

UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU*
MESTRADO EM ATENÇÃO À SAÚDE

PATRÍCIA RIBEIRO MARCACINE

A AVALIAÇÃO DA CAPACIDADE PARA O TRABALHO, QUALIDADE DE VIDA, PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E OCUPACIONAL EM MULHERES ECONOMICAMENTE ATIVAS DA CIDADE DE UBERABA – MG

UBERABA

2015

PATRÍCIA RIBEIRO MARCACINE

A AVALIAÇÃO DA CAPACIDADE PARA O TRABALHO, QUALIDADE DE VIDA, PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E OCUPACIONAL EM MULHERES ECONOMICAMENTE ATIVAS DA CIDADE DE UBERABA – MG

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Atenção à Saúde, área de Atenção à Saúde das Populações, da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Atenção à Saúde.

Orientadora: Profa. Dra. Sybelle de Sousa Castro

UBERABA

2015

PATRÍCIA RIBEIRO MARCACINE

A AVALIAÇÃO DA CAPACIDADE PARA O TRABALHO, QUALIDADE DE VIDA, PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E OCUPACIONAL EM MULHERES ECONOMICAMENTE ATIVAS DA CIDADE DE UBERABA – MG

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Atenção à Saúde, área de Atenção à Saúde das Populações, da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Atenção à Saúde.

Uberaba, 26 de fevereiro de 2015

Banca Examinadora:

Profa. Dra. Sybelle de Sousa Castro – Orientadora
Universidade Federal do Triângulo Mineiro

Profa. Dra. Isabel Aparecida Porcatti de Walsh
Universidade Federal do Triângulo Mineiro

Profa. Adelaide de Mattia Rocha
Universidade Federal de Minas Gerais

Dedico ao meu filho, ao meu marido e aos meus pais que são as razões da minha vida, meus incentivadores e meus companheiros. Sem vocês eu não teria conseguido.

AGRADECIMENTOS

É com muita emoção que inicio esta seção da minha dissertação, afinal foram dois anos de muita luta, dedicação, paciência e aprendizado... E eu consegui!!!

Primeiramente agradeço a Deus por tudo que me concede, principalmente por esta oportunidade única de aprimorar meu conhecimento, por me sustentar nos momentos difíceis e me auxiliar a torná-los aprendizagem.

Também agradeço às minhas Nossas Senhoras que, em tantos momentos, me acolheram, consolaram, ampararam e intercederam junto ao seu filho por mim.

Ao meu filho Luiz Felipe (Pipe) que mesmo sendo tão pequenino esteve ao meu lado nesta jornada, e por meio de seu olhar, gestos e pequenas palavras, me transmitia amor, serenidade e entendia as minhas ausências. Filho você é o significado da palavra AMOR... Você é Tudo para a mamãe... TE AMO MUITO!!

Ao meu marido Luiz Gustavo (Bê) meu porto seguro e grande companheiro, especialmente ao longo deste período. Obrigada pelo amor, dedicação, parceria... por muitas vezes ter me dado colo nas minhas dificuldades e entender as minhas ausências. Você sabe o quanto TE AMO e quanto é especial em minha vida... Sem você não teria conseguido!!

Aos meus pais, Ivanir e Cleonice, meus grandes incentivadores que tantas vezes rezaram e torceram por mim e, inclusive, abriram mão de seus sonhos para que eu pudesse realizar os meus. Obrigada por tudo e principalmente pelos cuidados com o meu filhote, sem o auxílio de vocês eu não poderia concretizar este meu sonho. Amo vocês!!

Minha mãe, a senhora é meu exemplo de mulher, mãe, de vó, de pessoa, de determinação... Minha melhor amiga que está sempre pronta para me ouvir, com uma palavra doce e positiva entre os lábios e de braços abertos para me amparar.

Pai, o senhor é meu herói e meu grande amigo... Que só de me olhar me entende e fala o que eu preciso escutar.

Aos meus irmãos Ivanir Junior (Juninho) e Rogério que tanto amo!! Obrigada pelo incentivo, cuidado, atenção, exemplo e por entenderem que muitas vezes tive que me ausentar para me dedicar a este momento.

Às minhas cunhadas Juliana (Jú), Karla e Sandra e ao meu cunhado Frederico que sempre torceram por mim e sempre estiveram preocupados e dispostos a me ajudar no que fosse necessário.

Ao meu afilhado Murilo (Mumu)... A dindinha TE AMA!! E de agora em diante estaremos bem pertinho.

Aos meus sogros Luiz e Marta que sempre me acolheram carinhosamente em sua família e me incentivaram ao longo desta caminhada. Agradeço a disponibilidade, paciência e afeto nos cuidados com meu pequeno Luiz Felipe, principalmente neste meu período de estudos. Também agradeço à Manuella pela torcida e compreensão da minha ausência.

A todos os meus familiares e amigos, pelas orações e torcida para a minha vitória.

A minha orientadora Sybelle de Sousa Castro que, desde o início, me acolheu de braços abertos neste curso e sempre esteve disposta a me ensinar e me ajudar. Obrigada pela aprendizagem, confiança, oportunidades e incentivos. Levarei sempre comigo tudo o que você me ensinou!!

À professora Adelaide de Mattia Rocha, por aceitar prontamente, de forma muito gentil, o convite em compor a banca examinadora e pelas contribuições neste estudo.

À professora Isabel Aparecida Porcatti de Walsh minha eterna gratidão, pois foi a primeira pessoa a abrir as portas desta universidade para mim, pelo convite para participar do projeto ISA-MULHER, pelos auxílios ao longo deste trabalho e por aceitar ser membro desta banca.

Ao professor Altacílio Aparecido Nunes, pela disponibilidade em aceitar a participar como membro desta banca.

À professora Sueli Riul da Silva pela disposição em participar da banca, pelas contribuições na qualificação e pelos ensinamentos preciosos na disciplina de Saúde da Mulher.

Ao professor Vanderlei José Haas que carinhosamente me acolheu, me incentivou e me auxiliou no processo de aprendizagem e entendimento da estatística.

Aos professores Shamyry Sulyvan de Castro, Maria Cristina C. C. Meirelles, Júlia Elba de Souza Ferreira e Gilberto de Araújo Pereira pela oportunidade, ensinamentos e acolhida no projeto ISA-MULHER.

A Thaíla Roberta Borges e Viviane Cszimar que foram apoio técnico deste projeto e a doutoranda Sara Franco Diniz Heitor que sempre me incentivaram, apoiaram e estiveram dispostas a ajudar no que fosse necessário.

A todas as entrevistadoras, em especial às mestrandas Isadora e Mariana, que se dedicaram carinhosamente para a realização desta pesquisa.

Às mulheres participantes deste estudo, em especial as trabalhadoras, por acreditarem no projeto e compartilhar suas histórias, mostrando o quanto as mulheres são fortes.

Às professoras Ana Rita Marinho Machado, Andrea Bernardes, Marilita Falangola Accioly e Lislei Jorge Patrizzi pelas oportunidades e orientações para o meu aprimoramento dentro da docência.

À CAPES pelo apoio financeiro, durante todo este período.

A todos os professores que carinhosamente ministraram suas disciplinas dentro do Programa de Pós-Graduação e proporcionaram o meu aprimoramento intelectual.

Aos funcionários da PPGAS e do *campus* da UFTM da Av. Guilherme Ferreira, da secretária, portaria e limpeza, que sempre com sorriso em seus rostos estiveram dispostos a me ajudar no que fosse preciso.

Às minhas colegas da turma de mestrado, em especial, Ana Cláudia, Carolina Bracarense, Eliana, Janaína, Jaqueline, Lis, Lorena, Maysa, Michelle, Nayara, Natália, Thais e Rebeca. Obrigada pelas risadas, palavras positivas, compartilhar conhecimento e pelas ajudas nos momentos difíceis.

Aos funcionários das unidades de saúde em que trabalhei especialmente USF Norberto de Oliveira Ferreira e UMS Antonina Coelho e que me apoiaram na dolorosa decisão de deixá-los para poder realizar o meu sonho. Vocês são especiais.

Aos participantes dos grupos de atividade física nas praças e igreja, ligados às unidades de saúde em que trabalhei e que assim como eu sofreram muito com a minha saída, mas aceitaram a minha necessidade de buscar o conhecimento. Lembrarei sempre de vocês.

Enfim, obrigada a todos que contribuíram, direta e indiretamente, para a concretização deste sonho.

“Penso no que faço, com fé. Faço o que devo com amor. Eu me esforço para ser cada dia melhor, pois bondade também se aprende. Mesmo quando tudo parece desabar, cabe a mim decidir entre rir ou chorar, ir ou ficar, desistir ou lutar; porque descobri, no caminho incerto da vida, que o mais importante é o decidir.”

Cora Coralina

RESUMO

MARCACINE, Patrícia Ribeiro. **A avaliação da Capacidade para o Trabalho, Qualidade de Vida, Perfil Sociodemográfico e Ocupacional em mulheres economicamente ativas da cidade de Uberaba – MG.** 133f. Dissertação (Mestrado em Atenção à Saúde) – Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba (MG), 2015.

É percebido, a cada dia, o aumento da participação das mulheres no mercado de trabalho, mas com o decorrer dos anos esta atuação foi assumindo características diferentes e hoje o que se percebe é que elas almejam constantemente o aprimoramento e o reconhecimento profissional. Além disso, paralelamente elas buscam conciliar as suas atividades ocupacionais com os cuidados domésticos e familiares, e esta situação pode se refletir de forma insidiosa sobre a sua saúde. Esta pesquisa teve como objetivos descrever o perfil socioeconômico e de trabalho das mulheres trabalhadoras, mensurar a capacidade para o trabalho destas profissionais, verificar a influência das características sociodemográficas e ocupacionais sobre a capacidade para o trabalho das trabalhadoras, avaliar a qualidade de vida da mulher trabalhadora e analisar a influência dos aspectos socioeconômicos, de trabalho e o índice de capacidade para o trabalho sobre a qualidade de vida destas mulheres. Estudo tipo transversal, prospectivo e com abordagem quantitativa, conduzido com uma amostra de 579 mulheres que vivem na zona urbana do município de Uberaba-MG. A coleta de dados aconteceu no período de fevereiro a outubro de 2014. Os instrumentos utilizados foram: questionário estruturado para caracterização sociodemográfica, epidemiológica e ocupacional, Índice de Capacidade para o Trabalho (ICT) e WHOQOL-BREF. Os dados foram submetidos à análise descritiva, ao teste t-student, à correlação de Pearson e à regressão linear múltipla ($p \leq 0,05$), por meio do programa estatístico *Statiscal Package for Social Sciences* (SPSS), versão IBM 20.0. As principais características das mulheres trabalhadoras foram com média de idade de 43,34 anos, com companheiro (53,40%), escolaridade de 09 a 12 anos, cor da pele branca (51,30%), católicas (54,10%) e não tabagistas (71,30%). Na descrição ocupacional, verificou-se que a prevalência da renda individual mensal de até 724 reais (38%), com apenas um emprego (68,70%), predomínio do vínculo empregatício com

registro em carteira profissional ou funcionária pública (49,10%), com dedicação de 8 horas diárias (40,80%), bom relacionamento com colegas de trabalho (64,10%) e com o chefe imediato (79,40%). As três profissões predominantes em ordem decrescente foram vendedora, empregada doméstica e costureira. Quanto ao ICT, as mulheres trabalhadoras atingiram uma média de 39,17 pontos, o que indica boa capacidade para o trabalho. Os preditores que foram estatisticamente significativos para o ICT foram renda mensal ($\beta = 0,21$ $p = < 0,001$), bom relacionamento com o chefe ($\beta = - 0,18$ $p = < 0,001$) e idade ($\beta = - 0,11$ $p = 0,03$). Em relação à Qualidade de Vida, a média de pontos foi de 72,87, indicando que a QV encontra-se boa, sendo que o domínio que apresentou os melhores valores foi o das Relações Sociais. Em todos os domínios da QV, o preditor ICT foi estatisticamente significativo. No domínio ambiental, também houve a correlação entre o tabagismo e os anos de estudo, sendo que este último preditor também esteve correlacionado ao domínio psicológico. Quando se conhecem o perfil das mulheres trabalhadoras, a capacidade para o trabalho e a QV, podem ser propiciadas discussões para desenvolver ações de promoção e prevenção da saúde desta população.

Palavras-chave: Mulheres trabalhadoras; Trabalho feminino; Avaliação da Capacidade de Trabalho; Qualidade de vida.

ABSTRACT

MARCACINE, Patrícia Ribeiro. **The assessment of the ability to work, quality of life, demographic and occupational profile in economically active women in the city of Uberaba - MG.** 133f. Dissertation (Master's Degree Program in Healthcare) – Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba (MG), 2015.

Noticeably, female participation in the global labor Market is uprising in daily fashion. However, changes took place in this scenario and now women constantly endeavor to obtain improvement and professional recognition. Furthermore, they attempt to balance working activities with domestic chores and familiar care, being then vulnerable to the insidious effects this attitude can cast upon their health. The following research aims to describe the socioeconomic and labor profile of these women, to measure their work capacity, to verify how influent the sociodemographic and occupational characteristics are upon women's work capacity, to evaluate the quality of life of working women, and to analyze the influence of socioeconomic aspects, labor aspects and work capacity upon the quality of life of these women. The cross-sectional analysis, also prospective and quantitative, was conducted under a data sample of 579 women dwelling in the urban perimeter of Uberaba-MG. Data collection took place between February and October, 2014, and three instruments of research were used: structured questionnaire for sociodemographic, epidemiologic and occupational characterization, Work Ability Index (WAI) and WHOQOL-BREF. All data was then applied to descriptive analysis, to a t-student test, to the Pearson's correlation and to multiple linear regression ($p < 0,05$), with the use of the statistical software *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS), version IBM 20.0. The main characteristics of the group were: an age-medium of 43,34, a percentage of 53,40% married women, a number of schooling years ranging from 09 to 12, a percentage of 51,30% white women, a percentage of 54,10% catholic women and a percentage of 71,30% non-smoking women. On the occupational description, the majority of the women borne data of a personal monthly income up to 724 reais (38%), a lone occupation (68,70%), predominance of formally registered or public serving jobs (49,10%), a workday of 8 hours (40,80%), friendly relationships with one's coworkers (64,10%) and with one's supervisor (79,40%). In decreasing order, the three predominant occupations were sales, housemaiding and tailoring. The WAI medium of the group of women reached 39,17 points, which is an indicator of good working

capacity. The most statistically significant predictor in the WAI were the monthly income ($\beta = 0,21$ $p = < 0,001$), the friendly relationship with one's supervisor ($\beta = - 0,18$ $p = < 0,001$) and the age ($\beta = - 0,11$ $p = 0,03$). The Quality of Life attained a medium of 72,87, hence the majority of the QOL values present good numbers, being Social Relations the area which bears the best score in this scale. In all areas, the predictor WAI was statistically significant to the QOL score. In the ambient area, a correlation was noticed between smoking and number of schooling years, being the latter also correlated to the psychological area. When the profile of the working women is known, and so are known their working capacity and their QOL, many discussions can grow, aiming to develop actions towards primary and preventive healthcare for this population.

