupo intermediário e 58.3% do grupo

mais velho; ausências de até nove dias foram respectivamente: 33.8%, 25.8% e 33.3%; as ausências de dez a vinte e quatro dias foram de 1.4% no primeiro grupo, 6.3% no segundo e 5.6% no terceiro; as ausências longas foram de 2.7% no primeiro grupo, zero no segundo e 2.8% no terceiro.

Tabela 27. Grupo etário e ausência por doença nos últimos doze meses.

Ausência por doença	35 a 39		grupo etário 40 a 49		50 a 57	
	No.	%	No.	%	No.	%
nenhuma	46	62.2	83	64.8	21	58.3
até nove dias	25	33.8	33	25.8	12	33.3
10 a 24 dias	1	1.4	8	6.3	2	5.6
25 a 99 dias	0	0	4	3.1	0	0
100 a 365 dias	2	2.7	0	0	1	2.8
Total	74	100.0	128	100.0	36	100.0

A tabela 28 apresenta o cruzamento dos grupos etários com o próprio prognóstico da capacidade para o trabalho para daqui a dois anos , sendo a distribuição dos grupos de 35 a 39 e de 40 a 49 anos semelhante, com o predomínio de indivíduos em relativamente certo- 91,9% e 91,4%, respectivamente. No grupo de 50 a 57 todos os indivíduos estão nesta categoria.

Tabela 28. Grupo etário e o próprio prognóstico da capacidade para o trabalho para daqui a dois anos.

Ser capaz de fazer o trabalho atual	35 a 39		grupo etário 40 a 49		50 a 57	
	No.	%	No.	%	No.	%
é improvável	2	2.7	4	3.1	0	0
não estou muito certo	4	5.4	7	5.5	0	0
bastante provável	68	91.9	117	91.4	36	100.0
Total	74	100.0	128	100.0	36	100.0

Quanto à relação grupo etário e capacidade de desfrutar as atividades normais diárias- tabela 29- há também um predomínio do grupo de 50 a 57 anos em freqüentemente- 41,7%, no grupo de 40 a 49 há 29,7% e no de 35 a 39, 14,9%.

Este último tem em relação aos outros grupos uma concentração de indivíduos nas piores categorias: 17,6% em algumas vezes e 9,4% em quase nunca.

Tabela 29. Grupo etário e capacidade de apreciar as atividades normais diárias.

Grupo etário	capaz de apreciar as atividades diárias								total	
	sempre		quase sempre		às vezes		raramente		No.	%
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%		
35 a 39	11	14.9	43	58.1	13	17.6	7	9.4	74	100.0
40 a 49	38	29.7	66	51.6	17	13.2	7	5.5	128	100.0
50 a 57	15	41.7	15	41.7	4	11.1	2	5.5	36	100.0

Valor de p= 0,033399.

Em relação ao grupo etário e a capacidade de estar ativo e alerta recentemente- tabela 30- 50% do grupo de 50 a 57 anos estão em sempre, seguido do grupo de 40 a 49 com 37,5% e do grupo de 35 a 39 com 18,9%. Na categoria freqüentemente estão 50% dos mais velhos, 47,7% dos intermediários e 60,8% dos mais jovens. Agrupando-se as categorias algumas vezes e quase nunca encontramos 20,3% dos mais jovens, 14,8% dos intermediários e nenhum dos mais velhos.

Tabela 30. Grupo etário e capacidade de sentir-se ativo e alerta recentemente.

Grupo etário	capaz de sentir-se ativo e alerta								total	
	sempre		quase sempre		às vezes		raramente		No.	%
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%		
35 a 39	14	18.9	45	60.8	12	16.2	3	4.1	74	100.0
40 a 49	48	37.5	61	47.7	16	12.5	3	2.3	128	100.0
50 a 57	18	50.0	18	50.0	0	0	0	0	36	100.0

A tabela 31 mostra os resultados por grupo etário e a capacidade de sentir-se cheio de esperança para o futuro recentemente. Na categoria continuamente estão 30,6% dos mais velhos, 25,8% dos intermediários e 13,5% dos mais novos; em quase freqüentemente encontram-se 44,4% dos mais velhos, 42,2% dos intermediários e 27,0% dos mais jovens; em algumas vezes estão 16,7% dos mais velhos, 21,1% dos intermediários e 36,5% dos mais jovens.

E nas categorias quase nunca estão 8,3% dos mais velhos, 10,2% dos intermediários e 23,0% dos mais jovens.

Tabela 31. Grupo etário e capacidade de sentir-se cheio de esperança para o futuro recentemente.

Grupo etário	sentir-se cheio de esperança para o futuro										total	
	continuamente		quase sempre		às vezes		raramente		nunca		No.	%
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%		
35 a 39	10	13.5	20	27.0	27	36.5	17	23.0	0	0	74	100.0
40 a 49	33	25.8	54	42.2	27	21.1	13	10.2	1	0.8	128	100.0
50 a 57	11	30.6	16	44.4	6	16.7	3	8.3	0	0	36	100.0

Valor de p= 0.000861.

Com relação ao grupo etário- tabela 32- observamos que a pontuação mais baixa- 23%- ocorreu no grupo mais jovem; no grupo intermediário foi de 12,5% e no mais velho de apenas 5,5%; a pontuação mais alta ficou assim distribuída: 77% no primeiro grupo, 87,5% no segundo e 95,5% no terceiro.

Tabela 32. Total de pontos em recursos mentais e grupo etário.

Pontos	35 a 39		grupo etário 40 a 49		50 a 57	
	No.	%	No.	%	No.	%
1 a 2	17	23,0	16	12,5	2	5,5
3 a 4	57	77,0	112	87,5	34	94,5
Total	74	100,0	128	100,0	36	100,0

Valor de p de 0.031247.

4.3. DOENÇAS NA POPULAÇÃO DE ESTUDO E CAPACIDADE PARA O TRABALHO

4.3.1. DADOS DO ÍNDICE DE CAPACIDADE PARA O TRABALHO

Apresento agora o cruzamento do ICT geral , itens do mesmo e outras variáveis com o número de doenças diagnosticadas por médico. Na tabela 33 temos o número de doenças e o ICT, sendo que entre os sem doença há 64,3% em muito bom, entre os com uma doença há 47,6% em muito bom e 47,6% em bom; já entre os com duas ou mais doenças há 63,5% com bom e 29,7% com baixo e moderado.

Tabela 33. Número de doenças com diagnóstico médico e índice de capacidade para o trabalho.

ICT	número de doenças					
	0		1		2 a 9	
	No.	%	No.	%	No.	%
baixo/moderado	3	3.0	3	4.8	22	29.7
bom	33	32.7	30	47.6	47	63.5
excelente	65	64.3	30	47.6	5	6.8
Total	101	100.0	63	100.0	74	100.0

Valor de p= 0.00000.

As notas atribuídas à capacidade de trabalho atual em relação ao número de doenças diagnosticadas por médico está na tabela 34. Com notas até seis encontram-se 9% dos sem doença, 11,2% dos com uma e 13,4% dos com duas ou mais.

Deram-se notas seis e sete 38,5% dos sem doença, 48,5% dos com uma e 64% dos com duas ou mais. As melhores notas, nove e dez ficaram assim distribuídas: 52,5% dos sem doença, 40,3% dos com uma e 22,7% com duas ou mais.

Tabela 34. Número de doenças com diagnóstico médico e capacidade de trabalho atual comparada com a melhor capacidade para o trabalho da vida.

Capacidade de trabalho atual	0		número de doenças		2 a 9	
	No.	%	No.	%	No.	%
três	1	1.0	0	0	0	0
quatro	1	1.0	1	1.6	0	0
cinco	3	3.0	3	4.8	2	2.7
seis	4	4.0	3	4.8	8	10.7
sete	13	12.9	8	12.9	13	17.3
oito	26	25.7	22	35.5	35	46.7
nove	29	28.7	16	25.8	12	16.0
dez	24	23.8	9	14.5	5	6.7
Total	101	100.0	62	100.0	75	100.0

Valor de p de 0.002996.

No grupo sem doenças a nota média atribuída à capacidade de trabalho atual $8,3 \pm 1,4$; no grupo com uma doença foi de $8,1 \pm 1,8$ e no grupo com duas ou mais doenças $7,8 \pm 1,1$.

Quanto à capacidade para o trabalho em relação às exigências físicas do trabalho- tabela 35- na categoria muito boa estão 46,5% dos sem doença, 58% dos com uma e 34,7% dos com duas ou mais. Na categoria boa respectivamente 40,6%, 35,5% e 41,3% e nas categorias moderada e baixa 12,9% dos sem doença, 6,5% dos com uma e 24% dos com duas ou mais.

Tabela 35. Número de doenças com diagnóstico médico e capacidade para o trabalho em relação às exigências físicas do trabalho.

Capacidade para o trabalho em relação às exigências físicas do trabalho	0		número de doenças 1		2 a 9	
	No.	%	No.	%	No.	%
muito boa	47	46.5	36	58.0	26	34.7
boa	41	40.6	22	35.5	31	41.3
moderada	10	9.9	4	6.5	13	17.3
baixa	3	3.0	0	0	5	6.7
Total	101	100.0	62	100.0	75	100.0

Valor de p de 0.017843.

A distribuição do número de doenças diagnosticadas por médico em relação às exigências mentais do trabalho- tabela 36- mostra na categoria muito boa 49,5% dos sem doença, 42% dos com uma e 24% dos com duas ou mais. Em boa, respectivamente 45,5%, 42% e 58,7%. E nas categorias moderada e baixa 4,0% e 1,0% e 16% e 0% respectivamente.

Tabela 36. Número de doenças com diagnóstico médico e capacidade para o trabalho em relação às exigências mentais do trabalho.

Capacidade para o trabalho em relação às exigências mentais do trabalho	0		número de doenças 1		2 a 9	
	No.	%	No.	%	No.	%
muito boa	50	49.5	26	42.0	18	24.0
boa	46	45.5	26	42.0	44	58.7
moderada	4	4.0	10	16.0	11	14.7
baixa	1	1.0	0	0	2	2.6
Total	101	100.0	62	100.0	75	100.0

Valor de p de 0.002418.

O impedimento estimado ao trabalho atual devido a doenças está na tabela 37. Sem impedimento ou doença estão 81,2% dos sem doença, 70,9% dos com uma e 42,7% dos com

duas ou mais. Entre os que referem algum sintoma estão 8,9% dos sem doença, 16,2% dos com uma e 24% dos com duas ou mais; os que necessitam mudar os métodos de trabalho e não tem doença são 8,9%, os com uma 12,9% e os com duas 30,7%.

Tabela 37. Número de doenças com diagnóstico médico e impedimento estimado ao trabalho devido a doenças.

Impedimento	número de doenças					
	0		1		2 a 9	
	No.	%	No.	%	No.	%
sem impedimento ou doença	82	81.2	44	70.9	32	42.7
causa alguns sintomas	9	8.9	10	16.2	18	24.0
às vezes muda método de trabalho	9	8.9	8	12.9	23	30.7
trabalho em tempo parcial	1	1.0	0	0	2	2.6
Total	101	100.0	62	100.0	75	100.0

Valor de p de 0.000004.

Quanto à ausência por doença nos últimos doze meses- tabela 38- não tiveram ausência 70,3% dos sem doença, 66,2% dos com uma e 50,7% dos com duas ou mais. Com até nove dias de ausência respectivamente 22,7%, 29% e 38,7%. Com ausências maiores de nove dias 7% dos sem doença, 4,8% dos com uma e 10,6% dos com duas ou mais.

Tabela 38. Número de doenças com diagnóstico médico e ausência por doença nos últimos doze meses.

Ausência por doença	número de doenças					
	0		1		2 a 9	
	No.	%	No.	%	No.	%
nenhuma	71	70.3	41	66.2	38	50.7
até nove dias	23	22.7	18	29.0	29	38.7
10 a 24 dias	3	3.0	2	3.2	6	8.0
25 a 99 dias	2	2.0	1	1.6	1	1.3
100 a 365 dias	2	2.0	0	0	1	1.3
Total	101	100.0	62	100.0	75	100.0

Em relação ao prognóstico próprio da capacidade para o trabalho para daqui a dois anos- tabela 39- consideram como relativamente certo 96% dos sem doença, 96,8% dos com uma e 85,4% dos com duas ou mais.

Tabela 39. Número de doenças com diagnóstico médico e prognóstico próprio da capacidade de trabalho para daqui a dois anos.

Prognóstico próprio	número de doenças					
	0		1		2 a 9	
	No.	%	No.	%	No.	%
é improvável	2	2.0	0	0	4	5.3
não-estou muito certo	2	2.0	2	3.2	7	9.3
bastante provável	97	96.0	60	96.8	64	85.4
Total	101	100.0	62	100.0	75	100.0

Valor de p de 0.009198.

A tabela 40 mostra o número de doenças diagnosticadas por médico e a capacidade de apreciar as atividades normais diárias; entre os sem doença 28,7% referem fazê-lo freqüentemente, 58,4% quase sempre, 11,9% às vezes e 1% quase nunca.