Keywords: Working women; Female labor force; Work Capacity Evaluation; Quality of life.

RESUMEN

MARCACINE, Patrícia Ribeiro. **La evaluación de la capacidad de trabajo, calidad de vida, perfil demográfico y laboral en las mujeres económicamente activas en la ciudad de Uberaba - MG.** 133f. Disertación (Maestrazgo en Atención a la Salud) – Universidad Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba (MG), 2015.

Notamos, a cada día, el aumento de la participación de las mujeres en el mercado de trabajo, pero con el paso de los años esta actuación fue asumiendo características diferentes y hoy lo que se percibe es que ellas anhelan constantemente el perfeccionamiento y el reconocimiento profesional. Además de eso, paralelamente ellas buscan conciliar sus actividades profesionales con las tareas domésticas y familiares, y esta situación puede reflejarse de forma insidiosa sobre su salud. Esta investigación tuvo como objetivos describir el perfil socioeconómico y de trabajo de las mujeres trabajadoras, dimensionar la capacidad para el trabajo de estas profesionales, verificar la influencia de las características sociodemográficas y ocupacionales sobre la capacidad para el trabajo de las trabajadoras, evaluar la calidad de vida de la mujer trabajadora y analizar la influencia de los aspectos socioeconómicos, de trabajo y el índice de capacidad para el trabajo sobre la calidad de vida de estas mujeres.

Estudio tipo transversal, prospectivo y con abordaje cuantitativo, conducido con una muestra de 579 mujeres que viven en la zona urbana del municipio de Uberaba-MG. La colecta de datos se produjo en el periodo de febrero a octubre de 2014. Los instrumentos utilizados fueron: cuestionario estructurado para caracterización sociodemográfica, epidemiológica y ocupacional, Índice de Capacidad para el Trabajo (ICT) y WHOQOL-BREF. Los datos fueron sometidos a un análisis descriptivo, a la prueba t-student, a la correlación de Pearson y a la regresión lineal múltiple ($p < 0,05$), por medio del programa estadístico Statiscal Package que sea Social Sciences (SPSS), versión IBM 20.0. Las principales características de las mujeres trabajadoras fueron con promedio de edad de 43,34 años, con compañero (un 53,40%), escolaridad de 09 a 12 años, color de la piel blanca (un 51,30%), católicas (un 54,10%) y no fumadoras (un 71,30%). En la descripción ocupacional, se verificó que la mayoría posee renta individual mensual de hasta 724 reales (un 38%), con sólo un empleo (un 68,70%), predominio del vínculo del empleo formal con registro u operaria pública (un 49,10%), con dedicación de 8 horas diarias (un

40,80%), buena relación con las compañeras de trabajo (un 64,10%) y con el jefe inmediato (un 79,40%). Las tres profesiones predominantes en orden decreciente fueron vendedora, empleada asistente y modista. Con relación al ICT, las mujeres trabajadoras alcanzaron un promedio de 39,17 puntos, lo que indica buena capacidad para el trabajo. Los datos colectados que fueron estadísticamente significativos para el ICT fueron renta mensual ($\beta = 0,21$ $p = < 0,001$), buena relación con el jefe ($\beta = - 0,18$ $p = < 0,001$) y edad ($\beta = - 0,11$ $p = 0,03$). En relación a la Calidad de Vida, el promedio de puntos fue de un 72,87, indicando que la CV es buena, siendo que el dominio que presentó los mejores valores fue el de las Relaciones Sociales. En todos los dominios de la CV, el dato informado sobre el ICT fue estadísticamente significativo. En el dominio ambiental, también hubo correlación entre el tabaquismo y los años de estudio, siendo que este último dato también estuvo correlacionado al dominio psicológico. Cuando se conocen el perfil de las mujeres trabajadoras, la capacidad para el trabajo y la CV, se pueden propiciar discusiones para desarrollar acciones de promoción y prevención de la salud de esta población.

Palabras-clave: Mujeres trabajadoras; Trabajo femenino; Evaluación de la Capacidad de Trabajo; Calidad de vida.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Distribuição das causas de mortalidade segundo sexo e Capítulo CID – 10 de pessoas residentes no Brasil, 2012.....	32
Tabela 2 – Distribuição das causas de mortalidade segundo sexo e Capítulo da CID – 10 de pessoas residentes no Estado de Minas Gerais, 2012.....	33
Tabela 3 – Distribuição das Causas de Mortalidade segundo sexo; Uberaba – MG – 2012.....	34
Tabela 4 – Caracterização sociodemográfica das mulheres economicamente ativas. Uberaba - MG, 2014.....	61
Tabela 5 – Caracterização ocupacional das mulheres economicamente ativas. Uberaba - MG, 2014.....	62
Tabela 6 – Análise comparativa entre os grupos das mulheres trabalhadoras que preencheram e não preencheram completamente o ICT, segundo características sociodemográficas, ocupacionais e lesões ou doenças autorreferidas, Uberaba – MG, 2014.....	63
Tabela 7 – Distribuição da frequência para a classificação do escore total do Índice de Capacidade para o Trabalho em mulheres trabalhadoras de Uberaba – MG, 2014.....	64
Tabela 8 – Medidas de tendência central e variabilidade dos domínios do Índice de Capacidade para o Trabalho, aplicado nas mulheres trabalhadoras de Uberaba – MG, 2014.....	65

Tabela 9 – Distribuição das doenças prevalentes autorreferidas pelas mulheres trabalhadoras de Uberaba – MG, 2014.....	66
Tabela 10 – Distribuição dos escores médios dos ICT das mulheres trabalhadoras, segundo variáveis sociodemográficas, tabagismo e uso de medicação, Uberaba – MG, 2014.....	67
Tabela 11 – Correlação entre os escores médios do ICT e idade, anos de estudo e renda mensal das mulheres trabalhadoras, Uberaba – MG, 2014.....	68
Tabela 12 – Distribuição dos escores médios do ICT das mulheres trabalhadoras, segundo as variáveis ocupacionais, Uberaba – MG, 2014.....	69
Tabela 13 – Correlação entre os escores médios do ICT com número de vínculos e tempo de serviço das mulheres trabalhadoras, Uberaba – MG, 2014.....	70
Tabela 14 – Análise de Regressão linear múltipla para o Índice de Capacidade para o Trabalho (desfecho) tendo como preditores idade, anos de estudo, renda mensal individual (R\$), tabagismo, bom relacionamento com colegas, bom relacionamento com chefe imediato e tempo de serviço (meses). Uberaba – MG, 2014.....	71
Tabela 15 – Medidas de tendência central, de variabilidade e consistência interna para os domínios de qualidade de vida. Uberaba-MG, 2014.....	71
Tabela 16 – Distribuição dos escores médios dos domínios da Qualidade de Vida das mulheres trabalhadoras, segundo as variáveis sociodemográficas: ter companheiro, ser chefe de família, tabagismo e uso de medicação, Uberaba – MG.....	74

Tabela 17 – Correlação entre os escores médios dos domínios da qualidade de vida e idade, número de morbidades, anos de estudo e renda mensal das mulheres trabalhadoras, Uberaba – MG, 2014.....	76
Tabela 18 – Distribuição dos escores médios da Qualidade de Vida (domínios Físico e Psicológico) das mulheres trabalhadoras, segundo as variáveis ocupacionais, Uberaba – MG, 2014.....	78
Tabela 19 – Distribuição dos escores médios da Qualidade de Vida (domínios Relações Sociais e Ambiental) das mulheres trabalhadoras, segundo as variáveis ocupacionais, Uberaba – MG, 2014.....	79
Tabela 20 – Correlação entre os escores médios da Qualidade de Vida (domínios Físico e Psicológico), número de vínculos empregatícios e tempo de serviço das mulheres trabalhadoras, Uberaba – MG, 2014.....	80
Tabela 21 – Correlação entre os escores médios da Qualidade de Vida (domínios Relações Sociais e Ambiental), número de vínculos empregatícios e tempo de serviço das mulheres trabalhadoras, Uberaba – MG, 2014.....	80
Tabela 22 – Análise da Regressão linear múltipla para os domínios Físico e Psicológico da QV (desfecho) tendo como preditores idade, anos de estudo, renda mensal individual (R\$), tabagismo, relacionamento com colegas, relacionamento com chefe imediato, tempo de serviço (meses) e ICT. Uberaba – MG, 2014.....	81
Tabela 23 – Análise da Regressão linear múltipla para os domínios Físico e Psicológico da QV (desfecho) tendo como preditores idade, anos de estudo, renda mensal individual (R\$), tabagismo, relacionamento com colegas, relacionamento com chefe imediato, tempo de serviço (meses) e ICT. Uberaba – MG, 2014.....	82

Tabela 24a – Distribuição da quantidade de domicílios a serem selecionados (terceiro estágio) dentro de cada um dos 24 bairros selecionados (primeiro estágio) na cidade de Uberaba, 2013.....121

Tabela 24b – (Continuação) Distribuição da quantidade de domicílios a serem selecionados (terceiro estágio) dentro de cada um dos 24 bairros selecionados (primeiro estágio) na cidade de Uberaba, 2013.....122

Tabela 24c – (Continuação) Distribuição da quantidade de domicílios a serem selecionados (terceiro estágio) dentro de cada um dos 24 bairros selecionados (primeiro estágio) na cidade de Uberaba, 2013.....123

Tabela 24d – (Continuação) Distribuição da quantidade de domicílios a serem selecionados (terceiro estágio) dentro de cada um dos 24 bairros selecionados (primeiro estágio) na cidade de Uberaba, 2013.....124

Tabela 24e – (Continuação) Distribuição da quantidade de domicílios a serem selecionados (terceiro estágio) dentro de cada um dos 24 bairros selecionados (primeiro estágio) na cidade de Uberaba, 2013.....125

LISTA DE ABREVIATURAS

ACS – Agente Comunitário de Saúde
CEP - Comitê de Ética e Pesquisa
CEREST – Centro de Referência em Saúde do Trabalhador
CLT – Consolidação das Leis do Trabalho
EPI – Equipamento de Proteção Individual
Fem. - Feminino
FIOH - Instituto Finlandês de Saúde Ocupacional
IA – Intervalo Amostral
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICT - Índice de Capacidade para o Trabalho
ISA – MULHER – Inquérito de Saúde da Mulher
Masc. - Masculino
OIT – Organização Internacional do Trabalho
OMS - Organização Mundial de Saúde
PAD – Pesquisa por Amostra de Domicílios
PPGAS – Programa de Pós-Graduação em Atenção à Saúde
PAD – MG - Pesquisa por Amostra de Domicílios de Minas Gerais
PAISM - Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PEA - População Economicamente Ativa
PIB - Produto Interno Bruto
PNAD - Política Nacional por Amostra de Domicílios
PNAISM - Política Nacional de Assistência Integral à Saúde da Mulher
QV – Qualidade de Vida
QVT - Qualidade de Vida no Trabalho
RENAST – Rede Nacional de Assistência Integral à Saúde do Trabalhador
SPSS - *Statistical Package for Social Sciences*
SUS – Sistema Único de Saúde
TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFTM - Universidade Federal do Triângulo Mineiro
UW-QOL – Questionário de avaliação da Qualidade de Vida da Universidade de Washington

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	23
1.1 EVOLUÇÕES DAS POLÍTICAS DE TRABALHO.....	23
1.1.1 A participação das mulheres no mercado de trabalho e as questões de gênero.....	26
1.1.2 Saúde e Políticas Públicas para a mulher no Brasil.....	28
1.1.3 As legislações trabalhistas voltadas para as mulheres.....	34
1.2 CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA DA MULHER BRASILEIRA.....	36
1.2.1 Perfil sociodemográfico das mulheres trabalhadoras no Brasil.....	36
1.2.2 Perfil das mulheres trabalhadoras em Minas Gerais.....	38
1.2.3 Perfil das mulheres trabalhadoras em Uberaba – MG.....	40
1.3 CAPACIDADE PARA O TRABALHO.....	41
1.4 QUALIDADE DE VIDA.....	42
1.5 QUALIDADE DE VIDA NO TRABALHO.....	44
2 JUSTIFICATIVA.....	47
3 OBJETIVOS.....	49
3.1 OBJETIVO GERAL.....	49
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	49
4 MATERIAL E MÉTODOS.....	50
4.1 TIPO DE ESTUDO.....	50
4.2 LOCAL DO ESTUDO.....	50
4.3 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO.....	50
4.4 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO.....	51
4.5 POPULAÇÃO DO ESTUDO.....	51
4.5.1 Definição da população de estudo.....	52
4.6 COLETA DE DADOS.....	52
4.6.1 Instrumentos da coleta de dados.....	54
4.6.1.1 Perfil sociodemográfico e epidemiológico.....	54
4.6.1.2 Caracterização ocupacional.....	55
4.6.1.3 Capacidade para o trabalho.....	55
4.6.1.4 Qualidade de vida.....	57

4.7	PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS.....	58
4.8	ASPECTOS ÉTICOS.....	59
5	RESULTADOS.....	60
5.1	PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E OCUPACIONAL DAS MULHERES TRABALHADORAS, UBERABA - MG.....	60
5.2	AVALIAÇÃO DA CAPACIDADE PARA O TRABALHO.....	63
5.2.1	Análise do preenchimento do instrumento ICT.....	63
5.2.2	Análise descritiva do Índice de Capacidade para o Trabalho.....	64
5.2.2.1	Lesões ou <i>doenças prevalentes no ICT</i>	66
5.2.3	Análise das correlações entre as características sociodemográficas e ocupacionais com a capacidade para o trabalho.....	67
5.2.3.1	<i>Características sociodemográficas</i>	67
5.2.3.2	<i>Características ocupacionais</i>	68
5.2.4	Análise de regressão linear múltipla para ICT.....	70
5.3	AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA.....	71
5.3.1	Análise das correlações entre as características sociodemográficas e ocupacionais com a Qualidade de Vida.....	72
5.3.1.1	<i>Características sociodemográficas e uso de medicamentos e tabaco</i>	72
5.3.1.2	<i>Características ocupacionais</i>	77
5.3.2	Análise de regressão linear múltipla para Qualidade de Vida.....	80
6	DISCUSSÃO.....	83
7	CONCLUSÃO.....	96
	REFERÊNCIAS.....	99
	APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	112
	APÊNDICE B – Caracterização sociodemográfica e epidemiológica.....	114
	APÊNDICE C - Caracterização epidemiológica.....	115
	APÊNDICE D – Caracterização ocupacional.....	118
	ANEXO A – Tabelas de distribuição da quantidade de domicílios selecionados para a pesquisa.....	121
	ANEXO B – Página do parecer do Comitê de Ética e Pesquisa da UFTM.....	126
	ANEXO C – Índice de Capacidade para o Trabalho (ICT).....	127
	ANEXO D – WHOQOL – Bref.....	131
	ANEXO E – Sintaxe do WHOQOL – Bref.....	133

1 INTRODUÇÃO

1.1 EVOLUÇÕES DAS POLÍTICAS DE TRABALHO

O trabalho está diretamente relacionado à época em que os seres humanos começaram a modificar a natureza e o espaço em que viviam para a construção de materiais e instrumentos em prol de suas necessidades humanas básicas (BEATRIZ, 2010).