Entre os com uma doença respectivamente 32,3%, 40,3%, 17,7% e 9,7%.

Dos que referem duas ou mais doenças 20% estão em freqüentemente, 53,3% em quase sempre, 14,7% em às vezes e 12% em quase nunca.

Tabela 40. Número de doenças com diagnóstico médico e capacidade de apreciar as atividades normais diárias.

Número de doenças	capacidade de apreciar as atividades diárias								total	
	sempre		quase sempre		às vezes		raramente		No.	%
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%		
0	29	28.7	59	58.4	12	11.9	1	1.0	101	100.0
1	20	32.3	25	40.3	11	17.7	6	9.7	62	100.0
2 a 9	15	20.0	40	53.3	11	14.7	9	12.0	75	100.0

Valor de p de 0.038806.

A capacidade de estar ativo e alerta recentemente- tabela 41- mostra que entre os sem doença 35% referem fazê-lo sempre, 55,4% quase sempre e 8,9% algumas vezes ou raramente. Entre os que tem uma doença respectivamente 45,2%, 41,9% e 12,9% e entre os que referem duas ou mais doenças 21,3% sempre, 56% quase sempre e 22,7% algumas vezes ou raramente.

Tabela 41. Número de doenças com diagnóstico médico e ser capaz de sentir-se ativo e alerta recentemente.

Número de doenças	capacidade de sentir-se ativo e alerta								total	
	sempre		quase sempre		às vezes		raramente		No.	%
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%		
0	36	35.0	56	55.4	7	6.9	2	2.0	101	100.0
1	28	45.2	26	41.9	6	9.7	2	3.2	62	100.0
2 a 9	16	21.3	42	56.0	15	20.0	2	2.7	75	100.0

Valor de p de 0.009369.

A tabela 42 mostra o número de doenças diagnosticadas por médico e a capacidade de estar cheio de esperança para o futuro recentemente; entre os que não tem doenças 21,8% referem-na continuamente, 38,6% freqüentemente, 25,7% algumas vezes e 13,9% raramente.

Os que tem uma doença respectivamente 30,6%, 38,7%, 19,4% e 11,3% e os com duas ou mais doenças 17,3% continuamente, 36% freqüentemente, 29,3% algumas vezes, 16% quase nunca e 1,3% nunca.

Tabela 42. Número de doenças com diagnóstico médico e ser capaz de sentir-se cheio de esperança para o futuro recentemente.

Número de doenças	capacidade de sentir-se cheio de esperança										total	
	continuamente		quase sempre		às vezes		raramente		nunca		No.	%
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%		
0	22	21.8	39	38.6	26	25.7	14	13.9	0	0	101	100.0
1	19	30.6	24	38.7	12	19.4	7	11.3	0	0	62	100.0
2 a 9	13	17.3	27	36.0	22	29.3	12	16.0	1	1.3	75	100.0

A tabela 43 mostra a distribuição segundo o número de doenças com diagnóstico médico, sendo que entre os que obtiveram menos pontos em recursos mentais 9,9% não tem doença, 16,1% tem uma e 20% tem duas ou mais. Entre os com mais pontos 90,1% não tem doença, 83,9% tem uma e 80% tem duas ou mais.

Tabela 43. Número de doenças com diagnóstico médico e total de pontos em recursos mentais.

Pontos	número de doenças					
	0		1		2 a 9	
	No.	%	No.	%	No.	%
1 a 2	10	9.9	10	16.1	15	20.0
3 a 4	91	90.1	52	83.9	60	80.0
Total	101	100.0	62	100.0	75	100.0

A tabela 44 apresenta a prevalência de lesões, distúrbios e doenças auto-referidas de acordo com a região do corpo, destacando-se a menção de 35,9% de distúrbio emocional leve, seguida por doenças músculo-esqueléticas com 32,3% e lesão de acidente com 24,3%. Em

distúrbio emocional leve estão incluídos no questionário os exemplos: depressão leve, tensão ansiedade,insônia.

Tabela 44. Lesão por acidente, distúrbio ou doença atual auto-referida de acordo com a região do corpo.

Lesão, distúrbio, doença auto-referida	No.	%
distúrbio emocional leve	86	35.9
doença músculo-esquelética	77	32.3
lesão por acidente	58	24.3
doença endócrina e metabólica	46	19.2
doença neurológica e sensorial	39	16.3
doença digestiva	37	15.6
doença de pele	34	14.3
doença cardiovascular	26	10.9
doença respiratória	18	7.5
doença do sangue e defeitos nascimento	9	3.8
doença genitourinária	5	2.0
outros distúrbios e doenças	4	1.7
tumor	2	0.8

A prevalência de lesão, desordem ou doença por região do corpo com diagnóstico médico é apresentada na tabela 45, sendo que 21% tem lesão de acidente, 15% tem doença cardiovascular e 15,9% doença músculo-esquelética.

Tabela 45. Lesão por acidente, distúrbio ou doença atual com diagnóstico médico de acordo com a região do corpo.

Lesão, distúrbio ou doença com diagnóstico médico	No.	%
lesão de acidente	50	21.0
doença cardiovascular	38	15.9
doença músculo-esquelética	38	15.9
doença endócrina e metabólica	31	13.0
doença neurológica e sensorial	28	11.7
doença digestiva	26	10.8
distúrbio emocional leve	26	10.8
doença respiratória	19	7.9
doença de pele	16	6.7
doença genito-urinária	15	6.3
doença do sangue e defeito nascimento	7	2.9
tumor	2	0.8
outras doenças e distúrbios	1	0.4

Os dados relativos à distúrbio emocional leve na própria opinião, que foi referida por 35,9% dos respondentes são agora apresentados por idade, gênero, ICT e itens do mesmo.

A tabela 46 apresenta os resultados do ICT sendo que encontram-se na categoria muito bom 48,7% dos que não referiram distúrbio emocional leve e 29,8% dos que a referiram; em bom respectivamente 39% e 59,5% e em baixa e moderada 12,3% e 10,7%.

Tabela 46. Distúrbio emocional leve auto-referido e índice de capacidade para o trabalho.

distúrbio emocional leve	índice de capacidade de trabalho						total	
	baixo/moderado		bom		excelente		No.	%
	No.	%	No.	%	No.	%		
sim	9	10.7	50	59.5	25	29.8	84	100.0
não	19	12.3	60	39.0	75	48.7	154	100.0

Valor de p de 0.007695.

Quanto ao grupo de idade- tabela 47- entre os que responderam sim estão 43,2% do grupo

mais jovem, 32,8% do grupo intermediário e 27,8% do grupo mais velho. Para os que responderam não, respectivamente 56,8%, 67,2% e 72,2%.

Tabela 47. Distúrbio emocional leve auto-referido e grupo etário.

Distúrbio emocional leve	grupo etário						total	
	35 a 39		40 a 49		50 a 57		No.	%
	No.	%	No.	%	No.	%		
sim	32	43.2	42	32.8	10	27.8	84	100.0
não	42	56.8	86	67.2	26	72.2	154	100.0

A distribuição em relação ao gênero- tabela 48- mostra que 34% do gênero feminino respondeu sim e 66% não; no masculino 35,7% sim e 64,3% não, distribuição bastante semelhante.

Tabela 48. Distúrbio emocional leve auto-referido e gênero.

Distúrbio emocional leve	gênero			
	feminino		masculino	
	No.	%	No.	%
sim	18	34.0	66	35.7
não	35	66.0	119	64.3
Total	53	100.0	185	100.0

A tabela 49 mostra a distribuição segundo a nota atribuída à capacidade de trabalho atual comparada com a melhor da vida; entre os que responderam sim 11,9% deram-se até nota seis, 59,6% notas sete e oito e 28,5% notas nove e dez. Para os que responderam não, 10,4% tiveram até seis, 43,5% sete ou oito e 46,5% nove ou dez.

Tabela 49. Distúrbio emocional leve auto-referido e capacidade de trabalho atual comparada com a melhor capacidade para o trabalho da vida.

Capacidade de trabalho atual	distúrbio emocional leve			
	sim		não	
	No.	%	No.	%
três	1	1.2	0	0
quatro	0	0	2	1.3
cinco	2	2.4	6	3.9
seis	7	8.3	8	5.2
sete	15	17.9	19	12.3
oito	35	41.7	48	31.2
nove	15	17.9	42	27.3
dez	9	10.7	29	18.8
Total	84	100.0	154	100.0

Valor de p= 0.028206.

O grupo que referiu distúrbio emocional leve obteve média 7,9±1,2 e o outro obteve 8,2±1,3.

Quanto à capacidade para o trabalho em relação às exigências físicas do trabalho- tabela 50- entre os que responderam sim 44% estão na categoria muito boa, 47,6% em boa, 7,1% em moderada e 1,2% em baixa. Para os que assinalaram não os valores foram respectivamente 46,8%, 35,1%, 13,6% e 4,5%.

Tabela 50. Distúrbio emocional leve auto-referido e capacidade para o trabalho em relação às exigências físicas do trabalho.

Capacidade de trabalho em relação às exigências físicas do trabalho	sim		distúrbio emocional leve	
	No.	%	não	%
total	84	100.0	154	100.0
muito boa	37	44.0	72	46.8
boa	40	47.6	54	35.1
moderada	6	7.1	21	13.6
baixa	1	1.2	7	4.5

Quanto à capacidade para o trabalho em relação às exigências mentais do trabalho- tabela 51- a distribuição das respostas foi a seguinte: entre os que assinalaram sim 26,2% consideram-na muito boa, 56% boa, 15,5% moderada e 2,4% baixa. Para os que responderam não, respectivamente 46,8%, 44,8%, 7,8% e 0,6%.

Tabela 51. Distúrbio emocional leve auto-referido e capacidade para o trabalho em relação às exigências mentais do trabalho.

Capacidade de trabalho em relação às exigências mentais do trabalho	sim		distúrbio emocional leve	
	No.	%	não	%
total	84	100.0	154	100.0
muito boa	22	26.2	72	46.8
boa	47	56.0	69	44.8
moderada	13	15.5	12	7.8
baixa	2	2.4	1	0.6

Valor de p de 0.003517.

A tabela 52 mostra distúrbio emocional leve auto-referido e o número de doenças atuais diagnosticadas por médico; entre os que responderam não 44,8% não tem doença, 25,3% tem uma e 29,9% duas ou mais. Entre os que referiram distúrbio emocional leve, respectivamente

38,1%, 27,4% e 34,5%.

Tabela 52. Distúrbio emocional leve auto-referido e número de doenças com diagnóstico médico.

Distúrbio emocional leve	0		número de doenças				total	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
sim	32	38.1	23	27.4	29	34.5	84	100.0
não	69	44.8	39	25.3	46	29.9	154	100.0

O impedimento estimado ao trabalho é a tabela 53; entre os que responderam sim 57,1% não refere doença ou impedimento, 22,6% refere que ela causa algum sintoma, 19% precisa às vezes mudar o método de trabalho e 1,2% sentem-se capazes de trabalhar apenas em tempo parcial. Entre os que assinalaram não, a distribuição de respostas foi respectivamente 71,4%, 11,7%, 15,6% e 1,3%.

Tabela 53. Distúrbio emocional leve auto-referido e impedimento estimado ao trabalho.

Impedimento estimado	distúrbio emocional leve			
	sim		não	
	No.	%	No.	%
sem doença ou impedimento	48	57.1	110	71.4
causa alguns sintomas	19	22.6	18	11.7
às vezes muda método de trabalho	16	19.0	24	15.6
em tempo parcial	1	1.2	2	1.3
Total	84	100.0	154	100.0

Valor de p de 0.045347.

A tabela 54 apresenta a distribuição da ausência por doença durante os últimos doze meses. Entre os que referem desordem mental leve 59,5% não tiveram ausência, 34,5% faltaram por até nove dias e 6% por mais de 10 dias; para os que assinalaram não os valores foram

respectivamente: 64,9%, 26,6% e 8,5%.

Tabela 54. Distúrbio emocional leve auto-referido e ausência por doença nos últimos doze meses.

Ausência por doença	distúrbio emocional leve			
	sim		não	
	No.	%	No.	%
nenhuma	50	59.5	100	64.9
até nove dias	29	34.5	41	26.6
10 a 24 dias	1	1.2	10	6.5
25 a 99 dias	2	2.4	2	1.4
100 a 365 dias	2	2.4	1	0.6
Total	84	100.0	154	100.0

Quanto ao prognóstico próprio do trabalho para daqui a dois anos- tabela 55- a distribuição das respostas é assemelhada, com 94% dos que referem desordem mental leve dando-no como relativamente certo e 92,2% dos que assinalaram não na mesma categoria.

Tabela 55. Distúrbio emocional leve auto-referido e prognóstico próprio da capacidade de trabalho para daqui a dois anos.

Ser capaz de fazer o trabalho atual	distúrbio emocional leve			
	sim		não	
	No.	%	No.	%
é improvável	1	1.2	5	3.2
não estou muito certo	4	4.8	7	4.5
bastante provável	79	94.0	142	92.2
Total	84	100.0	154	100.0

Quanto à capacidade de apreciar as atividades diárias normais- tabela 56- entre os que responderam sim 15,5% referem fazê-lo sempre, 61,9% quase sempre, 16,7% algumas vezes e 6% quase nunca; entre os que responderam não, respectivamente 33,1%, 46,8%, 13% e 7,1%.

Tabela 56. Distúrbio emocional leve auto-referido e capacidade de apreciar as atividades normais diárias.

Distúrbio emocional leve	capacidade de apreciar as atividades diárias								total	
	sempre		quase sempre		às vezes		raramente		No.	%
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%		
sim	13	15.5	52	61.9	14	16.7	5	6.0	84	100.0
não	51	33.1	72	46.8	20	13.0	11	7.1	154	100.0

Valor de p de 0.012003.

A capacidade de ser ativo e alerta recentemente- tabela 57- mostra que entre os que não tem distúrbio emocional leve 41,6% referem-no sempre, 44,8% quase sempre, 11% algumas vezes e 2,6% quase nunca; entre os que referiram o distúrbio apenas 19% estão na categoria sempre, 65,5% quase sempre, 13,1% algumas vezes e 2,4% quase nunca.

Tabela 57. Distúrbio emocional leve auto-referido e capacidade de sentir-se ativo e alerta recentemente.

Distúrbio emocional	capacidade de sentir-se ativo e alerta								total	
	sempre		quase sempre		às vezes		raramente		No.	%
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%		
leve										
sim	16	19.0	55	65.5	11	13.1	2	2.4	84	100.0
não	64	41.6	69	44.8	17	11.0	4	2.6	154	100.0

Valor de p de 0.001678.

A capacidade de sentir-se cheio de esperança para o futuro- tabela 58- mostra que entre os que referiram distúrbio emocional leve 14,3% estão na categoria continuamente, 40,5% em quase sempre, 29,8% em algumas vezes e 15,5% em raramente. Para os que responderam não os valores são respectivamente 27,3%, 36,4%, 22,7%, 13% e na categoria nunca 0.6%.

Tabela 58. Distúrbio emocional leve auto-referido e ser capaz de sentir-se cheio de esperança para o futuro recentemente.

Distúrbio emocional leve	Capacidade de sentir-se cheio de esperança										total	
	continuamente		quase sempre		às vezes		raramente		nunca		No.	%
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%		
sim	12	14.3	34	40.5	25	29.8	13	15.5	0	0	84	100.0
não	42	27.3	56	36.4	35	22.7	20	13.0	1	0.6	154	100.0

O número total de pontos em recursos mentais- tabela 59- mostra distribuição semelhante entre os que referiram ou não distúrbio emocional leve.

Tabela 59. Distúrbio emocional leve auto-referido e total de pontos em recursos mentais.

Pontos	desordem mental leve			
	sim		não	
	f	%	f	%
1 a 2	12	14.3	23	15.0
3 a 4	72	85.7	131	85.0
Total	84	100.0	154	100.0

A tabela 60 apresenta o total de pontos em recursos mentais quanto a capacidade para o trabalho em relação às exigências mentais do trabalho, observando-se diferença estatisticamente significante entre as categorias.

Tabela 60. Total de pontos em recursos mentais e capacidade para o trabalho em relação às exigências mentais do trabalho.

Capacidade para o trabalho quanto às exigências mentais	distúrbio emocional leve			
	sim		não	
	No.	%	No.	%
muito boa	6	17.2	88	43.3
boa	16	45.7	100	49.3
moderada/baixa	13	37.1	15	7.4
Total	35	100.0	203	100.0

valor de p de 0.000000.

Buscando identificar as doenças mais prevalentes auto-referidas e com diagnóstico médico e analisar o quanto elas tem causado de incapacidade para o trabalho, passo agora a cruzar estas doenças com diferentes itens do índice buscando o entendimento desta relação.

A tabela 61 mostra o cruzamento das doenças músculo-esqueléticas atuais auto-referidas e a ausência por doença nos últimos doze meses. Não referiram faltas 65,8% dos que não referiram a doença contra 57,1% dos que a referiram. Entre os que tiveram até nove dias de faltas há mais indivíduos entre os que referiram a doença: 32,5% contra 28% e nas ausências maiores de dez dias a mesma relação se mantém, com 10,4% contra 6,2%.

Tabela 61. Doenças músculo-esqueléticas atuais auto-referidas e ausência por doença nos últimos doze meses.

Ausência por doença	doença músculo-esquelética			
	sim		não	
	No.	%	No.	%
nenhuma	44	57.1	106	65.8
até 9 dias	25	32.5	45	28.0
10 a 24 dias	5	6.5	6	3.8
25 a 99 dias	2	2.6	2	1.2
100 a 365 dias	1	1.3	2	1.2
Total	77	100.0	161	100.0

Em relação ao impedimento causado ao trabalho - tabela 62- os doentes auto-referidos sem impedimento são 49,4% e os não-doentes 74,6%; com algum sintoma, respectivamente 31,1% e 8% e os que precisam mudar o método de trabalho ou trabalhar apenas em tempo parcial 19,5% e 17,4%.

Tabela 62. Doenças músculo-esqueléticas atuais auto-referidas e impedimento estimado ao trabalho.

Impedimento estimado	doença músculo-esquelética			
	sim		não	
	No.	%	No.	%
sem impedimento ou doença	38	49.4	120	74.6
causa algum sintoma	24	31.1	13	8.0
muda método de trabalho/ trabalho em tempo parcial	15	19.5	28	17.4
Total	77	100.0	161	100.0

Valor de p= 0.000010.

A relação entre as doenças músculo-esqueléticas atuais auto-referidas e as exigências físicas do trabalho são mostradas na tabela 63, observando-se que na categoria muito boa estão 28,6% dos doentes e 54% dos não doentes; em boa, respectivamente 48% e 35,5%, em moderado 20,8% e 6,8% e em baixa 2,6% e 3,7%.

Tabela 63. Doença músculo-esquelética atual auto-referida e capacidade para o trabalho em relação às exigências físicas do trabalho.

Capacidade para o trabalho em relação às exigências físicas	doença músculo-esquelética			
	sim		não	
	No.	%	No.	%
muito boa	22	28.6	87	54.0
boa	37	48.0	57	35.5
moderada	16	20.8	11	6.8
baixa	2	2.6	6	3.7
Total	77	100.0	161	100.0

Valor de p= 0.000475.

A tabela 64 mostra a distribuição das lesões atuais com diagnóstico médico em relação às ausências por doença nos últimos doze meses.

Não referiram ausência 52% dos doentes e 66% dos não doentes; tiveram até nove dias de ausência 30% dos primeiros e 29,3% dos outros e as ausências maiores de nove dias foram de 18% e 4,7% respectivamente, sugerindo, como esperado, maior gravidade das lesões com diagnóstico médico.

Tabela 64. Lesão atual de acidente com diagnóstico médico e ausência por doença nos últimos doze meses.

Ausência por doença	lesão de acidente			
	sim		não	
	No.	%	No.	%
nenhuma	26	52.0	124	66.0
até 9 dias	15	30.0	55	29.3
10 a 24 dias	6	12.0	5	2.7
25 a 99 dias	3	6.0	1	0.5
100 a 365 dias	0	0	3	1.5
Total	50	100.0	188	100.0

A relação ausência por doença nos últimos doze meses e doença cardiovascular atual é mostrada na tabela 65, sendo que 60,6% dos doentes e 63,5% dos não-doentes não referiram ausência; ausências de até nove dias foram respectivamente 34,2% e 28,5% e as maiores de nove dias 5,2% e 8%.

Tabela 65. Doença cardiovascular atual e ausência por doença nos últimos doze meses.

Ausência por doença	doença cardiovascular			
	sim		não	
	No.	%	No.	%
nenhuma	23	60.6	127	63.5
até 9 dias	13	34.2	57	28.5
10 a 24 dias	1	2.6	10	5.0
25 a 99 dias	1	2.6	3	1.5
100 a 365 dias	0	0	3	1.5
Total	38	100.0	200	100.0

Quanto à doença músculo-esquelética atual com diagnóstico médico, tabela 66, a ausência por doença nos últimos doze meses ficou assim distribuída: sem ausência 47,4% dos com doença e 66% dos sem; ausências de até nove dias 42,1% e 27% respectivamente e de mais de nove dias 10,5% e 7%.

Tabela 66. Doença músculo-esquelética atual com diagnóstico médico e ausência por doença nos últimos doze meses.

Ausência por doença	doença músculo-esquelética			
	sim		não	
	No.	%	No.	%
nenhuma	18	47.4	132	66.0
até 9 dias	16	42.1	54	27.0
10 a 24 dias	3	7.9	8	4.0
25 a 99 dias	1	2.6	3	1.5
100 a 365 dias	0	0	3	1.5
Total	38	100.0	200	100.0

4.3.2. DADOS DOS ATESTADOS MÉDICOS REGISTRADOS EM 1997.

Os dados apresentados a seguir referem-se aos atestados médicos de 1997 em sua totalidade, incluindo todas as faixas etárias, diferentemente dos dados apresentados até o momento, que se referiam à população respondente de 35 a 57 anos de idade.

A tabela 67 mostra o absenteísmo-doença registrado por grupo de idade no ano de 1997.

Na distribuição das doenças registradas 22% foram músculo-esqueléticas, 11% cardiovasculares, 11% outras, 9,5% respiratórias, ressaltando 14,2% de desconhecidas, evidenciando a baixa qualidade no preenchimento dos atestados pelos médicos consultantes.

Com relação ao grupo etário, no de 25 a 34 anos 40% dos atestados foram por doença músculo-esquelética, no grupo de 35 a 39 anos 11,8% por doença respiratória e 11,8% por outras, no de 40 a 49 anos 27,6% de músculo-esquelética, 17%, no de 50 a 59 anos 22,3% de respiratória e 22,3% de digestiva e no de 60 a 69 anos 50% de digestiva e 50% de músculo-esquelética.

Tabela 67. Absenteísmo-doença por grupo de idade no ano de 1997.

Doença	Grupo de idade													
	desconhecido		25-34		35-39		40-49		50-59		60-69		total	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
desconhecida	1	16.7	4	20.0	4	11.8	8	17.0	1	5.5	0	0	18	14.2
cardiovascular	0	0	1	5.0	3	8.8	2	4.3	2	11.1	0	0	8	6.3
digestiva	0	0	0	0	3	8.8	6	12.7	4	22.3	1	5.0	14	11.0
endócrina	0	0	0	0	2	5.9	0	0	0	0	0	0	2	1.6
genito-urinária	0	0	0	0	2	5.9	1	2.1	0	0	0	0	3	2.4
mental	0	0	0	0	3	8.8	3	6.4	3	16.7	0	0	9	7.1
músculo-esq.	1	16.7	8	40.0	4	11.8	13	27.6	1	5.5	1	5.0	28	22.0
neurológica	0	0	2	10.0	2	5.9	2	4.3	1	5.5	0	0	7	5.5
de pele	2	33.3	1	5.0	1	2.9	2	4.3	0	0	0	0	6	4.7
respiratória	0	0	1	5.0	4	11.8	3	6.4	4	22.3	0	0	12	9.5
do sangue	0	0	0	0	1	2.9	0	0	0	0	0	0	1	0.8
tumor	0	0	0	0	1	2.9	4	8.5	0	0	0	0	5	3.9
outras	2	33.3	3	15.0	4	11.8	3	6.4	2	11.1	0	0	14	11.0
Total	6	100.0	20	100.0	34	100.0	47	100.0	18	100.0	2	100.0	127	100.0

Observação: Três indivíduos receberam outros diagnósticos, além do principal, já incluso na tabela acima: um indivíduo de 43 anos, além de uma doença respiratória, teve uma cardiovascular e outra digestiva; outro indivíduo de 36 anos teve um diagnóstico de doença mental e outro de doença do sangue; por fim, o de 46 anos teve uma doença do sistema músculo-esquelético além da doença cardiovascular.

A tabela 68 apresenta o absenteísmo-doença por grupo de idade e duração do afastamento em dias em 1997.

Considerando o total de afastamentos, o grupo de 40 a 49 anos tem 37,8%, o de 35 a 39 anos 26,8%, o de 25 a 34 anos tem 15,7% e o de 50 a 59 anos tem 13,4%.

Na duração até 24 dias 35% tem de 40 a 49 anos, 26,2% tem de 35 a 39 anos, 17,5% tem de 25 a 34 e 15,5% de 50 a 59 anos.

Com duração de 25 a 99 dias 55% tem de 40 a 49 anos e 30% de 35 a 39; com 100 a 365 dias de duração há 66,7% do grupo de 25 a 34 anos e 33,3% do grupo de 40 a 49 anos.

Tabela 68. Absenteísmo-doença por grupo de idade e duração do afastamento em dias em 1997.