De acordo com Teixeira (2012), antes de ocorrer a Revolução Industrial, especificamente na Baixa Idade Média, os trabalhos eram realizados de forma manual e no meio familiar, sem que ocorresse a divisão das etapas da atividade desenvolvida. No decorrer da Idade Moderna, o cenário descrito foi invertido e então passou a acontecer a divisão das fases do trabalho que teve como consequência o aceleração da produção. Como resultado, observou-se a intervenção do capitalismo que passou a atuar tanto na obtenção da matéria-prima quanto no processo de trabalho.

Um dos marcos da transformação ocorrida no mundo do trabalho foi a Revolução Industrial Inglesa que ocorreu, no século XVIII, e foi marcada pela presença das máquinas, tendo como destaque a presença da produção em série. A princípio pensava-se que ocorreria uma facilitação do mesmo, mas logo foram percebidos o aumento da exploração, a exigência da força de trabalho e as péssimas condições laborais. Portanto, em paralelo à ampliação do capitalismo, ocorreram o aumento da miséria, os acidentes e as mortes decorrentes do trabalho (TEIXEIRA, 2012).

Teixeira (2012) relata que diante das dificuldades apresentadas por meio do Parlamento britânico, surgiu, em 1802, a primeira Lei de proteção aos trabalhadores, conhecida como *Lei de Saúde e Moral dos Aprendizes* que visava ao limite de horas trabalhadas, à proibição do trabalho noturno, à obrigação da lavagem das paredes das fábricas duas vezes ao ano e à ventilação das mesmas.

A partir dessa iniciativa, com o decorrer do tempo, outras leis de assistência ao trabalhador foram surgindo em diversos países. No Brasil, este assunto foi

tratado inicialmente por meio do Decreto Legislativo nº 3724, de 15 de Janeiro de 1919, que versava sobre as obrigações em caso de acidente de trabalho. Sendo assim, com o tempo, as empresas introduzem e passam a se responsabilizar pelos serviços de medicina. Destaca-se que em alguns países, criou-se o serviço de Inspeção do Trabalho, onde cabia ao poder público a fiscalização das situações laborais nas fábricas (TEIXEIRA, 2012).

Diante deste alerta sobre o direito dos trabalhadores, estes se uniram durante a Primeira Guerra Mundial e levaram até o congresso reclamações e exigências, levando a Conferência da Paz a aprovar o *Tratado de Versailles* que continha a criação da Organização Internacional do Trabalho (OIT) (TEIXEIRA, 2012).

A OIT é uma agência das Nações Unidas composta por um sistema tripartite, tendo presente membros de governos e representantes de empregadores e de trabalhadores. Ela foi instituída em 1919 com o princípio de que a paz universal e permanente deve basear-se na justiça social (OIT, 2014). Além disso, contém a legislação internacional sobre os diversos aspectos do trabalho como político (paz universal), humanitário (condições humanas de trabalho) e econômico (evolução social) (TEIXEIRA, 2012). Esta visa às demandas trabalhistas, em especial as coletivas (PESSANHA; ARTUR, 2013).

No Brasil, durante a Primeira República, houve poucos avanços em relação às leis que protegiam os trabalhadores. O marco histórico da presença do Estado como intercessor dos conflitos trabalhistas ocorreu na Revolução de 1930 que ocasionou a intensificação de uma nova estrutura para administrar as relações trabalhistas que desencadeariam na criação do Ministério do Trabalho (PESSANHA; ARTUR, 2013).

Diante de um país com a economia predominantemente agrícola, mas que necessitava ingressar de forma rápida e segura na industrialização, em meados de 1943 foi instituída e sancionada a *Consolidação das Leis do Trabalho* conhecida como CLT (AZEVEDO, 2013). A princípio a CLT tinha como finalidade o regimento das relações de trabalho nas cidades e era mencionada como “a porta da cidadania”, na qual o trabalhador era considerado como participante da construção do futuro, pois os seus direitos trabalhistas e previdenciários passaram a ser

conhecidos, tinha o direito de formar sindicatos, e entre outros benefícios, possuía seus direitos assegurados pela justiça do trabalho (VARGAS et al.,2013).

Outro marco dentro das questões trabalhistas ocorreu na década de 1980, por meio da Constituição Federal de 1988 que propôs vários benefícios para os trabalhadores, entre eles a igualdade de direitos entre trabalhadores urbanos e rurais, anulação de alguns itens autoritários da CLT que culminaram na proteção legal do trabalho e na liberdade sindical, como o direito à greve. Também houve a solidificação dos poderes atribuídos ao Ministério Público do Trabalho e aos sindicatos (PESSANHA; ARTUR, 2013).

A partir da Constituição de 1988, especificamente o artigo 6º que ressaltava a obrigatoriedade dos três poderes, Executivo, Legislativo e Judiciário, junto à saúde, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, entre outros aspectos (BRASIL, 1988), da Lei nº 8080/90 que define o modelo operacional do SUS, propondo a sua forma de organização e de funcionamento, considerando que a saúde tem entre seus fatores determinantes e condicionantes o trabalho (BRASIL, 1990), e da Portaria GM/MS Nº 3908 - Norma Operacional em Saúde do Trabalhador (BRASIL, 2002), é instituída no âmbito do Sistema Único de Saúde, a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST).

Segundo Machado et al. (2013), a RENAST é composta por diversos Centros de Referência à Saúde do Trabalhador (Cerest) que atuam de forma transversal na saúde do trabalhador. Entre suas ações estão a gestão, a informação, a definição e a partilha de atividades de vigilância e assistência, todas estas com o objetivo de melhorar as condições laborais e a qualidade de vida do trabalhador. É importante destacar que os Cerests podem ser estaduais ou regionais e compreendem polos estratégicos do RENAST dentro do Sistema Único de Saúde (SUS) (RENAST, 2014).

Como se pode verificar, a vida do trabalhador passou por diversas transformações ao longo da história e estas modificações, em sua maioria, trouxeram diversos benefícios para os trabalhadores em vários aspectos, mas por outro lado algumas dificuldades foram tecidas.

Diante desse processo, na atualidade a situação do Brasil com relação ao trabalho é marcada por resistência às mudanças no contexto laboral (PESSANHA;

ARTUR, 2013). Segundo Krein et al. (2013), a OIT publicou um relatório no ano de 2012 que demonstra que, dentro da atual economia e da política vigente, os indicadores sobre o trabalho pioram consideravelmente, acarretando em uma alta taxa de desemprego. Esta situação é demonstrada por meio de alta rotatividade da mão de obra e demissão facilitada (PESSANHA; ARTUR, 2013).

Além disso, em decorrência das transformações socioeconômicas acentuaram-se novas modalidades de emprego como o trabalho temporário ou sem contrato e a terceirização da mão de obra. Este tipo de inserção no mercado de trabalho associa-se à instabilidade, a baixos salários e a condições precárias para exercerem a atividade laboral. Esta situação reflete de forma direta na saúde do trabalhador, levando-o a piores condições de saúde em relação ao funcionário que apresenta estabilidade (GIATTI; BARRETO, 2011). No caso das mulheres, também evidencia o desrespeito aos seus direitos, pois vários aspectos da sua seguridade no trabalho são omitidos como férias, horas extras, licença-maternidade e outros (SOLETO-SUÁREZ, 2012).

Segundo Godoy et al. (2011), as ocorrências citadas anteriormente podem ser nomeadas como subemprego. O maior número de trabalhadores neste tipo de atividade laboral são as mulheres, pois elas vivenciam com frequência diversas ocorrências de desigualdades como, por exemplo, são mais dispensadas de suas atividades laborais do que os homens, ocupam postos de menor nível salarial, exercem funções menos expressivas e como consequência de menor prestígio social e sofrem, várias vezes, preconceito na admissão, promoção e qualificação no trabalho. Estas situações caracterizam a presença da discriminação de gênero.

1.1.1 A participação das mulheres no mercado de trabalho e as questões de gênero

A presença das mulheres no mercado de trabalho tornou-se expressiva no final do século XVIII e no início do século XIX, sendo um período que sinaliza o capitalismo, no qual as mulheres estiveram presentes nas indústrias e exerciam diversas atividades, em especial as do setor têxtil. É importante destacar que a

população trabalhadora feminina conquistou o seu espaço dentro do trabalho, mas se submetia a extensas jornadas, condições de trabalho precárias e ainda mantinha as suas responsabilidades com o lar e a família (GUIRALDELLI, 2012).

Guiraldelli (2012) descreve que muitas indústrias aderiram à presença do trabalho das mulheres, devido às características, em geral, peculiares à estas como paciência, suavidade e menor exigências. Além dos salários bem inferiores aos dos homens, pois para os donos das fábricas era evidente que, naquele momento, as mulheres adentraram no mercado de trabalho pela necessidade em complementar o orçamento familiar, sendo então obrigadas a aceitar as condições de trabalho oferecidas (VIEIRA; AMARAL, 2013).

No Brasil, a inclusão feminina no trabalho formal vem aumentando consideravelmente, sendo que, de 1982 a 1987, o acréscimo foi de 41% para 54% e de 2003 a 2005 este contingente passou de 0,7% para 43,7%, sendo necessário destacar que esta é uma média anual (GODOY et al., 2011). Em 2012, as mulheres economicamente ativas estavam em torno de 59,70% (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2012).

Esta ampliação é decorrente das mudanças demográficas, como a redução da taxa de fecundidade, o envelhecimento populacional, o acréscimo de domicílios uniparentais e o aumento da chefia feminina e da escolaridade feminina, gerando um crescimento das recompensas econômicas e não econômicas associadas ao emprego (BOLETIM PAD – MG, 2013).

Por um lado a relevante participação da mulher no mercado de trabalho pode significar igualdade de gênero entre mulheres e homens, por outro, no entanto, é perceptível a existência do domínio dos homens, pois o sexo feminino, em sua maioria, ainda continua a exercer profissões que são consideradas como extensão de suas atividades domésticas, como o trabalho dentro da área da saúde e da educação (SILVA, et al., 2010).

Além disso, ainda que a população feminina possua mais anos de estudo e qualificação do que a masculina e ocupe cargos que anteriormente eram exclusivos aos homens, a maioria delas ocupa as piores modalidades de emprego, menos os cargos de chefia e pequeno percentual está presente níveis hierárquicos superiores. (SILVA, et al., 2010). Ainda, segundo Vieira e Amaral (2013), as informações do ano

de 2010 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) revelaram que mulheres recebem apenas 58% em relação ao salário dos homens com a mesma escolaridade.

Outro aspecto percebido no início da inserção da mulher no mercado de trabalho que persiste de forma acentuada nos dias atuais é a continuação da dupla jornada, ou seja, ela permanece trabalhando dentro e fora do lar. Esta situação pode ocasionar várias dificuldades como na ascensão profissional, pois necessitam adaptar as suas responsabilidades domésticas e familiares às funções profissionais. Com isso, tornam-se sobrecarregadas e passam a realizar suas atividades sob pressão social e, com o decorrer do tempo, comprometem sua saúde física e mental (OLIVEIRA et al., 2012).

Oliveira et al. (2012) descrevem a instabilidade financeira com outro ponto relevante que pode interferir de forma insidiosa na vida da mulher. Esta situação é ainda pior no equilíbrio das mulheres que trabalham e são chefes das famílias ou responsáveis por parte da renda familiar.

1.1.2 Saúde e Políticas Públicas para a mulher no Brasil

Segundo Benites e Barbarini (2009), diante de tantas limitações e dificuldades em relação à população feminina, as mulheres promoveram, em meados da década de 1960, um movimento com intensa organização, apesar de uma atuação fragmentada que dependia de esforços individuais, onde se questionavam as desigualdades sociais e os direitos das mulheres em diversos aspectos, como a divisão de papéis sociais entre os homens e as mulheres, o direito ao voto, à educação, o acesso ao mercado de trabalho e às políticas públicas, sendo este conhecido como Movimento Feminista.

No Brasil, esse movimento teve forte influência na vida da mulher como um todo, mas em especial na área da saúde, pois promoveu intensas críticas relacionadas aos programas existentes de atenção à saúde da mulher, sendo que as mulheres eram assistidas apenas no período gravídico-puerperal, o que desencadeava ausência de cuidados na maior parte de suas vidas. Diante dos fortes

questionamentos impostos pela organização feminista, foram introduzidos na agenda da política nacional aspectos de extrema importância que não eram valorizados, como as desigualdades nas condições e nas relações entre homens e mulheres, os problemas associados à sexualidade e à reprodução, as dificuldades relacionadas à anticoncepção e à prevenção de doenças sexualmente transmissíveis e à sobrecarga de trabalho das mulheres, pois as mesmas eram responsáveis pelo trabalho doméstico e pela criação dos filhos (BRASIL, 2011).

Sendo assim, foi possível a visualização das necessidades nos aspectos da saúde da mulher e, em 1983, o Ministério da Saúde desenvolveu o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM). (BRASIL, 2011). Este programa englobava para dentro da saúde da mulher princípios e diretrizes como a descentralização, hierarquização, regionalização, integralização e a equidade, em uma época que concomitantemente ocorria no movimento sanitário a concepção da estrutura conceitual que embasaria o SUS.

O PAISM atuava em um novo formato, englobando aspectos de educação em saúde, prevenção, diagnóstico, tratamento e recuperação, em diferentes fases do ciclo da vida das mulheres e trabalhava também as necessidades desta população. As ações desenvolvidas deveriam ser articuladas entre as três esferas de gestão de saúde. Portanto, como resultante desta implantação, a atenção à saúde da mulher deveria realizar os cuidados a esta população de forma globalizada e ampliada dentro do sistema de saúde, tornando, de acordo com Leite e Paes (2009), o PAISM um marco histórico na saúde da mulher (BRASIL, 1984).