Grupo de idade	desconhecida		Duração do afastamento								total	
			até 24		25 a 99		100 a 365					
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
desconhecido	0	0	5	4.8	1	5.0	0	0	6	4.7		
25 a 34	0	0	18	17.5	0	0	2	66.7	20	15.7		
35 a 39	1	100.0	27	26.2	6	30.0	0	0	34	26.8		
40 a 49	0	0	36	35.0	11	55.0	1	33.3	48	37.8		
50 a 59	0	0	16	15.5	1	5.0	0	0	17	13.4		
60 a 69	0	0	1	1.0	1	5.0	0	0	2	1.6		
Total	1	100.0	103	100.0	20	100.0	3	100.0	127	100.0		

A tabela 69 mostra a duração do afastamento por doença em dias em 1997 e o gênero. O gênero feminino teve 50,4% do total de atestados; quanto à duração, até 24 dias estão 78,1% das mulheres e 84,1% dos homens; de 25 a 99 dias 15,6% das mulheres e 15,9% dos homens e de 100 a 365 dias 4,7% das mulheres.

Tabela 69. Duração do afastamento por doença em dias em 1997 e o gênero.

Duração do Afastamento	Gênero				total	
	feminino		masculino		No.	%
	No.	%	No.	%		
desconhecida	1	1.6	0	0	1	0.8
até 24	50	78.1	53	84.1	103	81.1
25 a 99	10	15.6	10	15.9	20	15.7
100 a 365	3	4.7	0	0	3	2.4
Total	64	100.0	63	100.0	127	100.0

4.3.GÊNERO E CAPACIDADE PARA O TRABALHO

Na distribuição da população por gênero e ICT -tabela 70- observa-se a concentração do gênero masculino nas melhores categorias, 44,3% em excelente contra 34,0% do feminino; na categoria bom 45,4% e 49% respectivamente e em moderado e baixo 10,3% e 17,0%.

Tabela 70. Gênero e índice de capacidade para o trabalho.

Gênero	índice de capacidade para o trabalho						total	
	baixo/moderado		bom		excelente		No.	%
	No.	%	No.	%	No.	%		
feminino	9	17.0	26	49.0	18	34.0	53	100.0
masculino	19	10.3	84	45.4	82	44.3	185	100.0

Analisando-se a tabela 71, gênero e capacidade para o trabalho atual comparada com a melhor da vida, observamos que no gênero feminino 11,3% tem até nota seis, 58,5% receberam sete e oito e 30,2% nove e dez. Já no gênero masculino há 42,8% com notas nove e dez, 46,5% com sete e oito e 10,7% com menos que sete.

Tabela 71. Gênero e capacidade de trabalho atual comparada com a melhor capacidade para o trabalho da vida.

Nota atribuída à capacidade de trabalho atual	gênero				total	
	feminino		masculino		No.	%
	No.	%	No.	%		
três	0	0	1	0.5	1	0.4
quatro	1	1.9	1	0.5	2	0.9
cinco	3	5.7	5	2.7	8	3.3
seis	2	3.8	13	7.0	15	6.3
sete	9	17.0	25	13.5	34	14.3
oito	22	41.5	61	30.0	83	34.9
nove	6	11.3	51	27.6	57	23.9
dez	10	18.9	28	15.2	38	16.0
Total	53	100.0	185	100.0	238	100.0

O gênero feminino obteve média 8,0±1,4 e o masculino 8,1±1,3.

Analizando-se o gênero quanto à capacidade de trabalho em relação às exigências físicas do trabalho- tabela 72- encontramos melhores resultados no gênero masculino, com 47% em muito boa contra 41,5% do feminino; em quase boa a distribuição é semelhante, com 39,6% do feminino e 39,4% do masculino, assim como em moderado, com 11,3% e 11,4% respectivamente; já na pior categoria, muito baixa, há mais indivíduos do gênero feminino, 7,5% do que do masculino, 2,2%.

Tabela 72. Gênero e capacidade para o trabalho em relação às exigências físicas do trabalho .

Gênero	capacidade para o trabalho quanto à exigências físicas								total	
	muito boa		boa		moderada		baixa		No.	%
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%		
feminino	22	41.5	21	39.6	6	11.3	4	7.5	53	100.0
masculino	87	47.0	73	39.4	21	11.4	4	2.2	185	100.0

Quanto à relação gênero e capacidade de trabalho em relação às exigências mentais do

trabalho- tabela 73- a distribuição é um pouco diferente: em muito boa estão 26,4% do feminino e 43,2% do masculino; em boa, respectivamente 56,6% e 46,5%, em moderada 17% e 8,7% e em muito baixa há 1,6% dos homens e ninguém do feminino.

Tabela 73. Gênero e capacidade para o trabalho em relação às exigências mentais do trabalho .

Gênero	capacidade para o trabalho quanto à exigências mentais								total	
	muito boa		boa		moderada		baixa		No.	%
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%		
feminino	14	26.4	30	56.6	9	17.0	0	0	53	100.0
masculino	80	43.2	86	46.5	16	8.7	3	1.6	185	100.0

Analisando a tabela 74, gênero e número de doenças diagnosticadas por médico, encontramos mais indivíduos sem doença no gênero masculino, 43,8% contra 37,7%.

Com uma doença há o predomínio de mulheres, 32,1% contra 24,3% e com duas ou mais doenças as proporções são semelhantes, com 30,2% do gênero feminino e 31,9% do masculino.

Tabela 74. Gênero e número de doenças com diagnóstico médico.

Gênero	número de doenças						total	
	0		1		2 a 9		No.	%
	No.	%	No.	%	No.	%		
feminino	20	37.7	17	32.1	16	30.2	53	100.0
masculino	81	43.8	45	24.3	59	31.9	185	100.0

A tabela 75 apresenta o gênero e o impedimento estimado ao trabalho devido à doenças: 67,6% do masculino e 62,3% do feminino não referem impedimento ou doenças, 17% e 15,1% relatam algum sintoma relacionado ao trabalho; 17% do feminino e 16,8% do masculino precisam mudar as formas de trabalho algumas vezes e, respectivamente, 3,8% e 0,5% referem

aptidão apenas para o trabalho em tempo parcial.

Tabela 75. Gênero e impedimento estimado ao trabalho devido a doenças.

Impedimento estimado ao trabalho	gênero			
	feminino		masculino	
	No.	%	No.	%
sem impedimento ou doença	33	62.3	125	67.6
causa alguns sintomas	9	17.0	28	15.1
às vezes muda o método de trabalho	9	17.0	31	16.8
trabalho em tempo parcial	2	3.8	1	0.5
Total	53	100.0	185	100.0

A relação gênero e ausência por doença durante o último ano-tabela 76- mostra que 67,9% do gênero feminino não teve ausências, contra 61,6% do masculino; tiveram ausência de até nove dias 17% do feminino e 33% do masculino; ausentaram-se por mais de nove dias 15,1% do feminino e 5,4% do masculino.

Tabela 76. Gênero e ausência por doença durante os últimos doze meses.

Ausência por doença	gênero			
	feminino		masculino	
	No.	%	No.	%
nenhuma	36	67.9	114	61.6
até 9 dias	9	17.0	61	33.0
10 a 24 dias	4	7.5	7	3.8
25 a 99 dias	3	5.7	1	0.5
100 a 365 dias	1	1.9	2	1.1
Total	53	100.0	185	100.0

Valor de p=0.011359

O gênero feminino está mais presente mas tem também os maiores afastamentos; já o masculino tem mais ausências menores, de até nove dias; o feminino tem a percentagem de ausências longas três vezes maior que o masculino. Uma possível explicação é a de que as

ausências de curto período estejam sendo usadas para o restabelecimento da capacidade para o trabalho pelo gênero masculino e o feminino, não lançando mão desta estratégia, mantém-se presente no trabalho com mais frequência, mas também necessita mais de ausências longas.

Quanto ao gênero e o prognóstico próprio da capacidade de trabalho para daqui a dois anos- tabela 77- observamos distribuição assemelhada entre ambos os gêneros e com predomínio na melhor categoria, relativamente certo, com 93,5% do masculino e 90,6% do feminino .

Tabela 77. Gênero e prognóstico próprio da capacidade de trabalho para daqui a dois anos.

Ser capaz de fazer o trabalho atual	gênero			
	feminino		masculino	
	No.	%	No.	%
é improvável	4	7.5	2	1.1
não estou muito certo	1	1.9	10	5.4
bastante provável	48	90.6	173	93.5
Total	53	100.0	185	100.0

A tabela 78, gênero e capacidade de desfrutar as atividades diárias normais, mostra distribuições assemelhadas em ambos: em frequentemente estão 24,5% do feminino e 27,6% do masculino, em quase sempre respectivamente 50,9% e 52,4%.

Já em algumas vezes há 18,9% do feminino contra 13% do masculino e em quase nunca 5,7% e 7% respectivamente.

Tabela 78. Gênero e capacidade de apreciar as atividades normais diárias.

Gênero	capacidade de apreciar as atividades diárias								total	
	sempre		quase sempre		às vezes		raramente		No.	%
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%		
feminino	13	24.5	27	50.9	10	18.9	3	5.7	53	100.0
masculino	51	27.6	97	52.4	24	13.0	13	7.0	185	100.0

Na relação gênero e capacidade de estar ativo e alerta recentemente- tabela 79- a distribuição é semelhante ao item anterior, divergindo apenas no predomínio do feminino na categoria quase nunca, 3,8% contra 2,2% do masculino.

Tabela 79. Gênero e capacidade de sentir-se ativo e alerta recentemente.

Gênero	capacidade de sentir-se ativo e alerta								total	
	sempre		quase sempre		às vezes		raramente		No.	%
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%		
Feminino	16	30.2	27	50.9	8	15.1	2	3.8	53	100.0
Masculino	64	34.6	97	52.4	20	10.8	4	2.2	185	100.0

A tabela 80 apresenta a distribuição segundo o gênero e a capacidade ser cheio de esperança para o futuro recentemente. Continuamente é referido por 30,2% do feminino e 20,5% do masculino; frequentemente por 39,5% do masculino e 32,1% do feminino, algumas vezes por 25,9% do masculino e 22,6% do feminino e raramente por 14,1% do masculino e 13,2% do feminino e nunca por 1,9% do feminino.

Tabela 80. Gênero e capacidade de sentir-se cheio de esperança para o futuro recentemente.

Gênero	sentir-se cheio de esperança para o futuro										total	
	continuamente		quase sempre		às vezes		raramente		nunca		No.	%
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%		
feminino	16	30.2	17	32.1	12	22.6	7	13.2	1	1.9	53	100.0
masculino	38	20.5	73	39.5	48	25.9	26	14.1	0	0	185	100.0

Os pontos totais em recursos mentais quanto ao gênero- tabela 81- mostram um predomínio do gênero feminino na pontuação mais baixa, 18,9% contra 13,5% no masculino; na pontuação mais alta, respectivamente 81,1% e 86,5%.

Tabela 81. Gênero e total de pontos em recursos mentais.

Pontos	gênero			
	feminino		masculino	
	No.	%	No.	%
1 a 2	10	18.9	25	13.5
3 a 4	43	81.1	160	86.5
Total	53	100.0	185	100.0

4.5. ESCOLARIDADE E CAPACIDADE PARA O TRABALHO

Inicio agora a apresentação do cruzamento de dados de escolaridade, ICT geral e itens do índice.

A tabela 82 mostra o nível de escolaridade e a categoria do ICT, sendo que 51.6 dos indivíduos com alta escolaridade estão em excelente, 39.5% dos com básica e 34,4% dos com média.

Em bom temos 53% dos de média, 44,2% dos de básica e 39,8% dos de alta. Em baixo e moderado 16,3% dos de básica, 12,6% dos de média e 8,6% dos de alta.

Tabela 82. Escolaridade e índice de capacidade para o trabalho.

Escolaridade	índice de capacidade de trabalho						total	
	baixo/moderado		bom		excelente		f	%
	f	%	f	%	f	%		
básica	7	16.3	19	44.2	17	39.5	43	100.0
média	13	12.6	54	53.0	35	34.4	102	100.0
alta	8	8.6	37	39.8	48	51.6	93	100.0

A tabela 83 mostra a distribuição por escolaridade e capacidade de trabalho atual comparada com a melhor da vida. Entre os que se deram nota até seis estão 11,6% dos de escolaridade básica, 11,8% dos de média e 9,7% dos de alta.

Com notas sete e oito temos 55,8% dos de média, 44,2% dos de básica e 44.1% dos de alta e com notas nove e dez 46,2% dos de alta, 44.2% dos de básica e 32,4% dos de média.

Tabela 83. Escolaridade e capacidade de trabalho atual comparada com a melhor capacidade de trabalho da vida.

Nota atribuída à capacidade de trabalho atual	básica		escolaridade média		alta	
	No.	%	No.	%	No.	%
três	0	0	1	1.0	0	0
quatro	0	0	2	2.0	0	0
cinco	2	4.6	2	2.0	4	4.3
seis	3	7.0	7	6.8	5	5.3
sete	3	7.0	18	17.6	13	14.0
oito	16	37.2	39	38.2	28	30.1
nove	12	27.9	23	22.6	22	23.6
dez	7	16.3	10	9.8	21	22.6
Total	43	100.0	102	100.0	93	100.0

O grupo com escolaridade básica obteve média $8,2 \pm 1,2$, o de média $7,9 \pm 1,3$ e o de alta $8,3 \pm 1,3$.

Em relação à escolaridade e capacidade para o trabalho em relação às exigências físicas- tabela 84- referem-na como muito boa 57.0% dos com alta escolaridade, 41,2% com média e 32.6% com básica; como boa respectivamente 32.2%, 40,2% e 53.5%; como moderada 9,6%, 13,7% e 9,3% e como baixa 1.1%, 4,9% e 4.6%.

Tabela 84. Escolaridade e capacidade para o trabalho em relação às exigências físicas do trabalho.

Escolaridade	capacidade de trabalho quanto à exigências físicas								total	
	muito boa		boa		moderado		baixa		No.	%
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%		
básica	14	32.6	23	53.5	4	9.3	2	4.6	43	100.0
média	42	41.2	41	40.2	14	13.7	5	4.9	102	100.0
alta	53	57.0	30	32.2	9	9.6	1	1.1	93	100.0

Quanto à capacidade para o trabalho em relação às exigências mentais do trabalho- tabela 85- a distribuição se assemelha: na concentração dos indivíduos com alta escolaridade na categoria muito boa e na distribuição nas categorias boa e moderada; apenas a categoria baixa

inclui menor número de respondentes.

Tabela 85. Escolaridade e capacidade de trabalho atual em relação às exigências mentais do trabalho.

Escolaridade	capacidade de trabalho quanto à exigências mentais								total	
	muito boa		boa		moderada		baixa		No.	%
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%		
básica	14	32.6	23	53.5	6	13.9	0	0	43	100.0
média	38	37.2	50	49.0	13	12.8	1	1.0	102	100.0
alta	42	45.1	44	46.2	6	6.5	2	2.2	93	100.0

A distribuição por escolaridade e número de doenças- tabela 86- é apresentada abaixo- sendo que não tem doenças 55,8% dos de educação básica, 38,2% dos de média e 40.9% dos de alta.

Tabela 86. Escolaridade e número de doenças com diagnóstico médico.

Escolaridade	número de doenças						total	
	0		1		2 a 9		No.	%
	No.	%	No.	%	No.	%		
básica	24	55.8	5	11.6	14	32.6	43	100.0
média	39	38.2	29	28.4	34	33.3	102	100.0
alta	38	40.9	28	30.1	27	29.0	93	100.0

Quanto ao impedimento estimado ao trabalho devido à doenças- tabela 87- 72,0% dos de Alta escolaridade não referiram doença ou impedimento, 61,8% dos de média e 65,1% dos de básica.

Referiram alguns sintomas causados pelas doenças 18,6% dos de média, 14,0% dos de alta e 11,6% dos de básica. E a necessidade de algumas vezes mudar o método de trabalho 19,6% dos de média, 18,6% dos de básica e 12,9% dos de alta.

Tabela 87. Escolaridade e perda estimada ao trabalho devido a doenças.

Impedimento estimado ao trabalho	básica		escolaridade média		alta	
	No.	%	No.	%	No.	%
sem doença ou impedimento	27	65.1	63	61.8	67	72.0
causa algum sintoma	5	11.6	19	18.6	13	14.0
muda método de trabalho	8	18.6	20	19.6	12	12.9
trabalha em tempo parcial	2	4.7	0	0	1	1.1
Total	43	100.0	102	100.0	93	100.0

Ausência por doença nos últimos doze meses- tabela 88- 69,9% dos com alta escolaridade, 58,8% dos de média e 58,1% dos de básica não tiveram faltas. Com até nove dias de ausência 32,3% dos de média,28,0% dos de alta e 25,6% dos de básica.

Ausências maiores de nove dias tiveram 16,4% dos de baixa escolaridade, 8,9% dos de média e apenas 2,1% dos de alta.

Tabela 88. Escolaridade e ausência por doença nos últimos doze meses.

Ausência por doença	básica		escolaridade média		alta	
	No.	%	No.	%	No.	%
nenhuma	25	58.1	60	58.8	65	69.9
até 9 dias	11	25.6	33	32.3	26	28.0
10 a 24 dias	3	7.0	6	5.9	2	2.1
25 a 99 dias	2	4.7	2	2.0	0	0
100 a 365 dias	2	4.7	1	1.0	0	0
Total	43	100.0	102	100.0	93	100.0

Valor de p= 0.011460.

A tabela 89 mostra a escolaridade em relação ao prognóstico próprio da capacidade para o trabalho para daqui a dois anos, havendo uma grande concentração em relativamente certo: 96,8% dos com alta escolaridade, 92,5% dos com média e 86,0% dos com básica.

Entre os de educação básica 7,0% encontra-se em dificilmente.

Tabela 89. Escolaridade e prognóstico próprio da capacidade de trabalho para daqui a dois anos.

Ser capaz de fazer o trabalho atual	básica		escolaridade média		alta	
	No.	%	No.	%	No.	%
é improvável	3	7.0	2	2.0	1	1.1
não estou muito certo	3	7.0	6	5.9	2	3.1
bastante provável	37	86.0	94	92.1	90	96.8
Total	43	100.0	102	100.0	93	100.0

A capacidade de apreciar as atividades normais diárias em relação à escolaridade- tabela 90- mostra que entre os de nível básico 39,5% referiram fazê-lo sempre, 23,5% dos de média 24,8% dos de básica. Quase sempre foi referido por 51,6% dos de alta, 54.9% dos de média e 46,5 dos de básica.

Tabela 90. Escolaridade e capacidade de apreciar as atividades normais diárias.

Escolaridade	capacidade de apreciar as atividades diárias								total	
	sempre		quase sempre		às vezes		raramente		No.	%
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%		
básica	17	39.5	20	46.5	4	9.3	2	4.7	43	100.0
média	24	23.5	56	54.9	11	10.8	11	10.8	102	100.0
alta	23	24.8	48	51.6	19	20.4	3	3.2	93	100.0

A tabela 91 relaciona a capacidade de estar ativo e alerta recentemente e a escolaridade, e na melhor categoria- sempre- encontram-se 41,9 dos de básica, 29,4% dos de média e 33,3% dos de alta. Quase sempre foi referido por 54,9% dos de alta, 52% dos de média e 46,5% dos de básica.

Tabela 91. Escolaridade e capacidade de sentir-se ativo e alerta recentemente.

Escolaridade	capacidade de sentir-se ativo e alerta								total	
	sempre		quase sempre		às vezes		raramente		No.	%
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%		
básica	18	41.9	20	46.5	5	11.6	0	0	43	100.0
média	30	29.4	53	52.0	12	11.7	6	5.9	102	100.0
alta	31	33.3	51	54.9	11	11.8	0	0	93	100.0

A tabela 92 mostra a escolaridade em relação à capacidade de ser cheio de esperança em relação ao futuro recentemente. Na categoria continuamente estão 30,2% dos de escolaridade básica, 18,6% dos de média e 23,7% dos de alta.

Em quase sempre estão 40,8% dos de alta, 38,3% dos de média e 30,2% dos de alta.

Tabela 92. Escolaridade e capacidade de sentir-se cheio de esperança para o futuro recentemente.

Escolaridade	sentir-se cheio de esperança para o futuro										total	
	continuamente		quase sempre		às vezes		raramente		nunca		No.	%
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%		
básica	13	30.2	13	30.2	11	26.5	5	11.7	1	2.3	43	100.0
média	19	18.6	39	38.3	25	24.5	19	18.6	0	0	102	100.0
alta	22	23.7	38	40.8	24	25.8	9	9.7	0	0	93	100.0

Quanto à escolaridade- tabela 93- a distribuição dos pontos totais em recursos mentais mostra com menos pontos o grupo de média escolaridade com 16,7%, seguido do grupo de alta escolaridade com 15% e o de básica com 9,3%.

Com mais pontos estão 90,7% do grupo de básica , 83,3% do de média e 85% do de alta.

Tabela 93. Total de pontos em recursos mentais e escolaridade.

Total de pontos	básica		escolaridade média		alta	
	No.	%	No.	%	No.	%
1 a 2	4	9,3	17	16,7	14	15,0
3 a 4	39	90,7	85	85,3	79	85,0
Total	43	100,0	102	100,0	93	100.0

4.6. ALGUNS ASPECTOS LIGADOS ÀS CONDIÇÕES DE VIDA E DE TRABALHO.

Complemento a apresentação dos resultados com outros dados relacionados às condições de vida e de trabalho dos indivíduos.

A tabela 94 mostra a distribuição dos respondentes segundo o estado civil, observando-se o predomínio de casados, com 79,5%.

Tabela 94. Estado conjugal.

Estado conjugal	No.	%
solteiro	15	06.3
casado	189	79.5
concubinato	22	09.2
separado	08	03.3
divorciado	02	00.8
viúva/o	02	00.8
Total	238	100.0

Quanto a ter outro trabalho- tabela 95- apenas 9.7% dos respondentes referiram tê-lo.

Tabela 95. Ter outro trabalho.

Ter outro trabalho	No.	%
sim	23	9.7
não	215	90.3
Total	238	100.0

A listagem destes trabalhos pode ser vista na tabela 96, observando-se que indivíduos de diferentes níveis de escolaridade tem um segundo emprego.

Tabela 96. Ter outro trabalho por ocupação.

Ocupação	No.	%
consultor	02	10.0
advogado	01	05.0
mecânico de automóvel	02	10.0
faz salgadinhos	01	05.0
gerente	01	05.0
comerciante	02	10.0
desenvolvimento <i>software</i>	01	5.0
professor	05	25.0
professor universitário	04	20.0
supervisor segurança	01	05.0
Total	23	100.0

O tempo despendido com o segundo emprego é variável- tabela 97- mas para 35% é bastante longo: entre vinte e trinta e seis horas semanais. Três pessoas que referiram ter outro trabalho não referiram a duração do mesmo.

Tabela 97. Tempo despendido semanalmente com o outro trabalho(em horas).

Tempo despendido	No.	%
04 a 19	13	65.0
20 a 36	07	35.0
Total	20	100.0

A distribuição dos respondentes que tem outro trabalho segundo o ICT- tabela 98- mostra que 43,5% estão em excelente.

Tabela 98. Índice de capacidade para o trabalho e ter outro trabalho.

ICT	Ter outro trabalho			
	sim		não	
	No.	%	No.	%
baixo/moderado	4	17.4	24	11.1
bom	9	39.1	101	47.0
excelente	10	43.5	90	41.9
Total	23	100.0	215	100.0

Quanto ao número de doenças com diagnóstico médico, 39,1% não tem doença, 21,8% tem uma e 39,1% tem mais de uma -tabela 99.

Tabela 99. Ter outro trabalho e número de doenças com diagnóstico médico.

Número de doenças	Ter outro trabalho			
	sim		não	
	No.	%	No.	%
0	9	39.1	92	42.6
1	5	21.8	57	26.4
2 a 9	9	39.1	66	31.0
Total	23	100.0	215	100.0

Foi verificado também o total de pontos no índice e a duração do emprego- tabela 100- sendo que entre os que tem menos de dez anos de casa 30.8% tiveram excelente, 59% bom e 5.1% moderado e baixo. Entre os com mais tempo de casa foram 44.8% em excelente, 43.8% em bom e 12% em moderado e baixo.

Tabela 100. Duração do emprego na empresa e índice de capacidade de trabalho (em anos).

Duração do emprego	índice de capacidade de trabalho						total	
	baixo/moderado		bom		excelente		No.	%
	No.	%	No.	%	No.	%		
2 a 9	4	10.2	23	59.0	12	30.8	39	100.0
10 a 24	24	12.1	87	43.7	88	44.2	199	100.0

A tabela 101 mostra o índice em relação ao desenvolvimento de atividades gerenciais, sendo que entre os que fazem este trabalho a classificação foi de 52.5% em muito bom, 35% em bom e 12.5% em moderado e baixo. Para os que não fazem, 40.4% estão em muito boa, 48.1% em boa e 11.5% em moderada e baixa.

Tabela 101. Desenvolvimento de atividades gerenciais e índice de capacidade de trabalho.

Atividades gerenciais	índice de capacidade de trabalho						total	
	baixo/moderado		bom		excelente		No.	%
	No.	%	No.	%	No.	%		
sim	5	12.5	14	35.0	21	52.5	40	100.0
não	23	11.5	95	48.1	80	40.4	198	100.0

A tabela 102 mostra a distribuição dos respondentes segundo o tempo despendido diariamente em deslocamento da residência ao trabalho; 39% utilizam até sessenta minutos, 49,6% de sessenta e um a cento e vinte minutos e 11,1% de cento e vinte e um a trezentos minutos.

Tabela 102. Tempo despendido diariamente em deslocamento residência-trabalho-residência (em minutos).