A implantação e a implementação do PAISM sofreram influências na década de 1990 pelas características da nova política de saúde do SUS, entre elas a municipalização e, em especial, a reorganização da atenção básica. Também foi uma fase marcada por adaptações, dificuldades e descontinuidade da implementação da política de saúde da mulher nos três níveis de gestão. Segundo Leite e Paes (2009), os problemas apresentados podem ter sido influenciados por diversos fatores que envolvem um país, como os de ordem política, econômica, cultural e social. Perante a situação apresentada em 1998, o governo estabelece que a saúde da mulher torna-se uma prioridade (BRASIL, 2011).

O ano de 2004 foi considerado o ano da mulher em comemoração os vinte anos da presença do PAISM. No entanto, observava-se, de forma clara, que os

direitos das mulheres, pelos quais tanto se lutou, ainda não estavam tão fortalecidos como se esperava na prática. Esse ano, então, foi composto por diversos eventos e discussões em relação ao tema da mulher para que houvesse a consolidação, ampliação das conquistas femininas e o reconhecimento do papel da mulher na sociedade, de forma que o ano da mulher se tornasse um marco histórico. Estas ações foram reunidas e produziu-se um caderno com informações referentes às legislações, aos serviços, aos programas e às formas de acesso aos serviços públicos e às instituições não governamentais que atendiam o público referido (BRASIL, 2004).

Durante o período de 2004 a 2007, esteve vigente o Plano Nacional de Políticas para Mulheres e este se baseou nos resultados da I Conferência Nacional de Políticas para Mulheres. Este plano ressalta a importância do Estado na promoção e articulação das ações para garantir a redução das desigualdades sociais, de gênero e raça existentes no país. E entre as áreas de atuação deste plano estavam autonomia, igualdade no trabalho e cidadania, educação inclusiva e não sexista, saúde das mulheres, direitos sexuais e reprodutivos. Também constavam neste como desafio a gestão e o monitoramento do mesmo (BRASIL, 2004).

Apesar de esse plano conter diversos assuntos envolvendo a mulher, alguns grupos específicos desta população não foram contemplados com aspectos peculiares a este público e manifestaram o seu descontentamento. Diante disso, realizou-se o II Plano Nacional de Políticas para Mulheres, onde foram incluídas a participação das mulheres nos espaços de poder e decisão, o desenvolvimento sustentável no meio rural, na cidade e na floresta com garantia de justiça ambiental, inclusão social, soberania e segurança alimentar, o direito a terra, à moradia digna e à infraestrutura social nos meios rural e urbano, a cultura, a comunicação não discriminatória, o enfrentamento ao racismo, sexismo e lesbofobia e a redução pela desigualdade geracional, em especial atenção às jovens e adolescentes (BRASIL, 2008).

Assim como em 2007, em 2011, é publicado um novo plano de Política Nacional de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), onde se realizou uma revisão da política de 2007 com acréscimo dos cuidados com as doenças

crônico-degenerativas com enfoque na população feminina, em especial diabetes e hipertensão arterial (BRASIL, 2011).

Portanto, percebe-se que a luta das mulheres em relação aos seus cuidados ainda é árdua, em especial de um determinado grupo de mulheres que são citadas de forma sucinta nos manuais do Ministério da Saúde que são as mulheres trabalhadoras. Estas mulheres além de estarem assumindo cada vez mais o mercado de trabalho, sendo que neste ainda existem grandes desigualdades de gênero, acabam adquirindo a duplicidade de funções como a atividade ocupacional e os afazeres domésticos e com isso passam a adquirir vários problemas em sua saúde biopsicossocial e financeira.

Dentro das especificidades da população feminina, é importante descrever sobre um aspecto que é utilizado como uma das informações em saúde de uma população que é a mortalidade. De acordo com a DATASUS (2012), as mulheres brasileiras morrem mais devido a doenças do aparelho circulatório seguidos de neoplasias (tumores) e doença do aparelho respiratório. E são menos acometidas por doenças do olho e anexos e doenças do ouvido e da apófise mastoide. Abaixo segue a Tabela 1 com os dados de outros problemas que mais acometem esta população em nível nacional.

TABELA 1 – Distribuição das causas de mortalidade segundo sexo e Capítulo CID – 10 de pessoas residentes no Brasil, 2012.

Capítulo CID-10	Masc	Fem	Ign	Total
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	28.389	21.208	11	49.608
II. Neoplasias (tumores)	10.1974	89.596	7	191.577
III. Doenças sangue órgãos hematopoiéticos. e transtorno Imunitário.	3.220	3.138	-	6.358
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	32.414	40.069	12	72.495
V. Transtornos mentais e comportamentais	9.151	3.490	-	12.641
VI. Doenças do sistema nervoso	13.453	15.255	4	28.712
VII. Doenças do olho e anexos	18	20	-	38
VIII. Doenças do ouvido e da apófise mastoide	67	72	-	139
IX. Doenças do aparelho circulatório	17.4428	158.836	31	333.295
X. Doenças do aparelho respiratório	66.344	60.838	22	127.204
XI. Doenças do aparelho digestivo	38.087	22.408	14	60.509
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	1.622	2.099	1	3.722
XIII. Doenças sist. osteomuscular e tec. conjuntivo	1.635	2.971	1	4.607
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	13.728	14.245	2	27.975
XV. Gravidez, parto e puerpério	-	1647	-	1647
XVI. Algumas afecções originadas no período perinatal	12.864	10.114	91	23.069
XVII. Malformação congênita, Deformidades e anomalias cromossômicas	5.577	4.940	105	10.622
XVIII. Sintomas, sinais e achados anormais exame clínicos e laboratoriais	42.519	32.333	83	74.935
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	12.5253	26.606	154	15.2013
Total	670.743	50.9885	538	118.1166

Fonte: DATASUS, 2012.

Como este estudo trata sobre as mulheres mineiras que residem em uma região pertencente ao devido Estado Minas Gerais, é importante descrever contexto da mortalidade feminina nesta região. De acordo com o DATASUS (2012), as causas de morte das mulheres em Minas Gerais são semelhantes aos acometimentos das brasileiras em geral. As mineiras morrem mais devido à doença do aparelho circulatório, seguidas pelas neoplasias (tumores) e doença do aparelho respiratório. Também são menos afetadas pelas doenças do olho e anexos e doenças do ouvido e da apófise mastoide. Abaixo segue a Tabela 2 com os dados de outros problemas que podem levar ao óbito com esta população (DATASUS, 2012).

Tabela 2 – Distribuição de causas de mortalidade segundo sexo e Capítulo da CID – 10 de pessoas residentes no Estado de Minas Gerais, 2012.

Capítulo CID-10	Masc	Fem	Ign	Total
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	2.963	2.482	1	5.446
II. Neoplasias (tumores)	10.841	9.078	1	19.920
III. Doenças sangue órgãos hematopoiético. e transtorno Imunitário	382	368	-	750
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	3.117	3.991	2	7.110
V. Transtornos mentais e comportamentais	1.607	625	-	2.232
VI. Doenças do sistema nervoso	1.638	1.793	-	3.431
VII. Doenças do olho e anexos	2	1	-	3
VIII. Doenças do ouvido e da apófise mastoide	10	5	-	15
IX. Doenças do aparelho circulatório	17.240	16.217	1	33.458
X. Doenças do aparelho respiratório	7.522	6.723	2	14.247
XI. Doenças do aparelho digestivo	3.836	2.397	-	6.233
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	198	265	-	463
XIII. Doenças sist. osteomuscular e tec. conjuntivo	233	381	-	614
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	1.551	1.638	-	3.189
XV. Gravidez, parto e puerpério	-	86	-	86
XVI. Algumas afecções. originadas no período perinatal	1.100	821	9	1.930
XVII. Malformação congênita, deformidade e anomalias cromossômicas	571	443	18	1.032
XVIII. Sintomas, sinais e achados, anormais, Exames clínicos. e laboratoriais	6.303	4.372	3	10.678
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	11.531	2.699	7	14.237
Total	70.645	54.385	44	125.074

Fonte: DATASUS, 2012.

Em relação à mortalidade das mulheres uberabenses descreve-se que elas morrem principalmente devido à doença do aparelho circulatório, neoplasias (tumores) e doença do aparelho respiratório. Portanto verifica-se que as causas principais de óbitos entre as mulheres são também mantidas em nível municipal. A população feminina do município de Uberaba é menos afetada por problemas relacionados à gravidez e puerpério e doença de pele e tecidos, diferenciando deste quesito em nível nacional e estadual (DATASUS, 2012). A seguir na Tabela 3, há a descrição dos principais problemas que levaram à mortalidade das mulheres no ano de 2012.

Tabela 3 – Distribuição de causas de mortalidade segundo sexo e Capítulo CID – 10 em pessoas residentes em Uberaba – MG, 2012.

Capítulo CID-10	Masc	Fem	Ign	Total
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	94	70	-	164
II. Neoplasias (tumores)	195	170	-	365
III. Doenças sangue órgãos hematopoiético e transtorno Imunitário	7	8	-	15
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	52	58	-	110
V. Transtornos mentais e comportamentais	3	4	-	7
VI. Doenças do sistema nervoso	27	42	-	69
IX. Doenças do aparelho circulatório	296	260	-	556
X. Doenças do aparelho respiratório	164	157	-	321
XI. Doenças do aparelho digestivo	68	59	-	127
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	3	5	-	8
XIII. Doenças sist. osteomuscular e tec. conjuntivo	4	8	-	12
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	28	38	-	66
XV. Gravidez, parto e puerpério	-	2	-	2
XVI. Algumas afecções. originadas no período perinatal	13	10	-	23
XVII. Malformação. Congênita. Deformidades. e anomalias cromossômicas	11	7	1	19
XVIII. Sintomas sinais e achados Anormais Exame-clínico e laboratoriais	77	53	-	130
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	158	41	1	200
Total	1200	992	2	2194

Fonte: DATASUS, 2012.

1.1.3 As legislações trabalhistas voltadas para as mulheres

Como se pode ver, a mulher ainda vivencia no trabalho diversas dificuldades, e em relação à legislação não se torna muito diferente. O que se evidencia é que desde a inserção da mulher no mercado de trabalho o Brasil como Estado Democrático de Direito realizou algumas modificações nas leis para que possam ser reduzidas as desigualdades entre homens e mulheres e que sobressaiam o Princípio da Dignidade da Pessoa Humana e o Princípio da Igualdade (PEREIRA; LOEBLEIN DOS SANTOS, 2010).

Há várias leis e decretos que alcançam a mulher trabalhadora, sendo que alguns são específicos para a mulher e outras englobam ambos os sexos (JURISWAY, 2011). Abaixo seguem exemplos de algumas dessas leis:

- **Art. 7º da Constituição Federal e Art. 5º da CLT** – Proíbem a diferença salarial, de função e critérios de admissão;
- **Art. 373 da CLT e o Art. 7º, inciso XIII da CF** – Jornada de trabalho igual para homens e mulheres;
- **Art. 384 da CLT** – Retrata sobre a prorrogação do horário de trabalho, sendo obrigado um período de descanso de 15 minutos, antes de iniciar o período extra;
- **Art. 390 da CLT** – limita a força física das mulheres a no máximo 20 quilos na prestação de serviços;
- **Art. 391 da CLT** – Proíbe a rescisão do contrato de trabalho das mulheres em função do matrimônio ou condição de gravidez. Estas condições se estendem como critério para não contratação das mulheres;
- **Art. 7º XVIII CF e o Art. 392 da CLT** – Descrevem sobre a licença-maternidade e garantia dos direitos das gestantes;
- **Lei 11.770, de 9 de setembro de 2008** – Designa sobre a prorrogação da licença-maternidade por mais 60 dias;
- **Art. 395 da CLT** – Direitos da mulher que sofre aborto que não é criminoso;
- **Art. 396 da CLT** – Regulamenta o período de amamentação;
- **Lei n. 5.859/72, regulamentada pelo Decreto n. 71.885/73** – Transcreve sobre os direitos dos trabalhadores domésticos;
- **Emenda Constitucional nº 72/13** – “PEC das Domésticas” revoga o parágrafo único do art. 7º e inclui novos direitos aos trabalhadores domésticos, na qual se igualam os direitos destas profissionais aos demais trabalhadores tanto rurais quanto urbanos.

Portanto verifica-se que gradativamente as trabalhadoras femininas vão conquistando o seu espaço, mas ainda é necessária a ampliação da visão dos profissionais do direito, especificamente, os responsáveis pelas modificações da legislação para que possam visualizar que a mulher trabalhadora passa por diversos ciclos da vida que são tão importantes quanto o ciclo gravídico-puerperal.

1.2 CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA DA MULHER BRASILEIRA

Segundo os dados do IBGE, a população brasileira estimada no ano de 2014 foi de aproximadamente 202.768.562, enquanto na região Sudeste o número foi de 85.115.623 (41,98%), sendo a região mais populosa. O Estado de Minas Gerais apresenta uma população em 2014 de 20.734.097, e o número de habitantes da cidade de Uberaba neste referido ano foi de 318.813 (IBGE, 2014).

Em relação à porcentagem por sexos, em 2013, o Brasil apresentou 50,60% de mulheres e 49,40% de homens, enquanto Minas Gerais esteve com 50,28% composta por mulheres e 49,72% por homens (IBGE, 2013). Uberaba possuía no último censo um total de 151.527 mulheres e 144.461 homens (IBGE, 2010).

1.2.1 Perfil sociodemográfico das mulheres trabalhadoras no Brasil

De acordo com a Política Nacional por Amostra de Domicílios Contínua (PNAD - 2014), o Brasil apresentou estabilidade no nível de ocupação (indicador que avalia a parcela da população ocupada em relação à população em idade de trabalhar) no segundo semestre de 2014, em relação ao mesmo período de 2013 atingindo um valor de 56,9%. Quanto ao percentual por região, o Centro-Oeste e o Sul se destacaram por alcançar as maiores taxas de pessoas trabalhando entre aquelas em idade de trabalhar, 61,5% e 61,1%. Em oposição, o Nordeste demonstrou menor nível de ocupação com 51,9% (IBGE, 2014).

Outro dado relevante que o PNAD-2014 descreve é que apesar de elas se manterem como a maioria em idade de trabalhar, atingem um percentual de 52,3%, principalmente nas grandes regiões como Sudeste, Centro-Oeste, Nordeste e Sul. Há uma predominância do sexo masculino na população ocupada em todo o Brasil, com um total de 57,3%, sendo que as regiões em que esta situação se destaca, em

ordem decrescente são, Norte, Nordeste, Centro-Oeste, Sudeste e Sul (IBGE, 2014).