Tempo despendido	No.	%
0 a 60	90	39.0
61 a 120	116	49.6
121 a 300	27	11.1
Total	233	100.0

Em relação ao ICT -tabela 103- os que despendem até cinquenta e nove minutos no deslocamento 42,2% tiveram excelente, 44,7% bom e 13,1% baixo/moderado; entre os que tem maior tempo de deslocamento a distribuição foi respectivamente a seguinte: 41,7%, 50% e 8,3%.

Tabela 103. Tempo despendido diariamente em deslocamento residência-trabalho (em minutos) e índice de capacidade para o trabalho.

Tempo despendido	índice de capacidade de trabalho						total	
	baixo/moderado		bom		excelente		No.	%
	No.	%	No.	%	No.	%		
0 a 59	21	13.1	72	44.7	68	42.2	161	100.0
61 a 300	6	8.3	36	50.0	30	41.7	72	100.0

A tabela 104 apresenta o tempo despendido semanalmente em tarefas domésticas (em minutos) e o número de doenças com diagnóstico médico; entre os que dispendem menos de dez horas 39,6% não tem doença, 27,7% tem uma e 32,7% mais de uma entre os que dispendem dez horas ou mais há 44,1% sem doença, 29,4% com uma e 26,5% com mais de uma.

Tabela 104. Tempo despendido semanalmente em tarefas domésticas (em horas) e o número de doenças com diagnóstico médico.

Tempo despendido	número de doenças						total	
	0		1		2 a 9		No.	%
	No.	%	No.	%	No.	%		
menos que 10	40	39.6	28	27.7	33	32.7	101	100.0
10 e mais	30	44.1	20	29.4	18	26.5	68	100.0

A tabela 105 apresenta o gênero em relação à realização de tarefas domésticas, sendo que no feminino 86,8% referiram sim contra 76,3% no masculino.

Tabela 105. Gênero em relação à realização de tarefas domésticas.

Realização de tarefas domésticas	gênero				total	
	feminino		masculino		No.	%
	No.	%	No.	%		
sim	46	86.8	142	76.3	188	78.7
não	07	13.2	43	23.7	50	21.3
Total	53	100.0	185	100.0	238	100.0

O gênero e o tempo despendido semanalmente em tarefas domésticas estão na tabela 106. No feminino 58,5% utilizam até dezenove horas contra 92,9% no masculino, demonstrando que o feminino tem uma carga maior de tarefas domésticas que o masculino.

Tabela 106. Gênero e tempo despendido semanalmente em tarefas domésticas (horas).

Tempo despendido	gênero			
	feminino		masculino	
	No.	%	No.	%
0.25 a 19	24	58.5	119	92.9
20 a 60	17	41.5	9	7.1
Total	41	100.0	128	100.0

5. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Na análise da relação idade e capacidade para o trabalho- tabelas 21 a 32- observa-se que: os melhores resultados do ICT estão entre os grupos mais velhos; em relação às exigências mentais o grupo de 50 a 57 anos se destaca, concentrando-se na melhor categoria ; em relação às exigências físicas a distribuição é assemelhada nos grupos etários ; o número de doenças com diagnóstico médico é maior entre os mais jovens; o impedimento ao trabalho devido a doenças é menor entre os mais velhos; na ausência do trabalho por doença referida os resultados se assemelham por idade, havendo mais pessoas de mais idade com afastamento maior que dez dias; os recursos mentais melhoram com a idade.

A principal doença auto-referida, desordem mental leve- tabela 47- foi relatada pela maioria das pessoas mais jovens.

Quanto ao absenteísmo-doença registrado no ano de 1997, os mais longos afastamentos, de 100 a 365 dias, atingiram 10% dos indivíduos de 25 a 34 anos, grupo ainda mais jovem que a minha população de estudo (que foi constituída de indivíduos de 35 anos e mais), seguidos por 2,1% do grupo de 40 a 49 anos.

Estes achados permitem-me considerar que os grupos de mais idade apresentam melhores índices de capacidade de trabalho porque tem menos doenças e as doenças que tem causam menos impedimento ao trabalho.

O delineamento do estudo não me permite esclarecer por que os mais jovens tem mais doenças e os mais velhos são mais saudáveis, especialmente o grupo de 50 a 57 anos, mas os resultados são sugestivos de que com o envelhecimento ocorre uma seleção dos mais aptos, dos mais saudáveis e somente estes permanecem trabalhando em faixas etárias mais avançadas.

Baseando-me nos dados da população total disponível- t.1- e do absenteísmo-doença- t.62- identifiquei que faltaram ao trabalho por doença 7,2% do grupo de 35 a 39 anos, 6,4% dos de

40 a 49 anos e 3,7% dos de 50 a 57 anos, o que reafirma a tendência encontrada em minha população de estudo.

Comparando as médias e desvios-padrão do índice de capacidade de trabalho por grupo etário com resultados de outros países, no grupo de 35 a 39 anos encontrei $41,2 \pm 5,0$ (t.8) e BOLLEN e GOEDHARD (1998) na Holanda com grupo de 30 a 40 anos obtiveram $43,8 \pm 4,1$; para o grupo de 50 a 60 anos os mesmos autores obtiveram $40,9 \pm 5,7$ e no grupo de 50 a 54 anos encontrei $43,1 \pm 3,3$; aos 50 anos, TUOMI et. al. (1994) na Finlândia encontraram 39; WILLIAMS e CRUMPTON (1997) nos EUA obtiveram 45,3 para o grupo de 50 a 55 anos.

Na China, SHEN et. al. (1997) encontraram para o grupo de 40 a 49 anos médias de $37,5 \pm 6,3$; para o de 50 a 59 anos, de $35,7 \pm 6,2$.

Como pode ser visto nos exemplos citados, de forma geral os resultados utilizando o ICT detectam uma diminuição do mesmo com a idade, resultado inverso ao que encontrei.

Quanto ao **número de doenças com diagnóstico médico** (t.33 a 43) ter mais doenças afeta o ICT, a capacidade para o trabalho em relação às exigências físicas e mentais do trabalho, o impedimento estimado ao trabalho, o prognóstico próprio da capacidade de trabalho para daqui a dois anos, a capacidade de apreciar as atividades diárias e a capacidade de sentir-se ativo e alerta, todos com diferença estatisticamente significativa, definindo o papel preponderante das doenças na limitação da capacidade para o trabalho e evidenciando a necessidade de se investir na promoção da saúde.

Com relação às doenças auto-referidas o **distúrbio emocional leve** (t.14 e 46 a 60) , com 35,9% de referentes se destaca como um aspecto a ser investigado; os que o referem concentram-se na categoria boa do ICT, são mais jovens e não apresentam diferenças em relação ao gênero.

A capacidade de trabalho atual é pior entre os referentes desse distúrbio , com diferença estatisticamente significativa.

E ele também afeta negativamente a capacidade de responder às exigências mentais do trabalho, o impedimento estimado ao trabalho, a capacidade de manter-se ativo e alerta e de apreciar as atividades diárias, todos com significância estatística.

Em relação ao total de pontos em recursos mentais quanto às exigências mentais do trabalho há também uma maior concentração de indivíduos referentes do distúrbio na categoria moderada/baixa (t.60).

Estes resultados evidenciam que o distúrbio emocional leve referido está afetando o desempenho no trabalho e possivelmente a qualidade de vida no trabalho, ressaltando que 93,7% da população de estudo realiza tarefas com exigências predominantemente mentais.

É um exemplo de como o uso do ICT pelo Serviço de Saúde Ocupacional na empresa possibilita a identificação dos problemas que estão afetando a capacidade para o trabalho, tornando possível uma efetiva intervenção nos mesmos.

A **doença com diagnóstico médico** referida com maior prevalência foi a lesão de acidente, e também a segunda causa auto-referida; a distribuição das lesões por regiões do corpo no primeiro caso ficou dispersa, mas no segundo concentrou-se na região das costas, com 14,6%. (t.4 anexo 2)

As doenças músculo-esqueléticas foram a segunda doença em prevalência, auto-referidas e com diagnóstico médico, e afetam respectivamente 20,9% e 7,1% da população (t.2 anexo 2).

Elas também foram a principal causa de afastamento do trabalho por doença (t.67) respondendo por 22% do total e atingindo 40% dos indivíduos de 25 a 34 anos, 11,8% dos de 35 a 39 anos, 27,6% dos de 40 a 49, 5,5% dos de 50 a 59 e 50% dos de 60 a 69 que tiveram afastamento médico em 1997.

Ressalto que afeta proporcionalmente um grande número de pessoas na faixa etária mais jovem, gerando incapacidade para o trabalho precocemente.

Na população de estudo as doenças músculo-esqueléticas auto-referidas estão relacionados ao impedimento estimado ao trabalho e à diminuição da capacidade de trabalho em relação às exigências físicas do trabalho, com significância estatística (t.62 e 63).

Estes resultados evidenciam a necessidade de intervir no ambiente de trabalho e também a nível individual, buscando solucionar os problemas.

As doenças cardiovasculares com diagnóstico médico ocupam o segundo lugar, sendo que 10,9% referem-se a hipertensão (t.3 do anexo 2), sendo que o número de indivíduos que refere a doença é menor do que as que tem diagnóstico médico, evidenciando a necessidade de desenvolvimento de ações para intervir neste problema.

Em relação ao **gênero** as mulheres tem idade média menor que os homens e menor média no ICT (t.7); são apenas 21,5% da população total e 22,3% da de estudos (t.2), mas tem 50,4% do absenteísmo-doença e 4,7% dos afastamentos duraram de 100 a 365 dias, sendo que nenhum homem teve afastamento com esta duração (t.63).

Em São Paulo BELLUSCI (1998) identificou que o gênero feminino tem 2,1 vezes mais chance de ter ICT baixo ou moderado do que o masculino.

Na China SHEN (1997) identificou melhor desempenho no ICT no gênero feminino que no masculino, sendo que na faixa etária de 40 a 49 anos as mulheres obtiveram ICT de $38,1 \pm 5,8$ e os homens $37,1 \pm 6,5$; para a faixa etária de 50 a 59 anos, mulheres obtiveram $36,2 \pm 6,1$ e homens $35,7 \pm 6,3$.

Na Finlândia TUOMI et. al. (1994) encontraram valores idênticos no ICT para homens e mulheres de 50 anos em trabalho de exigência predominantemente mental, no valor de 39; aos 55 anos, homens obtiveram 36 pontos e mulheres 35.

Analisando o ICT por categorias o gênero feminino tem mais indivíduos nas categorias baixo/moderado que o masculino (t.70 a 81); a capacidade de trabalho atual obteve médias e desvios-padrão semelhantes nos dois gêneros; quanto às exigências físicas do trabalho há mais indivíduos do gênero masculino na categoria muito boa e do feminino na baixa; nas exigências

mentais as mulheres se concentram na categoria boa e os homens em muito boa, mas com 1,6% destes na categoria muito baixa.

Quanto ao número de doenças com diagnóstico médico há mais homens sem doença que mulheres; o impedimento estimado ao trabalho devido a doenças tem distribuição similar, com um pouco mais de homens sem impedimento e de mulheres que referem só poder trabalhar em tempo parcial.

A ausência do trabalho por doença tem diferença estatisticamente significativa entre os gêneros, sendo mais freqüente entre as mulheres. O prognóstico próprio da capacidade para o trabalho para daqui a dois anos é mais negativo entre as mulheres, com 7,5% na categoria improvável.

Em relação ao total de pontos em recursos mentais os homens tiveram melhor desempenho.

Quanto à **escolaridade** (t.82 a 93) e o ICT há um predomínio de indivíduos de alta escolaridade na categoria excelente, dos de média em boa e proporcionalmente mais indivíduos de baixa escolaridade nas categorias moderado/baixo.

Na capacidade para o trabalho atual o melhor desempenho coube ao grupo de alta escolaridade, seguido do de básica e do de média.

Quanto às exigências físicas do trabalho, os indivíduos de alta escolaridade concentram-se nas melhores categorias, seguidos dos de média e de básica; em relação às exigências mentais a distribuição segue a mesma tendência mas com menores diferenças.

O número de doenças diagnosticadas por médico é maior entre os de média e alta escolaridade.

O impedimento estimado ao trabalho é maior entre os grupos de média e básica escolaridade; a ausência ao trabalho por doença segue a mesma tendência, com diferença estatisticamente significativa.

O prognóstico próprio da capacidade para o trabalho para daqui a 2 anos também cresce com a escolaridade.

Em relação ao total de pontos em recursos mentais o melhor desempenho se concentra no grupo de básica escolaridade, seguido pelos dois outros com distribuição similar.

Nos aspectos ligados às **condições de vida e de trabalho** (t.94 a 106) apenas 9,7% dos indivíduos de diferentes níveis de escolaridade tem um segundo trabalho, a maioria dispendendo até 19 hs semanais nesta atividade; entre os que tem outro trabalho há mais indivíduos com menos doenças entre os que não tem um segundo emprego.

Quanto à duração do emprego na empresa e o ICT, os de maior tempo predominam na melhor categoria do índice.

Os que desenvolvem atividades gerenciais estão também concentrados na melhor categoria do ICT.

O tempo despendido diariamente em deslocamento residência-trabalho-residência para metade da população é de 1 a 2 horas, sendo que apresentam melhores resultados de ICT os que despendem mais tempo.

Os que despendem mais que 10 horas em tarefas domésticas semanalmente tem menos doenças.

Maior número de indivíduos do gênero feminino relatam a realização de tarefas domésticas e também despendem mais tempo realizando-as que o gênero masculino, demonstrando a já bem discutida dupla jornada do gênero feminino.

6.CONCLUSÃO

O melhor desempenho no índice de capacidade para o trabalho do grupo de mais idade relaciona-se ao fato de terem menos doença e/ou doenças que causam menor impedimento ao trabalho.

Desta forma, é sugestivo de que o principal fator com efeito negativo na capacidade para o trabalho na população de estudo relacione-se à doença e não à faixa etária.

A doença auto-referida de maior prevalência, o distúrbio emocional leve, afeta negativamente a capacidade para o trabalho, inclusive em relação às exigências mentais, que é o tipo de trabalho da maioria da população de estudo. Este distúrbio é referido por mais pessoas do grupo mais jovem, seguido do grupo intermediário e do grupo mais velho. É possível que o amadurecimento ligado ao envelhecimento esteja contribuindo para que menos pessoas de mais idade referissem o distúrbio.

Também as doenças músculo-esqueléticas auto-referidas, as referidas com diagnóstico médico e as registradas no absenteísmo-doença, afetam a capacidade para o trabalho do grupo de estudo e também da população total, já que foram causa de afastamento do trabalho inclusive para grande parte do grupo de 25 a 34 anos.

O gênero feminino tem menor idade média, menor média de pontos no ICT e proporcionalmente responde por uma maior parte dos afastamentos do trabalho por doença.

Em relação à escolaridade obtiveram melhores índices de capacidade para o trabalho os indivíduos na categoria alta; o impedimento ao trabalho e a ausência ao trabalho por doença são maiores entre os grupos de escolaridade básica e média.

Sobre os aspectos ligados às condições de vida e de trabalho, os indivíduos dispendem um tempo grande no deslocamento residência-trabalho-residência cotidianamente;

grande parte deles realiza tarefas domésticas e no gênero feminino , durante mais tempo; apenas pequena parte tem um segundo trabalho.

Indivíduos com maior tempo de emprego e os que desenvolvem atividades gerenciais obtiveram melhor desempenho no ICT.

O uso da metodologia do índice de capacidade para o trabalho nesta população de estudo mostrou-se adequada, já que tendências encontradas em sua aplicação se confirmaram quando comparadas ao absenteísmo-doença.

O método possibilita não só a identificação da capacidade para o trabalho individual mas também oferece um panorama dos problemas de saúde de maior prevalência no conjunto da população e que tem impacto negativo na capacidade para o trabalho, tornando possível a identificação dos mesmos e a posterior intervenção.

Saliento a questão ética no uso do método em relação ao resultados alcançado por cada trabalhador, que deve ser registrado como parte do registro de saúde do indivíduo e receber também o mesmo tratamento ético. Também considero importante que o mesmo seja utilizado da forma como foi concebido, de questionário auto-respondido, o qual pode ser revisto por um profissional de saúde do Serviço de Saúde Ocupacional se necessário.

Considero a metodologia utilizada um instrumento adequado para avaliar a capacidade para o trabalho e subsidiar as necessárias ações de intervenção visando a melhoria da mesma.

7.RECOMENDAÇÕES

O envelhecimento da população no Brasil e a extensão da vida no trabalho derivada de uma necessidade econômica tornam necessária a realização de pesquisas sobre a capacidade para o trabalho, os fatores que a fazem decrescer e os que podem melhorá-la.

As condições de vida e de trabalho difíceis existentes no país criam a necessidade de se iniciar estes estudos em idades mais precoces que em outros países, se possível antes dos 30 anos; ressalto que na minha população de estudos, bastante diferenciada social e economicamente em relação à população geral brasileira, os afastamentos por doença de maior duração estavam na faixa etária de 25 a 34 anos.

Na realização de novos estudos sobre a capacidade para o trabalho a questão do gênero deve ser levada em consideração, buscando identificar os fatores que levam o gênero feminino a um desempenho negativo em relação ao masculino.

Também aspectos ligados às condições de vida devem ser investigados pois certamente afetam a capacidade para o trabalho.

Há necessidade de se ampliar os estudos também para ocupações com exigências predominantemente físicas, já que existe uma deterioração na capacidade física dos indivíduos em envelhecimento.

Sendo a realização de atividade física periódica a principal forma de se melhorar a capacidade física para o trabalho no envelhecimento é importante inclui-la nos próximos estudos assim como também outros hábitos ligados ao estilo de vida que podem afetar a capacidade para o trabalho, como por exemplo o tabagismo.

É importante que após a análise e a identificação dos fatores que afetam positiva ou negativamente a capacidade para o trabalho sejam realizados também estudos para

implementação de ações voltadas para a proteção da capacidade para o trabalho do indivíduo em envelhecimento, inclusive com a necessária adaptação do trabalho a essas necessidades.

Os resultados deste trabalho serão apresentados à empresa em estudo e aos respondentes na perspectiva de apresentar as conclusões do trabalho e, principalmente, propor estratégias para ação em relação aos problemas identificados.

8.REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA FILHO, N. e ROUQUAYROL, M.Z. **Introdução à epidemiologia moderna.** 2a. ed. Belo Horizonte/Salvador/Rio de Janeiro: COOPMED-APCE-ABRASCO, 1992.

BELLUSCI, S.M. **Envelhecimento e condições de trabalho em servidores de uma instituição judiciária-tribunal regional federal da 3a. região, São Paulo.** São Paulo, 1998 [Dissertação de mestrado- Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo].

BOLLEN, C.A.M. e GOEDHARD, W.J.A. Work ability in younger and older workers in relation to their job demands. In: Second International ICOH Conference on Aging and Work Ability of Elderly Workers: a Challenge for Occupational Health; 1998 sep 14-16; Elsinore; Dinamarca. Dinamarca: The Danish Working Environment Fund; 1998. p.55.

DAVIES, A.M. Epidemiology and the challenge of aging. In: BRODY, J.A. e MADDOX, G.L. editors. **Epidemiology and aging: an international perspective.** New York, Springer Publishing Company, 1988. p.3-23.

DUCHIADE, M.P. População brasileira: um retrato em movimento. In: MINAYO, M.C.S. organizadora. **Os muitos brasis- saúde e população na década de 80.** São Paulo- Rio de Janeiro: HUCITEC- ABRASCO; 1995. p.14-56.

FISCHER, F.M. et. al. Relatório parcial do projeto integrado de pesquisa: envelhecimento e trabalho- avaliação da capacidade para o trabalho. São Paulo, 1998 (trabalho não publicado)

FUNDAÇÃO INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA **Brasil em números/ Brazil in figures.** Rio de Janeiro, IBGE, 1997; 5: 1-317.

FUNDAÇÃO INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA **Contagem da população 1996: v. 1 Resultados relativos a sexo da população e situação da unidade domiciliar.** Rio de Janeiro: IBGE, 1997.

FUNDAÇÃO INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA **Indicadores sociais: uma análise da década de 80.** Rio de Janeiro, IBGE, 1995. A mortalidade no contexto da transição epidemiológica. p.67-79.

ILMARINEN, J. Aging and work ability [Apresentado ao Symposium Aging and Work: pricipper, atrategier og erfaringer; 1998 sep 17; Copenhagen, Dinamarca].

ILMARINEN, J. Aging and work: coping with strenghts and weaknesses. **Scand J Work Environ Health** 1997; 23 (suppl 1): 3-5.

ILMARINEN, J. et al Background and objectives of the Finnish research project on aging workers in municipal occupations. **Scand J Work Environ Health** 1991; 17 (suppl 1): 7-11.

ILMARINEN, J. Respect for the aging: results and experience of the finnish National Program 1990-1996. In: **Productive Ageing: Age-conform Re-Organization of the Workplace**. Vienna: Institute of Occupational Health Promotion, 1998. p.8-15.

INTERNATIONAL LABOUR OFFICE **Aging societes: problems and prospects for older workers**. Geneva: International Labour Office, 1995.

KALACHE, A. Ageing in developing countries. In: PATHY, M.S.J. editor. **Principles and practice of geriatric medicine**. London: John Wiley & Sons, 1991. 1517-28.

KALACHE, A. VERAS, R.P., RAMOS, L.R. O envelhecimento da população mundial: um desafio novo. **Rev Saúde Públ** 1987; 21:200-10.

KINSELLA, K. Dimensiones demograficas y de salud en América Latina y el Caribe. In: PÉREZ, E.A. et. al. editores. **La atención de los ancianos: un desafio para los años noventa**. Washington D.C. : OPS; 1994. p.3-18.

MARIN, L. e IGUTI, A.M. Aposentadoria, envelhecimento, condições de trabalho e desemprego. **Rev Bras Saúde Ocupacional**. 1997; 24:37-60.

MINISTRY OF SOCIAL AFFAIRS AND DEATH, MINISTRY OF LABOUR, MINISTRY OF EDUCATION Experience- a national treasury: the national program for ageing workers 1998-2002. Helsinki: MINISTRIES, 1998.

MONTEIRO, M.F.G. e ALVES, M.I.C. Aspectos demográficos da população idosa no Brasil. In: VERAS, R.P. et. al., organizadores. **Terceira idade: um envelhecimento digno para o cidadão do futuro**. Rio de Janeiro: Dumará; 1995. p.65-78.

OFICINA INTERNACIONAL DEL TRABAJO **La OIT y las personas de edad avanzada**. Ginebra: OIT, 1992.

- RAMOS, L.R. , VERAS, R.P., KALACHE, A. Envelhecimento populacional: uma realidade brasileira. **Rev Saúde Pública** 1987; 21:211-24.
- PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO/ INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA **Relatório sobre o desenvolvimento humano no Brasil 1996**. Brasília: PNUD/IPEA, 1996. Disparidades sócio-econômicas; p.17-50.
- ROHMERT, W. e LANDAU, K. **A new technique for job analysis**. London/New York: Taylor & Francis, 1983.
- SALTHOUSE, T.A. The role of cognition in relations between age and work. In: **Second International ICOH Conference on Aging and Work: Work Ability of Elderly Workers: a Challenge for Occupational Health**; 1998 sep 14-16; Elsinore, Dinamarca. Dinamarca: The Danish Working Environment Fund; 1998. p.23.
- SHEN, N. et. al. Work ability among chinese aging workers. Helsinki, 1997 (não publicado).
- SILVEIRA, J.L.G. Aptidão física e capacidade de trabalho em diferentes grupos de idade do Grupo de Busca e Salvamento do Corpo de Bombeiros de Florianópolis. Florianópolis, 1998 (comunicação pessoal).
- SPIRDUSO, W.W. editor **Physical dimensions of aging**. Illinois: Human Kinetics Champaign, 1994. Job performance of the older worker. p.367-87.
- TUOMI, K. et. al. **Índice de capacidade para o trabalho**. Trad. de FISCHER, F.M. org. Helsinque: Instituto Finlandês de Saúde Ocupacional, 1997.
- TUOMI, K. Summary of the finnish research project (1981-1992) to promote the health and work ability of aging workers. **Scand J Work Environ Health** 1997; 23 (suppl 1): 66-71.
- TUOMI, K. et. al. **Work ability index**. Translated by Georgianna Oja. Helsinki : Finnish Institute of Occupational Health, 1994.
- VERAS, R.P. Brazil is getting older: demographic changes and epidemiological challenges. **Rev Saúde Pública** 1991; 25:476-88 .
- VERAS, R.P. **País jovem com cabelos brancos- a saúde do idoso no Brasil**. Rio de Janeiro: Relume Dumará UERJ, 1994. A vida mais longa no mundo: determinantes demográficos. p.23-50.

VERAS, R.P., RAMOS, L.R. e KALACHE, A. Crescimento da população idosa no Brasil: transformações e consequências na sociedade. **Rev Saúde Pública** 1987; 21:225-33.

WORLD HEALTH ORGANIZATION **Aging and working capacity: report of a WHO study group**. Geneva: World Health Organization, 1993. (WHO technical report series:835) WHO: Geneva, 1993.

WILLIAMS, S.N. e CRUMPTON, L.L. Investigating the work ability of older employees. **Int Journal Ind Ergonomics** 1997 (20): 241-9.

ZWART, B.C.H. Ageing in physically demanding work: a study on musculoskeletal complaints. Amsterdam: 1997. [Doctorate thesis- University of Amsterdam]

ANEXOS

ANEXO 1:

Questionário do Índice de Capacidade para o Trabalho

1.Qual é o seu sexo?

Feminino.....☐

Masculino.....☐

2.Qual é a sua idade? _____ anos

3.Qual é o seu estado conjugal?