Conforme informações do IBGE (2012), foi observado no Censo de 2010 que o nível de instrução das mulheres continua superior ao dos homens, sendo que na faixa etária de 25 anos ou mais as mulheres atingiram um percentual de 12,5% com o nível de graduação completo, enquanto os homens encontraram-se com 9,9%. Além disso, notou-se que a cada dia o público feminino ganha mais espaço no mercado de trabalho e constatou-se que as taxas de escolarização e o nível de instrução se elevaram com o crescimento do rendimento mensal domiciliar *per capita*.

Em relação aos grupos de ocupação, as mulheres trabalhadoras no Brasil predominam com relação aos homens nas seguintes categorias: *Serviços domésticos* (92,7%), setores da *Educação* (75,8%) e da *Saúde humana e serviços sociais* (74,2%), *outras atividades dos serviços* (62,5%), *Alojamento e alimentação* (54,9%) e nas *Atividades financeiras, de seguros e serviços relacionados* (50,3%) (IBGE, 2012).

Outro dado que se destaca é sobre a posição na ocupação no trabalho principal, de acordo com IBGE (2012) o grupo com maior população foi dos empregados (70,8%) e dentre estes as mulheres destacaram-se com 74,6%. Os outros grupos de empregadores e trabalhadores por conta própria atingiram a média de 2,0% e 21,5% respectivamente (IBGE, 2012).

Quanto aos dados dos empregados, o Censo de 2010 encontrou que as mulheres com carteira assinada atingiram um percentual de 59,3% e os homens, 67,7%. Nos grupos de militares e funcionários públicos estatutários, o sexo feminino permaneceu com 9,5% contra 6,1% do sexo masculino, da mesma forma ocorreu com a categoria sem carteira, onde as mulheres atingiram 31,2% e os homens, 26,3% (IBGE, 2012).

É importante salientar que a categoria dos trabalhadores domésticos é responsável por uma quantia significativa das mulheres empregadas e é uma profissão composta predominantemente por mulheres (IBGE, 2012). Conforme

informações do Censo de 2010, esta categoria teve um aumento de trabalhos com carteira assinada de 29,8% para 33,8 (IBGE, 2012).

1.2.2 Perfil das mulheres trabalhadoras em Minas Gerais

O Estado de Minas Gerais é o que possui o maior número de municípios entre os Estados brasileiros, sendo um total de 853. Também é considerado o Estado mais populoso do Brasil, representando 10,3% da população brasileira no Censo de 2010. Existem 13 cidades que possuem mais de 200 mil habitantes, incluindo a capital Belo Horizonte e 16 cidades com 100 mil e 200 mil habitantes (Governo de Minas Gerais, 2010).

Conforme os dados do IBGE (2010), Minas Gerais apresenta uma população feminina com idade de trabalhar igual a 1.039.488. Mesmo tendo um valor expressivo desta população e o aumento da inserção feminina nas atividades laborais, a Pesquisa por Amostra de Domicílios de Minas Gerais (PAD – MG), 2011 observou a participação mais baixa das mulheres no mercado de trabalho em relação aos homens no Estado de Minas Gerais, permanecendo com os valores de 39,9% e 64,6% respectivamente.

De acordo com o tipo de atividade econômica de cada região, atividade predominante local e relações de gênero a atuação de homens e mulheres no mercado de trabalho pode ser afetada. De maneira generalizada, as regiões que possuem maior dinamismo e maior Produto Interno Bruto (PIB) *per capita* contêm a maior porcentagem das mulheres na População Economicamente Ativa (PEA). Em locais em que há características mais rurais, maior taxa de fecundidade e uma intensa presença de comportamento patriarcal, conseqüentemente há uma baixa participação das mulheres na força de trabalho (PAD – MG, 2011).

Quando se fala em mercado de trabalho, deve-se levar em consideração a escolaridade da população, pois é um dado muito importante que pode interferir desde a aquisição do emprego até nas condições e salários. Em Minas Gerais, observa-se que a escolaridade média das mulheres é um pouco superior à dos

homens, onde elas possuem 7,1 contra 6,7 anos de estudo. Entre as mulheres que possuem níveis mais baixos de instrução, foi observada dificuldade de inserção no mercado de trabalho. Este cenário se inverte quando há o aumento da escolaridade, pois as mulheres se sobressaem aos homens (PAD – MG, 2011).

Diante disso, encontram-se 12,5% de mulheres sem instrução na força de trabalho, e os homens estão em torno de 44,3%. Em contrapartida, mesmo em quantidades menores que as dos homens, 75% das mulheres que possuem curso superior estão na força do trabalho, tendo aumento importante em comparação ao grupo anterior, e entre os homens este percentual é de 84% (PAD – MG, 2011).

Na PAD – MG (2011) foi descrito a respeito da divisão da PEA, onde em um grupo estão as pessoas ocupadas (efetivamente trabalham) e em outro as desocupadas (em busca de trabalho). O total de mulheres ocupadas encontradas na PEA foi em torno de 3.237 mil e de desocupadas, 211 mil. Esta última taxa atingiu quase o dobro da taxa de desocupados do sexo masculino que se aproximou de 185 mil. Esta situação da taxa de desemprego das mulheres não é um fato isolado de Minas Gerais e sim uma situação que aconteceu desde 1990 e é rotulado ao aumento da taxa de atividades do sexo feminino e da crescente disputa entre os sexos (PAD – MG, 2011).

O grupo ocupacional em que mais se encontram as mineiras é o da categoria empregado doméstico que atingiu um percentual de 96,8%, sendo considerada em Minas Gerais a principal ocupação feminina. Em seguida, as mulheres ocupam um percentual de 62,3% na categoria estatutária e de 45,6% sem carteira assinada. Outra categoria que se destaca é o percentual de mulheres não remuneradas e membros da unidade domiciliar que alcança um valor de 51,8% (PAD – MG, 2011).

Nas questões salariais, como foi descrito no capítulo anterior, as trabalhadoras do sexo feminino, neste caso as do Estado de Minas Gerais, mesmo apresentando maior escolaridade continuam a ter os seus salários médios menores em todas as ocupações, com exceção da categoria empregado doméstico, pois a participação masculina é muito pequena. No geral, as mulheres possuem uma redução média de 27% em comparação aos homens (PAD – MG, 2011).

1.2.3 Perfil das mulheres trabalhadoras em Uberaba-MG

Uberaba é uma cidade que se localiza no Estado de Minas Gerais especificamente na microrregião denominada Triângulo Mineiro. Ela se encontra a uma distância de 500 km dos principais centros consumidores do Brasil. Uberaba é conhecida como um centro comercial dinâmico, pois possui uma agricultura proativa, um complexo industrial diversificado e uma adequada estrutura urbana. A cidade encontra-se como a 6ª maior economia de Minas Gerais e a 72ª economia do país (Prefeitura Municipal de Uberaba, 2014).

O município de Uberaba apresenta uma população estimada em 2014 de 318.813 pessoas. Segundo o Censo de 2010, a cidade possuía 259.646 pessoas economicamente ativas e um total de 96.769 pessoas que não se encontram economicamente ativas. É importante ressaltar que Uberaba em 2010 apresentou aproximadamente 10.397 empresas atuantes na cidade (IBGE, 2010).

Outro dado relevante do IBGE (2010) é de que o rendimento mensal do uberabense é em média R\$ 800,00 reais, sendo que o salário médio da população do sexo feminino R\$ 700,00 reais e a masculina em torno de R\$ 1.000,00 reais, confirmando a diferença salarial entre sexos que se justificou a nível nacional e estadual.

Quanto à posição na ocupação e categoria de emprego no trabalho principal, ressaltam-se algumas delas como, por exemplo, na classe de empregadores Uberaba possui um total de 3.439 pessoas. Ainda apresentava uma quantidade significativa de 86.127 pessoas com carteira assinada e não menos importante uma numeração elevada de 20.876 da população sem carteira assinada (IBGE, 2010).

1.3 CAPACIDADE PARA O TRABALHO

Como se observa, a saúde da trabalhadora, assim como do trabalhador, envolve um conjunto de atividades que se destina, através de ações de vigilância epidemiológica e sanitária, à promoção, proteção, recuperação e reabilitação. E ela é preservada quando as exigências do trabalho e do ambiente não ultrapassam as suas limitações energéticas e cognitivas. Vários fatores podem estar relacionados com a saúde ocupacional entre eles estão a capacidade para o trabalho, o nível socioeconômico, a qualidade de vida e a satisfação com o local de trabalho e com a vida (OLIVEIRA et al., 2012).

Tuomi et al. (2010) definem a capacidade para o trabalho como “quão bem a trabalhadora está ou estará no presente ou num futuro próximo e quão capaz ela pode executar seu trabalho, em função das exigências, de seu estado de saúde e capacidades físicas e mentais”. Esta definição é muito importante, pois ao longo de uma carreira profissional podem ocorrer diversas mudanças, sendo portanto um desafio o profissional manter o equilíbrio com exigências impostas pelo trabalho, conseguindo manter uma boa capacidade para a realização deste (COOMER; HOUDMONT, 2013).

Portanto, para que a capacidade para o trabalho seja preservada, é necessário que haja um equilíbrio entre a capacidade dos trabalhadores, as exigências e os fatores estressantes (BERRIA et al., 2011). Diante disso, observa-se que a capacidade para o trabalho é dinâmica e ela pode ser modificada com o decorrer do tempo, porque ela pode sofrer alterações tanto dos recursos humanos quanto das características do trabalho. Esta capacidade pode ser mantida ou reestabelecida, desde que algumas medidas sejam executadas, principalmente no trabalho de prevenção e promoção da saúde das trabalhadoras (BERRIA et al., 2011).

É necessário ressaltar que, para manter a boa condição da capacidade para o trabalho, deve-se incluir um modo de vida saudável (FISHER et al., 2005). De acordo com Padula et al. (2013), os trabalhadores que participam de atividades físicas ocupacionais, com intensidade moderada e vigorosa, tendem a manter os níveis de capacidade funcional resultando em indivíduos sadios que continuam a

trabalhar, enquanto os sedentários, geralmente, possuem piores condições de saúde e aposentam-se precocemente. Portanto é importante que o trabalhador, especificamente a trabalhadora, seja apoiada e encorajada a realizarem, mudanças em seus hábitos, principalmente os laborais, com o decorrer do tempo (WALSH et al., 2008).

A capacidade para o trabalho pode ser mensurada por um instrumento genérico definido como Índice de Capacidade para o Trabalho (ICT). Este foi desenvolvido, pelo Instituto Finlandês de Saúde Ocupacional (FIOH) em meados de 1980, por meio de pesquisas destinadas à saúde ocupacional (EL FASSI et al., 2013). Faz-se necessário relatar que, no início, o ICT foi construído para avaliar as perdas da capacidade para o trabalho relacionadas com o envelhecimento (DA COSTA et al., 2012). Posteriormente este instrumento passou a ser usado também como uma ferramenta de apoio para a avaliação de manutenção desta capacidade (TUOMI, et al., 2010). O ICT favorece a autoavaliação do trabalhador sobre a sua capacidade para o trabalho (EL FASSI et al., 2013).

1.4 QUALIDADE DE VIDA

Alguns estudos apontam que o termo qualidade de vida foi mencionado na década de 1930 e que o seu crescimento e desenvolvimento ocorreram após a Segunda Guerra Mundial (LANDEIRO et al., 2011). Mas segundo a Universidade Federal do Rio Grande do Sul (1998), este assunto foi dito a primeira vez pelo então presidente dos Estados Unidos, Lyndon Jonson em 1964 na seguinte declaração: “os objetivos não podem ser medidos através do balanço dos bancos. Eles só podem ser medidos através da qualidade de vida que proporcionam às pessoas”. Como se pode observar, a expressão qualidade de vida inicialmente foi utilizada por cientistas, filósofos e políticos (UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL, 1998).

Landeiro et al. (2011) descrevem que no Brasil as palavras qualidade de vida foram utilizadas a primeira vez a partir de 1970, sendo que no início elas se restringiam aos serviços de saúde e posteriormente, com a Constituição Federal de

1988 e a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), a expressão passou a ser empregada junto aos pacientes e usuários do SUS.

Segundo Aquino; Fernandes (2013) qualidade de vida é uma expressão difícil de conceituar. Mas Landeiro et al. (2011) descrevem que pesquisadores acordam que a definição está vinculada às questões dinâmicas, ampla, subjetiva e polissêmica. Saravi et al. (2012) destacam que a QV tem significado diferente para cada pessoa e ela pode sofrer influências de diversos fatores como idade, cultura, gênero, educação, classe social, ambiente, doenças e outros.

Portanto, mesmo não tendo apenas uma definição, Fleck et al. (2000) relatam que o Grupo de Qualidade de Vida da Organização Mundial da Saúde define o termo QV como “a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistemas de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”.

Landeiro et al. (2011) referem que a definição do grupo da Organização Mundial de Saúde (OMS) baseia-se no aspecto multifatorial da QV, tendo como referência os seis domínios que regem as diferenças dos seres humanos, sendo eles a saúde física e psicológica, nível de independência, relações sociais, meio ambiente, espiritual e idade.

O interesse por pesquisas sobre Qualidade de vida cresce consideravelmente ao longo dos anos. Segundo Saravi et al. (2012), este interesse da pesquisa pode estar diretamente relacionado à associação de saúde com a QV que resultam em ações no sistema de saúde. Aquino; Fernandes (2013) relatam que este tema tornou-se importante na área da saúde devido à desumanização em consequência dos avanços da tecnologia dentro dos aspectos da saúde. Paralelamente a este crescimento houve um aumento do número de instrumentos que realizam a mensuração da Qualidade de Vida (LANDEIRO et al., 2011).

Os instrumentos de avaliação de QV encontram-se em dois grupos: genéricos e específicos, sendo que o primeiro grupo engloba instrumentos que avaliam a QV de forma generalizada e global, por exemplo, o SF-36 (*Medical Outcomes Study 36 – item short – form health survey*) e o WHOQOL (*World Health Organization Quality of Life*) (LANDEIRO et al., 2011). Já o segundo grupo, específicos, tem como objetivo avaliar situações distintas da QV e como exemplo de questionários tem-se o

King Health Questionnaire que é utilizado para pessoas com incontinência urinária (LANDEIRO et al., 2011).

Fleck et al. (2000) detalham que o primeiro instrumento construído com o intuito transcultural para a utilização internacional foi criado pelo Grupo de Qualidade de Vida da OMS. Este possuía 100 questões que avaliavam a QV e é conhecido como WHOQOL – 100. Mas com o passar do tempo percebeu-se a necessidade da criação de um instrumento menor e que despendesse pouco tempo para o preenchimento, mas que mantivesse as características psicométricas necessárias. Assim, o grupo de qualidade de vida da OMS criou uma versão abreviada do WHOQOL – 100 que é conhecida como WHOQOL – bref (FLECK et al., 2011).