Solteiro(a).....☐

Casado(a).....☐

Vive com companheira(o).....☐

Separado(a).....☐

Divorciado(a).....☐

Viúvo(a).....☐

4.Assinale o grau mais alto que você cursou:

Primário completo.....☐

Ginásio completo.....☐

Colegial completo.....☐

Curso superior incompleto.....☐

Curso superior completo.....☐

Especialização incompleta.....☐

Especialização completa.....☐

Mestrado incompleto.....☐

Mestrado completo.....☐

Doutorado incompleto.....☐

Doutorado completo..... ☐

5.Há quanto tempo você trabalha na empresa? _____ anos e _____ meses.

6.Qual é a sua função? _____

7.Exerce cargo de chefia? sim ☐ não ☐

8.Descreva o que você faz no seu trabalho _____

9.Descreva os seus empregos anteriores começando do anterior ao primeiro:

Empresa	Ramo de Atividade	Duração	Função	Riscos à Saúde no Trabalho
----------------	------------------------------	----------------	---------------	-----------------------------------

_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

10. Você desenvolve outra atividade profissional remunerada?

não ☐ sim ☐ Qual(is)? _____

Durante quantas horas por semana? _____

11. Você realiza tarefas domésticas?

não ☐ sim ☐ Durante quantas horas por semana? _____

12. Quanto tempo você gasta por dia para ir e voltar ao trabalho no total, incluindo os deslocamentos no horário de almoço? _____ horas e _____ minutos

13. Suponha que a sua melhor capacidade para o trabalho tem um valor igual a 10 pontos. Quantos pontos você daria para a sua capacidade de trabalho atual?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

estou incapaz
para o trabalho

estou em minha melhor
capacidade para o trabalho

14. Como você classificaria sua capacidade atual para o trabalho em relação às exigências físicas do seu trabalho? (por exemplo, fazer esforço físico com partes do corpo)

☐ muito boa

☐ boa

☐ moderada

☐ ruim

☐ muito ruim

15. Como você classificaria sua capacidade atual para o trabalho em relação às exigências mentais do seu trabalho (por exemplo interpretar fatos, resolver problemas, decidir a melhor forma de fazer)?

☐ muito boa

☐ boa

☐ moderada

☐ ruim

☐ muito ruim

16. Na sua opinião quais das lesões por acidentes ou doenças citadas abaixo você possui atualmente. Marque também aquelas que foram confirmadas pelo médico.

em minha opinião

diagnóstico

opinião

médico

☐

☐ 01. Lesão nas costas

☐

☐ 02. Lesão nos braços e /ou mãos

☐

☐ 03. Lesão nas pernas e/ ou pés

☐

☐ 04. Lesão em outras partes do corpo. Onde? Que tipo de lesão? _____

☐

☐ 05. Doença da parte superior das costas ou região do pescoço, com dores frequentes

☐

☐ 06. Doença da parte inferior das costas, com dores frequentes

☐

☐ 07. Dor nas costas que se irradia para a perna (ciática)

☐

☐ 08. Doença músculo-esquelética afetando os membros (braços, pernas) com dores frequentes

☐

☐ 09. Artrite reumatóide

em minha opinião **diagnóstico médico**

☐	☐	10.Outra doença musculo-esquelética, qual ? _____
☐	☐	11.Hipertensão arterial(pressão alta)
☐	☐	12.Doença coronariana , dor no peito durante exercício (angina pectoris)
☐	☐	13.Infarto do miocárdio, trombose coronariana
☐	☐	14.Insuficiência cardíaca
☐	☐	15.Outra doença cardiovascular, qual? _____
☐	☐	16.Infecções repetidas do trato respiratório (incluindo amidalite, sinusite aguda, bronquite aguda)
☐	☐	17.Bronquite crônica
☐	☐	18.Sinusite crônica
☐	☐	19.Asma
☐	☐	20.Enfisema
☐	☐	21.Tuberculose pulmonar
☐	☐	22.Outra doença respiratória , qual? _____
☐	☐	23.Distúrbio emocional grave (ex: depressão severa)
☐	☐	24.Distúrbio emocional leve (depressão leve, tensão, ansiedade, insônia)
☐	☐	25.Problema ou diminuição da audição
☐	☐	26.Doença ou lesão da visão (não assinale se apenas usa óculos de grau e/ou lentes de contato)
☐	☐	27.Doença neurológica, por exemplo acidente vascular cerebral ou derrame cerebral, neuralgia, enxaqueca, epilepsia
☐	☐	28.Outra doença neurológica ou dos órgãos do sentido, qual _____
☐	☐	29.Pedras ou doença da vesícula biliar
☐	☐	30.Doença do pâncreas ou do fígado
☐	☐	31.Úlcera gástrica ou duodenal
☐	☐	32.Gastrite ou irritação duodenal
☐	☐	33.Colite ou irritação do colon
☐	☐	34.Outra doença digestiva , qual ? _____
☐	☐	35.Infecção das vias urinárias
☐	☐	36.Doença dos rins
☐	☐	37.Doença nos genitais e aparelho reprodutor (por exemplo problemas nas trompas ou na próstata)
☐	☐	38.Outra doença geniturinária, qual ? _____
☐	☐	39.Alergia , eczema
☐	☐	40.Outras erupção, qual? _____
☐	☐	41.Outra doença da pele , qual? _____
☐	☐	42.Tumor benigno

**em minha diagnóstico
opinião médico**

☐	☐	43.Tumor maligno (câncer), onde ? _____
☐	☐	44.Obesidade _____
☐	☐	45.Diabetes _____
☐	☐	46.Bócio ou outra doença da tireóide _____
☐	☐	47.Outra doença endócrina ou metabólica , qual ? _____
☐	☐	48.Anemia _____
☐	☐	49.Outra doença do sangue , qual ? _____
☐	☐	50.Defeito de nascimento , qual ? _____
☐	☐	51.Outro problema ou doença, qual? _____

17.Sua lesão ou doença é impedimento para seu trabalho atual ? Você pode marcar mais de uma resposta nesta pergunta.

- ___ Não há impedimento / Eu não tenho doenças
- ___ Eu sou capaz de fazer meu trabalho , mas ele provoca alguns sintomas
- ___ Algumas vezes eu preciso diminuir meu ritmo de trabalho ou mudar meus métodos de trabalho
- ___ Frequentemente eu preciso diminuir meu ritmo de trabalho ou mudar meus métodos de trabalho
- ___ Por causa de minha doença , eu me sinto capaz de trabalhar apenas em tempo parcial
- ___ Em minha opinião eu estou totalmente incapacitado para trabalhar

18. Quantos dias inteiros você esteve fora do trabalho devido a um problema de saúde , uma consulta médica ou para fazer um exame durante os últimos doze meses ?

- ___ nenhum
- ___ até 15 dias
- ___ de 16 a 24 dias
- ___ de 25 a 99 dias
- ___ de 100 a 365 dias

19.Você acredita que , do ponto de vista de sua saúde , você será capaz de , daqui a dois anos , fazer seu trabalho atual ?

- ___ é improvável
- ___ não estou muito certo
- ___ bastante provável

20.Ultimamente você tem se sentido capaz de apreciar suas atividades diárias ?

- ___ sempre
- ___ quase sempre
- ___ às vezes
- ___ raramente
- ___ nunca

21. Você recentemente tem se sentido ativo e alerta ?

- ☐ sempre
- ☐ quase sempre
- ☐ às vezes
- ☐ raramente
- ☐ nunca

22. Recentemente você tem se sentido cheio de esperança para o futuro ?

- ☐ continuamente
- ☐ muitas vezes
- ☐ quase sempre
- ☐ raramente
- ☐ nunca

ANEXO 2

Tabelas Complementares

Tabela 1. Distúrbio emocional atual auto-referido e com diagnóstico médico.

Distúrbio emocional	auto-referido		diagnóstico médico	
	No.	%	No.	%
distúrbio emocional severo	2	0.8	2	0.8
distúrbio emocional leve	84	35.1	24	10.0
Total	86	35.9	26	10.8

Tabela 2. Doença músculo-esquelética atual auto-referida e com diagnóstico médico.

Doença músculo-esquelética	auto-referida		diagnóstico médico	
	No.	%	No.	%
doença parte superior costas	24	10.0	11	4.6
doença parte inferior costas	26	10.9	6	2.5
ciática	20	8.4	11	4.6
desordens dos membros	3	1.3	4	1.7
artrite reumatóide	3	1.3	4	1.7
outros	1	0.4	2	0.8
Total	77	32.3	38	15.9

Tabela 3. Doença cardiovascular atual auto-referida e com diagnóstico médico.

Doença cardiovascular	auto-referida		diagnóstico médico	
	No.	%	No.	%
hipertensão	16	6.7	26	10.9
doença cardíaca coronariana	7	2.9	5	2.1
trombose coronariana	0	0	2	0.8
insuficiência cardíaca	1	0.4	0	0
outras	2	0.8	5	2.1
Total	26	10.8	38	15.9

Tabela 4. Lesão atual de acidente auto-referida e com diagnóstico médico.

Lesão de acidente	auto-referida		diagnóstico médico	
	No.	%	No.	%
nas costas	35	14.6	13	5.4
nas mãos/braços	10	4.2	12	5.0
nas pernas/pés	9	3.8	14	5.9
em outras partes corpo	4	1.7	11	4.6
Total	58	24.3	50	20.9

Tabela 5. Doença endócrina e metabólica atual auto-referida e com diagnóstico médico.

Doença endócrina e metabólica	auto-referida		diagnóstico médico	
	No.	%	No.	%
obesidade	40	16.7	23	9.6
diabetes	4	1.7	5	2.1
bócio e outras d. tireóide	1	0.4	3	1.3
outras	1	0.4	0	0
Total	46	19.2	31	13.0

Tabela 6. Doença neurológica e sensorial atual auto-referida e com diagnóstico médico.

Doença neurológica e sensorial	auto-referida		diagnóstico médico	
	No.	%	No.	%
audição	23	9.6	11	4.6
visão	9	3.8	8	3.3
doença neurológica	6	2.5	7	2.9
outras	1	0.4	2	0.8
Total	39	16.3	28	22.4

ANEXO 3

Cartas de Apresentação para os Respondentes

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA

AV. DR. ARNALDO, 715 - CEP 01246-904 - SÃO PAULO/SP - TELS. 3061-5233

BRASIL

Prezado(a) Senhor(a):

Peço sua colaboração no sentido de responder este questionário, que está sendo enviado novamente a você. Ele já havia sido remetido em novembro de 1996, mas recebi de volta apenas uma pequena parte.

Ele faz parte da pesquisa para a minha Tese de Doutorado junto à Faculdade de Saúde Pública da USP e tem por objetivo conhecer sua opinião sobre sua saúde e os fatores que podem influenciá-la.

Todas as informações fornecidas serão tratadas com o máximo sigilo e os dados serão analisados em seu conjunto, sem identificar os indivíduos e serão utilizados somente para fins de pesquisa em saúde do trabalhador. Se você já respondeu este questionário, não há necessidade de fazê-lo novamente.

Se ainda não o fez, por favor, responda a todas as questões, assinalando a alternativa que melhor reflita sua opinião e escreva a sua resposta nos espaços em branco.

Estarei recebendo o questionário pessoalmente no dia 24/06/97 no Ambulatório Médico, no prédio 3, das 9:00 às 16:00 horas, onde poderei esclarecer alguma dúvida que tenha ocorrido.

Se você não quiser responder o questionário, peço que me envie esta folha de volta, sem identificação, explicitando o motivo no espaço abaixo(*) . Isto é muito importante por tratar-se de uma pesquisa.

Agradeço desde já pela sua ~disponibilidade, atenção e colaboração.

Maria Silvia Monteiro
Maria Silvia Monteiro
Doutoranda

Jorge da R. Gomes
Prof. Tit. Jorge da R. Gomes
Orientador

(*)JUSTIFICATIVA _____

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA

Prezado(a) Senhor(a):

Peço sua colaboração no sentido de responder o questionário em anexo. Ele faz parte da pesquisa para a minha Tese de Doutorado junto à Faculdade de Saúde Pública da USP e tem por objetivo conhecer sua opinião sobre sua saúde e os fatores que podem influenciá-la.

TODAS AS INFORMAÇÕES FORNECIDAS SERÃO TRATADAS COM O MÁXIMO SIGILO E OS DADOS SERÃO ANALISADOS EM SEU CONJUNTO, SEM IDENTIFICAR OS INDIVÍDUOS E SERÃO UTILIZADOS SOMENTE PARA FINS DE PESQUISA EM SAÚDE DO TRABALHADOR.

Por favor responda a TODAS as questões, assinalando a alternativa que melhor reflita sua opinião ou escrevendo sua resposta nos espaços em branco.

Agradeço desde já a sua atenção e colaboração!

Peço ainda que o questionário seja devolvido no **dia 11 de novembro das 9:00 às 16:00 horas**, quando estarei pessoalmente no **Ambulatório Médico no prédio 3** para recebê-lo.

Maria Silvia Monteiro
Doutoranda

Prof. Tit Jorge da R. Gomes
Orientador