1.5 QUALIDADE DE VIDA NO TRABALHO

Diversas mudanças vêm ocorrendo em relação ao trabalho e elas acontecem desde a implantação de novas tecnologias, perpassando pelas modificações na organização até aparecimento de novas profissões. Junto com esta evolução trabalhista ocorreu o desenvolvimento de novos problemas, principalmente relacionados à saúde, trazendo novos desafios tanto para o setor trabalhista quanto para sociedade (MEIRA-MASCARENHAS et al., 2012).

Observam-se diferenças e necessidades significativas entre homens e mulheres em diversos aspectos. Com o aumento das mulheres no mercado de trabalho nos últimos anos, diferentemente dos homens, elas necessitam adaptar as suas responsabilidades domésticas e familiares às funções profissionais (ARAÚJO DE OLIVEIRA et al., 2012).

Na atualidade, nota-se que os trabalhadores passam grande parte de suas vidas no trabalho, dedicando-se às empresas e com isso concedem mais tempo ao seu trabalho do que para a família e amigos. Na vida das trabalhadoras, esta situação agrava-se, pois como já foi descrito, elas têm de conciliar as atividades domésticas, familiares e profissionais e diante desta situação como não conseguem permanecer longas jornadas nas empresas, grande parte das mulheres leva o trabalho para os seus domicílios e então suas casas passam a ser extensão do seu trabalho. Essa situação pode influenciar diretamente em sua saúde física e mental,

principalmente quando a situação ocasiona conflitos familiares (AQUINO; FERNANDES, 2013).

Outro fator que afeta a população economicamente ativa é a imprevisibilidade econômica que provoca insegurança e mal-estar, e os trabalhadores passam a levar esta situação para dentro e fora de sua atividade laboral. Com as mulheres trabalhadoras esta condição pode ser exacerbada quando ela é responsável pela maior parte da renda familiar e/ou quando são mães e não possuem o auxílio dos pais dos seus filhos nos cuidados com os mesmos. Diante destas ocorrências, as trabalhadoras passam a ter prejuízos em sua qualidade de vida (QV) e na saúde do trabalhador (ARAÚJO DE OLIVEIRA et al., 2012).

De acordo com Fernandes et al. (2010), quando se conhece a qualidade de vida das trabalhadoras, é possível identificar as mudanças necessárias para a promoção do bem-estar, pois dependendo do domínio desta que se encontra alterado dentro, as trabalhadoras podem se deparar com uma variedade de transtornos que inclusive poderão comprometer suas funções e atribuições no trabalho.

Segundo Aquino; Fernandes (2013), os trabalhadores da vida moderna convivem constantemente sob pressão, pois o mercado de trabalho atual é globalizado e competitivo e com isso as empresas almejam cada vez maiores resultados, refletindo de forma direta sobre o trabalhador por meio de cobranças e pressões. Mas preocupadas com as condições descritas, as empresas sentiram a necessidade de investir em programas de Qualidade de Vida no Trabalho (QVT), com intuito de proporcionar satisfação aos trabalhadores e como consequência melhores resultados (AQUINO; FERNANDES, 2013).

De acordo com Nespeca; Cyrillo (2011), o termo Qualidade de Vida no Trabalho pode estar ligado a um envolvimento afetivo em relação ao ambiente profissional e à atividade laboral; pode ser relativo às condições físicas de trabalho ligadas à segurança do trabalhador tanto na perspectiva de doenças ocupacionais como acidentes de trabalho; e também pode vincular-se a atividades nos ambientes organizacionais para obter o aumento da satisfação e motivação que refletirá sobre a melhora da produtividade.

Nota-se que a QVT possui duas vertentes importantes que é o cuidado com a satisfação do trabalhador e o aumento da produtividade da empresa. As pesquisas descrevem a associação do bem-estar com uma boa qualidade de vida e a redução do estresse reduz consideravelmente o risco de doenças relacionadas ao trabalho. Em relação à avaliação da QVT, é importante destacar que deve ser analisado não apenas o ambiente de trabalho, mas o contexto em que o trabalhador vive (NESPECA; CYRILLO, 2011).

Chunyan et al. (2013) relatam que alguns fatores podem influenciar a QVT entre eles estão alguns do posto de trabalho, aspectos nutricionais, a idade (redução do grau de tolerância com o decorrer dos anos e as questões relacionadas com a modernização tecnológica), carga horária, estresse laboral, renda (desigualdades salariais relacionada a gênero podem levar a descontentamento), *status* ocupacional, estilo de vida, comportamento e escolaridade. Portanto observa-se a importância da avaliação tanto da QV como da QVT.

Em relação às trabalhadoras, Saravi et al. (2012) destacam que o trabalho é um fator que exerce grande influência sobre a QV da mulher, pois o nível de educação e o *status* social da atividade laboral podem atuar de forma positiva no empoderamento desta.

2 JUSTIFICATIVA

É muito importante conhecer o estado de saúde de uma determinada população, principalmente quando estes dados emergem de pesquisas válidas e confiáveis, pois através destes é possível fazer uma análise da situação de saúde do grupo estabelecido e, conseqüentemente, estabelecer prioridades e programas de ações, para a avaliação do impacto e para auxiliar no planejamento e gestão da saúde (FRANCISCO et al., 2013).

Uma das ferramentas de pesquisa utilizadas para conhecer o perfil de uma população específica são os inquéritos de saúde de base populacional que possibilitam descrever e monitorar o grau de heterogeneidade e analisar diferentes aspectos que irão influenciar diretamente na promoção da saúde, sendo que estas acontecerão de acordo com as características demográficas, sociais e de saúde da referida população (FRANCISCO et al., 2013; BIM et al., 2011).

Este tipo de pesquisa favorece a visualização do perfil da saúde e em especial uma interface que a cada dia vem ganhando destaque que é a saúde do trabalhador, pois esta é uma interação tanto da vida profissional quanto pessoal que se reflete na capacidade para o trabalho e no bem-estar emocional (COSTA et al., 2012).

Diante disso é importante destacar que a saúde do trabalhador pode sofrer influências de aspectos ocupacionais e não ocupacionais, ou seja, ela vai além do ambiente laboral, e quando se conhece a população é possível sugerir que se desenvolvam ações de promoção e prevenção de saúde e agravos que tenham como fator principal o indivíduo e as situações que o envolvem (COSTA et al., 2012).

Entre as populações da classe trabalhadora, deve-se destacar a saúde da mulher, pois estudos evidenciam que o sexo feminino possui o maior risco para a perda da capacidade para o trabalho, sendo esta situação influenciada pelas piores condições de trabalho e salariais que apresentam em relação aos homens e agravada pela dupla jornada (MARTINEZ et al., 2010).

Um aspecto relevante é que apesar dos programas de saúde da mulher e do trabalhador fazerem referência a que se deva trabalhar com esta população os

fatores relacionados ao trabalho, o enfoque da saúde da mulher, apesar dos avanços, ainda tem como foco principal a saúde materno-infantil.

Portanto, de acordo com as dificuldades percebidas e de poucos estudos publicados na literatura sobre a saúde da mulher trabalhadora, esta pesquisa proporciona uma visualização do perfil das mulheres trabalhadoras de Uberaba- MG e com isso possibilitará que sejam destacados os pontos positivos e negativos desta população, com o intuito de contribuir para que ocorra a efetividade de ações envolvendo a promoção de saúde, prevenção de agravos e a reabilitação da saúde das mulheres trabalhadoras. Além disso, incentivará que novas pesquisas envolvendo este tema possam ser elaboradas.

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar a capacidade para o trabalho em mulheres economicamente ativas da cidade de Uberaba – MG, 2014, a qualidade de vida, perfil sociodemográfico e ocupacional.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Descrever o perfil sociodemográfico e ocupacional das mulheres trabalhadoras;
2. Mensurar a capacidade para o trabalho destas profissionais;
3. Verificar a influência das características sociodemográficas e ocupacionais sobre a capacidade para o trabalho das trabalhadoras;
4. Avaliar a qualidade de vida da mulher trabalhadora;
5. Correlacionar o Índice de Capacidade para o Trabalho com a qualidade de vida e aspectos sociodemográficas e ocupacionais destas mulheres.

4 MATERIAL E MÉTODOS

4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo transversal com base populacional, prospectivo e com abordagem quantitativa. De acordo com Pereira (2008), a pesquisa quantitativa permite mensurar opiniões, reações, sensações, hábitos e atitudes, através de uma amostra que represente a população de forma estatisticamente comprovada.

Ressalta-se, ainda, que estudos com base populacional produzem excelentes indicadores das condições de saúde, de acesso e uso de serviços de saúde e de morbidades relatadas pela população estudada. Diante destas informações, é possível que se conheça o perfil de saúde-doença e, com isso, é possível o desenvolvimento de diversas ações de saúde que ampliam os cuidados com a população (FRANCISCO et al., 2013).

4.2 LOCAL DO ESTUDO

A pesquisa foi desenvolvida nos domicílios da zona urbana de Uberaba-MG, no ano de 2014. Este município localiza-se na microrregião do Triângulo Mineiro, na qual é polo da macrorregião Triângulo Sul. A cidade localiza-se a aproximadamente 500 Km dos principais centros econômicos e possui área territorial de 4.540,51 Km² que é dividida em 256,00 Km² de área urbana e 4.284,52 Km² de área rural (UBERABA, 2014).

4.3 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Esta pesquisa constituiu-se pelos seguintes critérios de inclusão: Mulheres que habitam a zona urbana da cidade de Uberaba – MG, com idade igual ou superior a 18 anos, que sejam trabalhadoras, ou seja, mulheres que exerçam atividades para o próprio sustento e de seus familiares, independente da forma de inserção no mercado de trabalho. Além disso, foi necessária a concordância em

participar da pesquisa por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice A).

4.4 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

As mulheres que não se encontravam no domicílio durante a realização dos procedimentos da pesquisa.

4.5 POPULAÇÃO DO ESTUDO

Esta pesquisa integra um projeto de maior abrangência, denominado Inquérito de Saúde da Mulher na cidade de Uberaba – MG, 2014 (ISA – MULHER), sendo coordenado por docentes do Departamento de Fisioterapia Aplicada e tendo como parceiros os docentes do Departamento de Medicina Social, dos cursos de Graduação em Enfermagem e em Nutrição.

A amostra do projeto ISA - MULHER constituiu-se de 1.580 mulheres com idade igual ou superior a dezoito anos e que residiam em Uberaba e que se considerem moradoras desta cidade, ou seja utilizem os serviços oferecidos pela cidade, em especial, os relacionados à saúde. Este último aspecto foi utilizado principalmente para entrevistadas que são estudantes e que residem no referido município temporariamente, uma vez que o mesmo possui várias universidades, resultando em que inúmeras mulheres que se enquadram nos critérios de inclusão desta pesquisa morem em Uberaba por um período específico e utilizem os serviços de saúde prestados.

Diante disso, a população selecionada para a presente pesquisa constituiu-se por mulheres trabalhadoras, participantes do ISA – MULHER, o que correspondeu a um total de 579 mulheres.

4.5.1 Definição da população de estudo

A população feminina que compôs esta amostra foi escolhida com base nos dados do Censo do ano 2010 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Para a seleção desta população, foi analisada uma amostragem probabilística em múltiplos estágios. No primeiro estágio, selecionaram-se aleatoriamente 24 dos 36 bairros, sendo respeitada a proporcionalidade populacional de cada distrito em relação à quantidade de bairros (ISA – MULHER, 2013).

No segundo estágio, dentro de cada bairro previamente sorteado, selecionaram-se de forma aleatória 25% dos setores censitários e novamente foi mantido o respeito da proporcionalidade populacional de cada bairro, em termos de quantidade de setores censitários. Dentro do setor censitário previamente sorteado, os domicílios foram selecionados de forma sistemática, a partir do intervalo amostral, o qual consiste em dividir a quantidade de domicílios existentes no referido setor censitário pela quantidade de mulheres que deveriam ser entrevistadas. No Anexo A, as tabelas trazem a relação da quantidade e distribuição dos domicílios selecionados para o estudo (ISA – MULHER, 2013).

Dentro de cada bairro selecionou-se o setor censitário e este ocorreu através de sorteio aleatório no primeiro domicílio visitado, os outros foram considerados de IA a IA (Intervalo de Amostragem), ou seja, de 32 em 32 domicílios (ISA – MULHER, 2013).

4.6 COLETA DE DADOS

A coleta dos dados ocorreu no domicílio das mulheres, no período de fevereiro a outubro de 2014, após a aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM) Anexo B.

Essa coleta foi realizada conforme o Intervalo Amostral (IA) descrito previamente. O preenchimento dos instrumentos utilizados esteve sob a responsabilidade das entrevistadoras. A princípio a mesma ocorria em uma única visita à entrevistada, mas de acordo com as necessidades tanto da entrevistadora

quanto da entrevistada poderiam ser agendados outros encontros para o término do preenchimento do instrumento.

Todas as entrevistadoras eram do sexo feminino, passaram por um processo de seleção e depois receberam treinamento, onde foram abordadas desde questões éticas relacionadas à pesquisa até a simulação de uma entrevista. Neste período de capacitação, elas foram orientadas a como proceder para não interferir nas respostas.

É importante destacar que, ao longo da coleta de dados, foram realizadas reuniões entre professores responsáveis pelo projeto ISA-MULHER e entrevistadoras, para solucionar e orientar quanto a possíveis dificuldades encontradas. Entre estas houve as seguintes com suas respectivas soluções: Domicílio selecionado não possuía a presença de mulher na faixa de idade do estudo imediatamente a entrevistadora escolhia o domicílio posterior; Domicílio selecionado possuía mais de uma mulher com idade superior a 18 anos era realizado um sorteio aleatório entre estas, mantendo a proporção de cada bairro; Quando o domicílio selecionado possuía mulher com os critérios solicitados e esta não se encontrava o entrevistador se dirigia à casa posterior. Também ocorreu de a entrevistadora percorrer todo o bairro e ao final não ter atingido o número desejado da população, então ela retornava para o início do setor e se dirigia para a casa posterior da primeira casa selecionada na volta inicial e repetia todas as orientações até que o número estabelecido fosse atingido.

Com relação aos condomínios, tanto os formados por prédios como por casas, a entrevistadora se apresentava na portaria e após a identificação solicitava a presença do síndico ou zelador. Eram então concedidas explicações sobre o funcionamento do projeto e apresentada a cópia do Parecer do Comitê de Ética. Após as devidas explicações e autorizada a entrada no condomínio, era solicitada a quantidade de casas ou apartamentos e assim a entrevistadora construía um roteiro e dava continuidade aos procedimentos, semelhante ao de casas horizontais.

Após a coleta de dados, as entrevistas foram revisadas pela bolsista de apoio técnico do projeto ISA-MULHER e caso fosse detectado o preenchimento incorreto ou com dados incompletos, a entrevistadora era orientada a retornar ao domicílio da mulher participante e obter os dados de forma adequada. Além deste procedimento,

uma das coordenadoras do projeto sorteava com a bolsista de apoio técnico alguns instrumentos e ligava para entrevistada, confirmando a realização da entrevista e a consistência de alguns dados.

4.6.1 Instrumentos da coleta de dados

4.6.1.1 Perfil sociodemográfico

A caracterização sociodemográfica e epidemiológica ocorreu por meio de um questionário formulado pelos pesquisadores do grupo ISA – MULHER, 2014, sendo consideradas as características da população estudada, no Apêndice B. Para complementar a caracterização, foi utilizado o item quatro do questionário Índice de Capacidade para o Trabalho (ICT), o qual é composto por 51 doenças, tendo sido acrescentadas mais seis que foram considerados complementares, sendo estes identificados por meio de um asterisco, no Apêndice C.

As variáveis abordadas neste instrumento correspondiam: a data de nascimento, estado civil, anos de estudo, cor da pele, religião e/ou doutrina, renda familiar mensal, número de pessoas que residem no domicílio, número de pessoas que contribuem com a renda familiar, se é chefe da família, dados sobre o uso de medicamentos e tabagismo, presença de enfermidades e as variáveis complementares ao instrumento referido.

Portanto para esta pesquisa foram utilizadas as variáveis a seguir:

- Idade (em anos), estado conjugal (solteiro, em união, separada e viúva), escolaridade (sem escolaridade, 1 a 4 anos, 5 a 8 anos, 8 a 12 anos e 12 ou mais), cor da pele (branca, parda, preta, amarela, vermelha e outra), religião/doutrina (católica, evangélica, espírita, ateu e outra), chefe da família (não e sim), lesões ou doenças (não tem, sim, com diagnóstico médico e, na minha opinião, sim), tabagismo (não, sim e ex-tabagista), medicamentos (não e sim).

4.6.1.2 *Caracterização ocupacional*

Assim como no item anterior, a construção do questionário de descrição das características ocupacionais foi elaborado pelos pesquisadores do grupo ISA – MULHER, 2014, sempre embasado nas peculiaridades apresentadas pela população da pesquisa, no Apêndice D.

A entrevistada tinha a possibilidade de responder a este questionário separadamente para cada atividade laboral, caso possuísse mais de um vínculo empregatício. Mas neste estudo utilizaram-se as informações referentes apenas de um emprego, sendo considerado o primeiro trabalho relatado pela mulher. Faz-se necessário destacar que apesar de 163 mulheres declararem possuir mais de um vínculo empregatício, no entanto menos de trinta delas optaram por responder as informações referentes aos dois vínculos empregatícios e somente uma respondeu sobre as três ocupações.

Para este estudo, foram selecionadas as seguintes variáveis deste item:

- Renda mensal individual (Até 724, 725 a 999, 1.000 a 1.499, 1.500 a 1.999, 2.000 a 2.999, 3.000 ou mais e não responderam), número de trabalhos (1trabalho, 2 trabalhos, 3 trabalhos e mais de 3 trabalhos), tipo de vínculo empregatício (com registro em carteira ou funcionário público, autônomo com recolhimento previdenciário e autônomo sem recolhimento previdenciário), profissão (descrição das mais predominantes), quantos anos trabalha nesse serviço, número de horas/dia trabalhadas (4 horas, 6 horas, 8 horas e 12 horas), números de folgas semanais (1 dia, 2 dias, 3 dias e mais de 3 dias), pausa para descanso (não e sim), metas para cumprir (não e sim), afastou do trabalho por menos de 15 dias (não e sim), afastou do trabalho por mais de 15 dias (não e sim), bom relacionamento com colegas de trabalho (não e sim), bom relacionamento com chefe imediato (não e sim).

4.6.1.3 *Capacidade para o trabalho*

A capacidade para o trabalho foi mensurada por meio do Índice de Capacidade para o Trabalho (ICT) que é um instrumento desenvolvido no Instituto

Finlandês de Saúde Ocupacional (FIOH), na década de 1980 (TUOMI, et al., 2010). Ele tem como intuito avaliar a capacidade de trabalho em relação à idade do trabalhador e, conseqüentemente, promover a capacidade para o trabalho que se refletirá de forma direta na qualidade do trabalho, na qualidade de vida e bem-estar do trabalhador (DA SILVA JUNIOR et al., 2011).

Este instrumento foi validado e adaptado para o Brasil por um grupo de pesquisadores da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo em parceria com membros de outras universidades e de instituições pública e privada do Brasil, no final da década de 1990 (TUOMI et al., 2010). Durante esse período de validação, foram realizadas algumas modificações no texto do instrumento para o melhor entendimento das questões. Martinez et al. (2009) descrevem que este instrumento pode ser autoaplicável desde que o sujeito tenha escolaridade mínima de quarta série do ensino fundamental. Nesta pesquisa optou-se por não utilizá-lo no formato descrito, pois a princípio não se conhecia a escolaridade da população feminina trabalhadora.

O ICT (Anexo C) é um instrumento que proporciona a avaliação da capacidade para o trabalho pela percepção do trabalhador, fornecendo um escore que varia de 7 a 49 pontos. Segundo Tuomi et al. (2010), estes pontos são alcançados a partir de dez questões que estão inseridas em sete dimensões:

- Capacidade para o trabalho atual e comparada com a melhor de toda a vida – escore de 0 a 10 pontos;
- Capacidade para o trabalho em relação às exigências do trabalho – avaliado através de duas questões com escore de 2 a 10 pontos;
- Número atual de lesões ou doenças autorreferidas e diagnosticadas por médicos – possui uma lista com 51 doenças e o escore varia de 1 a 7 pontos;
- Perda estimada para o trabalho devido a doenças – escore varia de 1 a 6 pontos;
- Faltas ao trabalho por doenças – escore de 1 a 5 pontos;
- Prognóstico próprio sobre a capacidade para o trabalho – pontuação 1, 4 ou 7 pontos;
- Recursos mentais – escore de 1 a 4 pontos.

Tuomi et al. (2010) ainda descrevem uma classificação da pontuação. A pontuação de 7 a 27 pontos indica baixa capacidade para o trabalho e a necessidade de medidas para restaurar a capacidade para o trabalho; pontuação entre 28 e 36 indica capacidade para o trabalho moderada e medida para melhorá-la é recomendada; pontuação entre 37 e 43 indica uma boa capacidade para o trabalho, em que deverão ser adotadas medidas para apoiar essa capacidade, e pontuação entre 44 e 49 indica ótima capacidade para o trabalho e medidas com objetivo de manter essa capacidade já existente devem ser adotadas. Esses escores retratam o próprio conceito do trabalhador sobre sua capacidade para o trabalho.

Para calcular a pontuação deste instrumento, o presente estudo seguiu as recomendações do manual de Tuomi et al. (2010), onde descrevem sobre a necessidade do preenchimento completo do ICT para se obter o escore final. Diante disso, foram excluídos os questionário com preenchimento incompleto.

4.6.1.4 Qualidade de vida

Para a avaliação da qualidade de vida, utilizou-se o questionário WHOQOL – bref (Anexo D). Este instrumento foi desenvolvido pelo Grupo de Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde (OMS) de forma reduzida, para que possa ser preenchido em pouco tempo, mas preservando as características psicométricas satisfatórias e preconizadas pela equipe OMS (FLECK et al., 2000).

É composto por quatro domínios: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente (FLECK et al., 2000). As respostas encontram-se em uma escala do tipo Likert nos aspectos: intensidade, capacidade, frequência e avaliação relacionadas aos domínios (CONCEIÇÃO et al., 2012). Assim sendo, os escores mais altos indicam melhor qualidade de vida (FLECK et al., 2000).

Este instrumento foi elaborado para a avaliação da qualidade de vida sob o ponto de vista internacional, o qual foi traduzido para 50 idiomas e utilizou-se em 51 países (CONCEIÇÃO et al., 2012). No Brasil, o WHOQOL – bref foi validado por Fleck et al. (2000) na Universidade Federal do Rio Grande do Sul e demonstrou características adequadas de consistência interna, validade e fidedignidade teste-reteste. Portanto ele associa o bom aspecto psicométrico à facilidade da utilização,

tornando-se um excelente material para se usar em estudos que abordam qualidade de vida no Brasil.

4.7 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

Inicialmente os dados foram armazenados no programa EpiData versão 3.1, sendo que a digitação dos mesmos foi realizada por meio de dupla entrada. Posteriormente a dupla entrada foi transferida para uma planilha do programa Microsoft Office 2007 Excel®, onde se realizaram a validação e a consistência dos dados. Em situações de discrepância das informações, a pesquisadora retomou o caderno de entrevista original para as devidas correções.

O banco de dados foi importado para o programa *Statiscal Package for Social Sciencies* (SPSS) versão IBM 20.0, onde ocorreu a análise estatística dos dados.

Na análise do primeiro objetivo para as variáveis categóricas, utilizaram-se frequências absolutas e percentuais e para as numéricas empregaram-se a média, mediana, o desvio-padrão, mínimo e máximo.

O segundo objetivo foi calculado, conforme o escore do instrumento. Também foram usadas medidas de tendência central e variabilidade.

Em relação aos objetivos três e cinco, utilizou-se a análise univariada por meio das medidas de tendência central e variabilidade como média, mediana, mínimo e máximo. Posteriormente realizou-se a análise bivariada, onde se empregaram o Teste t de Student e a correlação de Pearson (r). Para finalizar, foi feita a regressão linear múltipla.

No objetivo quatro para o cálculo de cada domínio da Qualidade de vida por meio do WHOQOL-Bref, foi utilizada sua sintaxe (Anexo E) computadorizada que permitiu a análise isolada dos mesmos. O escore varia de zero a cem, na qual a maior pontuação corresponde à melhor Qualidade de vida. As medidas de consistência interna foram empregadas, por meio do coeficiente alfa de Cronbach.

4.8 ASPECTOS ÉTICOS

A referida pesquisa foi orientada conforme a Resolução Nº 466, de 12 de Dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde no Brasil que dispõe sobre a realização de pesquisas envolvendo seres humanos (BRASIL, 2000). O projeto foi submetido à apreciação e foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM) – protocolo Nº 1826 (Anexo B).

As mulheres participantes do estudo foram abordadas em seus domicílios, na qual eram realizadas as devidas explicações sobre os objetivos e informações sobre o projeto e então elas eram convidadas a participar da pesquisa. Posteriormente ocorria a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice A) em duas vias, sendo que uma cópia deste era cedida à entrevistada e a outra foi arquivada junto à documentação da referida pesquisa, onde será mantida por cinco anos, de acordo com as orientações éticas.

É necessário ressaltar que as entrevistas foram feitas de forma individualizada, preservando as informações dadas pelas entrevistadas. Os dados obtidos foram e serão utilizados exclusivamente para o desenvolvimento e análise da pesquisa, bem como para posterior publicação em artigos científicos e apresentação em congressos e eventos afins, na forma consolidada e sem nenhuma possibilidade de identificação pessoal das entrevistadas.

5 RESULTADOS

5.1 PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E OCUPACIONAL DAS MULHERES TRABALHADORAS, UBERABA – MG

A amostra deste estudo foi composta por 579 mulheres trabalhadoras residentes em Uberaba (MG), sendo representativa da cidade.

A média da idade das participantes foi de $43,34 \pm 13,87$ anos e variou entre 18 e 82 anos. Em relação à situação conjugal, houve predomínio das mulheres com companheiro (53,40%) comparadas às sem companheiro (46,50%). O primeiro item engloba as mulheres casadas e as que vivem com parceiros, e o segundo abrange mulheres solteiras, separadas e viúvas (Tabela 4).

Houve a prevalência de mulheres com 9 a 12 anos de escolaridade (34,50%), da cor branca (51,30%), que se declaram católicas (54,10%), não tabagistas (80,50%), sendo que esta variável contempla as mulheres não fumantes (71,3%) e as ex-fumantes (9,2%). A maioria das trabalhadoras utiliza medicações (60,10%) e não se considera chefe de família (55,40%) (Tabela 4).

Em relação à atividade laboral, foram encontradas mais de quinze profissões, sendo as mais predominantes, em ordem decrescente: vendedora (46 – 6,3%), empregada doméstica (37 – 5,1%), costureira (32 – 4,4%), diarista e professora com a mesma quantidade de trabalhadoras (30 – 4,1%), cozinheira e cuidadora (16 – 2,2%), cabeleireira (15 – 2,0%), serviços gerais (13 – 1,8%), e outras.

As características profissionais das mulheres economicamente ativas estão descritas na Tabela 5. Encontrou-se que a renda individual mensal mais prevalente foi de até 724,00 reais (38%), tinham apenas um emprego (68,70%), com o vínculo empregatício registrado em carteira profissional ou funcionária pública (49,10%), o tempo em que trabalha nesse serviço predominante foi de 49 ou mais meses, ou seja, mais de 4 anos trabalhando (51,30%), com 8 horas diárias dedicadas ao trabalho (40,80%).

Complementado o perfil ocupacional, observou-se que a maioria das participantes tinham 2 dias de folga durante a semana (47%), elas realizam pausa para descanso durante a atividade laboral (58,90%), não possuem metas para

cumprir dentro do trabalho (64,10%), têm um bom relacionamento com colegas de serviço (78,40%) e com a chefia imediata (79,40%).

TABELA 4 – Caracterização sociodemográfica das mulheres economicamente ativas (n= 579). Uberaba (MG), 2014.

Variáveis sociodemográficas		N	%
N= 579			
Estado conjugal	Com companheiro	309	53,40
	Sem companheiro	269	46,50
	Não responderam	1	0,20
Anos de Estudo	Sem escolaridade	6	1,00
	1 a 4 anos	71	12,30
	5 a 8 anos	125	21,60
	9 a 12 anos	200	34,50
	12 ou mais	147	25,40
	Não responderam	30	5,20
	Cor da Pele	Branca	297
Parda		189	32,60
Preta		75	13,00
Amarela		9	1,60
Vermelha		2	0,30
Outra		4	0,70
Não responderam		3	0,50
Religião/Doutrina	Católica	313	54,10
	Evangélica	100	17,30
	Espírita	122	21,10
	Ateu	10	1,70
	Outra	28	4,80
	Não responderam	6	1,00
Tabagismo	Sim	110	19,00
	Não	466	80,50
	Não responderam	3,00	0,50
Medicamentos	Sim	348	60,10
	Não	228	39,40
	Não responderam	3,00	0,50
Chefe da Família	Sim	242	41,80
	Não	321	55,40
	Não responderam	16	2,80
TOTAL		579	100,00

Fonte: Dados coletados pela autora (2014).

TABELA 5 – Caracterização ocupacional das mulheres economicamente ativas.
Uberaba (MG), 2014.

Variáveis ocupacionais		N	%
N= 579			
Renda Mensal Individual (Valor bruto em reais)	Até 724	220	38,00
	725 a 999	86	14,90
	1.000 a 1.999	158	27,30
	2.000 a 2.999	52	9,00
	3.000 ou mais	37	6,40
	Não responderam	26	4,50
Número de vínculo empregatício	Um	398	68,70
	Dois	56	9,70
	Três ou mais	107	18,50
	Não responderam	18	3,10
Vínculo de trabalho	Com registro em carteira ou funcionário público	284	49,10
	Autônomo com recolhimento previdenciário	89	15,40
	Autônomo sem recolhimento previdenciário	181	31,30
	Não responderam	25	4,30
Tempo de trabalho nesse serviço (Em meses)	Até 12 meses	119	20,60
	13 a 24 meses	77	13,30
	25 a 48 meses	63	10,90
	49 ou mais meses	297	51,30
	Não responderam	23	4,00
Horas de trabalho por dia	4 hs	85	14,70
	6 hs	159	27,50
	8 hs	236	40,80
	12 hs	62	10,70
	Não responderam	37	6,40
Número de folgas por semana	1 dia	174	30,10
	2 dias	272	47,00
	3 dias	45	7,80
	Mais de 3 dias	44	7,60
	Não responderam	44	7,60
Realiza pausa para descanso	Sim	341	58,90
	Não	218	37,70
	Não responderam	20	3,50
Cumpre metas	Sim	185	32,00
	Não	371	64,10
	Não responderam	23	4,00
Possui bom relacionamento com colegas de trabalho	Sim	454	78,40
	Não	14	2,40
	Não responderam	111	19,20
Possui bom relacionamento com chefe imediato	Sim	460	79,40
	Não	20	3,50
	Não responderam	99	17,10

Fonte: Dados coletados pela autora (2014).

5.2 AVALIAÇÃO DA CAPACIDADE PARA O TRABALHO

5.2.1 Análise do preenchimento do instrumento ICT

A capacidade para o trabalho das mulheres trabalhadoras de Uberaba (MG) foi analisada por meio das dimensões do instrumento Índice de Capacidade para o Trabalho – ICT.

De acordo com Tuomi et al. (2010), para se calcular o ICT é necessário que todas as questões estejam respondidas. Diante disso foram excluídas 123 (23%) mulheres, as quais apresentaram o preenchimento incompleto do questionário, esta situação ocorreu, pois as mulheres se recusaram a responder. Portanto, a amostra inicial que era de 579 passou a ser de 466 mulheres trabalhadoras.

A comparação entre os grupos das mulheres trabalhadoras que preencheram e não preencheram completamente o ICT podem ser vistas na Tabela 6.

TABELA 6 – Análise comparativa entre os grupos das mulheres trabalhadoras que preencheram e não preencheram completamente o ICT, segundo características sociodemográficas, ocupacionais e lesões ou doenças autorreferidas, Uberaba – MG, 2014.

Variável	Preenchimento completo	N	Média	s	p*
Idade	Sim	441	42,70	13,74	0,04**
	Não	132	45,47	14,12	
Renda Mensal Individual (R\$)	Sim	438	1.225,85	1.150,35	0,85*
	Não	115	1.249,09	1.527,97	
Tempo de trabalho nesse serviço (meses)	Sim	439	118,56	146,82	0,31*
	Não	117	136,38	235,12	
Nº de lesões ou doenças autorreferidas	Sim	446	3,11	2,89	0,64*
	Não	133	3,27	3,66	

s Desvio-padrão

p* Teste t de Student

** Estatisticamente significativo, considerando $p \leq 0,05$.

Fonte: Dados coletados pela autora (2014).

5.2.2 Análise descritiva do Índice de Capacidade para o Trabalho

Os resultados obtidos evidenciam que a média dos pontos obtidos pelas mulheres trabalhadoras foi de 39,17 \pm 6,11 pontos, variando de 18,00 a 49,00 pontos e tendo como valor a mediana 40,00.

Dentre os resultados também destaca-se que 21,20% das mulheres atingiram no ICT pontuação de 44 a 49 pontos, sendo considerada como ótima capacidade para o trabalho (Tabela 7).

TABELA 7 – Distribuição da frequência para a classificação do escore total do Índice de Capacidade para o Trabalho em mulheres trabalhadoras de Uberaba – MG, 2014.

Classificação	Índice de Capacidade para o Trabalho	
	N	%
Baixa (7 - 27 Pontos)	24	4,10
Moderada (28 - 36 Pontos)	112	19,30
Boa (37 - 43 Pontos)	187	32,30
Ótima (44 - 49 Pontos)	123	21,20
Total	446	77,00

Fonte: Dados coletados pela autora (2014).

O instrumento ICT é composto por sete dimensões que estão distribuídas em dez questões, significando que, em alguns itens, há a presença de mais de uma questão. Estes itens seriam o dois e o sete que são compostos por duas e três questões respectivamente (Martinez et al., 2010). Os resultados encontrados para cada questão são apresentados na Tabela 8, por meio da média, mediana, mínimo e desvio-padrão. Também se observam algumas particularidades de cada quesito que são descritas a seguir:

1. Capacidade atual para o trabalho comparada com o melhor de toda a vida: 154 (34,5%) trabalhadoras consideram a sua capacidade atual para o trabalho equivalente a 10 pontos dentro da escala de 0 a 10;
2. Capacidade para o trabalho em relação às exigências do trabalho: 303 (68,1%) mulheres trabalhadoras obtiveram as três maiores pontuações deste item;
3. Número atual de lesões ou doenças diagnosticadas por médico: 83 (14,3%) relataram ausência de doença e atingiram a pontuação máxima de 7 pontos e 111 (19,2%) mulheres desta amostra descreveram a presença de cinco ou mais doenças, recebendo a pontuação mínima de 1 ponto;
4. Perdas estimadas para o trabalho por causa de doença: 280 (48,4%) mulheres disseram que não possuem impedimentos para realizar sua atividade laboral ou não têm doenças;
5. Faltas ao trabalho por doenças no último ano: 295 (66,1%) participantes da pesquisa informaram que não se afastaram nenhum dia do trabalho nos últimos doze meses;
6. Prognóstico próprio da capacidade para o trabalho daqui a 2 anos: 321 (72,0%) mulheres declaram-se não estar muito certas se serão capazes de daqui dois anos fazer o seu trabalho atual;
7. Recursos mentais: 254 (43,9%) das participantes obtiveram a maior pontuação desta dimensão que equivale a 4 pontos.

TABELA 8 – Medidas de tendência central e variabilidade dos domínios do Índice de Capacidade para o Trabalho, aplicado nas mulheres trabalhadoras de Uberaba – MG, 2014.

Domínios	Média	Mediana	Mínimo	Máximo	Desvio-Padrão
1. Capacidade atual para o trabalho comparada com o melhor de toda a vida	8,56	9,00	0,00	10,00	1,58
2. Capacidade para o trabalho em relação às exigências do trabalho	7,95	8,00	2,00	10,00	1,61
3. Número atual diagnosticado por médico	3,61	4,00	1,00	7,00	2,13
4. Perdas estimadas para o trabalho por causa de doença	5,32	6,00	1,00	6,00	1,13
5. Faltas ao trabalho por doenças no último ano	4,47	5,00	1,00	5,00	0,87
6. Prognóstico próprio da capacidade para o trabalho daqui a 2 anos	5,87	7,00	1,00	7,00	1,96
7. Recursos mentais	3,40	4,00	1,00	4,00	0,80

Fonte: Dados coletados pela autora (2014).

5.2.2.1 Lesões ou doenças Prevalentes no ICT

Na Tabela 9 encontram-se as dez principais lesões ou doenças encontradas nas respostas a este item do ICT, sendo que estas são autorreferidas. Embora o instrumento permita a classificação pelas mulheres como: com diagnóstico médico ou na opinião própria, aqui foram utilizados os dados somente das diagnosticadas pelo médico, segundo relatos das entrevistadas. As disfunções que predominaram foram relacionadas ao sistema respiratório, distúrbio emocional e do sistema cardíaco. Também foram observadas entre as dez disfunções prevalentes a presença de disfunção musculoesquelética, neurológica e gastrointestinal (Tabela 9).

TABELA 9 – Distribuição das lesões ou doenças prevalentes autorreferidas pelas mulheres trabalhadoras de Uberaba – MG, 2014.

Doenças	Com diagnóstico médico		Opinião própria		Não tem	
	n	%	n	%	n	%
Sinusite	111	19,20	24	4,10	443	76,50
Distúrbio emocional leve	111	19,20	82	14,20	381	65,8
Hipertensão arterial	110	19,00	8	1,40	459	79,30
Doença da partes inferior das costas com dores frequentes	83	14,30	44	7,60	449	77,50
Lesões nas costas	71	12,30	39	6,70	466	80,50
Gastrite ou irritação no intestino	67	11,60	32	5,50	479	82,70
Doença neurológica (acidente vascular cerebral ou "derrame", neuralgia, enxaqueca, epilepsia)	66	11,40	32	5,50	479	82,70
Lesão nos braços / mãos	64	11,10	25	4,30	487	84,10
Doença da parte superior das costas ou região do pescoço com dores frequentes	64	11,10	37	6,40	475	82,00
Dor nas costas que irradia para a perna (ciática)	63	10,90	36	6,20	474	81,90

Fonte: Dados coletados pela autora (2014).

5.2.3 Análise das correlações entre as características sociodemográficas e ocupacionais com a capacidade para o trabalho

5.2.3.1 Características sociodemográficas

Na Tabela 10, verificou-se que, para as variáveis faixa etária, ter companheiro, tabagismo e os escores do ICT, foi constatado que não houve diferenças estatisticamente significativas entre as médias. De fato pode-se perceber que as médias foram diferentes apenas para as variáveis chefe de família e uso de medicamentos, sendo estatisticamente significativas ($p= 0,002$ e $p < 0,001$ respectivamente).

TABELA 10 – Distribuição dos escores médios dos ICT das mulheres trabalhadoras, segundo: Faixa etária, ter companheiro, chefe de família, tabagismo e uso de medicação, Uberaba – MG, 2014.

Variáveis	Índice de Capacidade para o Trabalho (ICT)			
	N	Média	s	p
Faixa etária				
60 anos ou mais	54	38,57	6,03	0,43*
Até 60 anos	387	39,26	6,14	
Não responderam	5			
Tem companheiro				
Sim	239	39,11	6,13	0,82*
Não	206	39,24	6,11	
Não responderam	1			
Chefe de família				
Sim	188	38,07	6,58	0,002**
Não	249	39,96	5,68	
Não responderam	9			
Tabagismo				
Sim	88	38,87	6,43	0,55*
Não	355	39,30	5,97	
Não responderam	3			
Usa medicamentos				
Sim	272	38,17	6,29	< 0,001 **
Não	172	40,73	5,49	
Não responderam	2			

s Desvio-padrão

p* Teste t de Student

** Estatisticamente significativo, considerando $p \leq 0,05$.

Fonte: Dados coletados pela autora (2014).

As correlações de Pearson foram interpretadas conforme as orientações de Cohen (1988), onde os valores de $0 \leq |r| < 0,3$ indicam correlação fraca, valores $0,3 \leq |r| < 0,5$ referem a correlação moderada e os valores de $0,5 \leq |r| \leq 1,0$ são atribuídos para as correlações fortes entre as variáveis.

Assim observa-se, na Tabela 11, que a idade apresentou correlação fraca e negativa com o ICT, indicando que quanto maior a idade, maior é o comprometimento da capacidade para o trabalho. A renda mensal individual apresentou correlação fraca e positiva com o ICT, indicando que quanto maior a renda melhor é a capacidade para o trabalho.

TABELA 11 – Correlação entre os escores médios do ICT e idade, anos de estudo e renda mensal das mulheres trabalhadoras, Uberaba – MG, 2014.

Variáveis	Índice de Capacidade para o Trabalho	
	r	p*
Idade	-0,11	0,01**
Anos de estudo	0,03	0,42
Renda Mensal Individual	0,18	< 0,001**

r Correlação de Pearson

** Estatisticamente significativo, considerando $p \leq 0,05$.

Fonte: Dados coletados pela autora (2014).

5.2.3.2 Características ocupacionais

A análise dos dados ocupacionais (Tabela 12), o uso de Equipamento de Proteção Individual (EPI), a realização da ginástica laboral, a pausa para descanso, o relacionamento com colegas de trabalho, as metas, bom relacionamento com colegas e chefe e os escores do ICT demonstraram que não houve diferenças estatisticamente significativas entre as médias ($p = 0,76$; $p = 0,73$; $p = 0,50$; $p = 0,10$; $p = 0,12$; $p = 0,10$; $p = 0,10$).

Em contrapartida os itens licença menos de 15 dias e licença mais de 15 dias imediato apresentaram médias diferentes e estatisticamente significativas para um nível de significância $\alpha = 0,05$ ($<0,001$; $<0,001$).

TABELA 12 – Distribuição dos escores médios dos ICTs das mulheres trabalhadoras, segundo as variáveis ocupacionais Uberaba – MG, 2014.

Variáveis	N	ICT		
		Média	s	p
Horas/Dia trabalhadas				
6 horas ou mais	241	39,14	6,31	0,70
Até 6 horas	185	39,37	5,66	
Não responderam	20			
Uso de EPI				
Sim	104	39,31	6,11	0,76
Não	338	39,11	6,14	
Não responderam	4			
Realiza ginástica laboral				
Sim	18	39,66	6,17	0,73
Não	422	39,17	6,12	
Não responderam	6			
Pausa para descanso				
Sim	270	39,34	5,93	0,50
Não	171	38,93	6,45	
Não responderam	5			
Metas				
Sim	143	38,11	6,62	0,12
Não	297	39,75	5,78	
Não responderam	6			
Licença menos de 15 dias				
Sim	105	37,39	5,98	<0,001**
Não	333	39,75	5,99	
Não responderam	8			
Licença mais de 15 dias				
Sim	103	36,72	6,66	<0,001**
Não	329	39,85	5,80	
Não responderam	14			
Relacionamento com colegas de trabalho				
Sim	366	39,36	5,97	0,10
Não	10	34,00	8,54	
Não responderam	70			
Relacionamento com chefe imediato				
Sim	368	39,38	5,94	0,10
Não	16	32,93	8,66	
Não responderam	62			

s Desvio-padrão

p* Teste t de Student

** Estatisticamente significativo ($p < 0,05$)

Fonte: Dados coletados pela autora (2014).

Na Tabela 13, são demonstradas que as correlações do ICT, com o número de vínculos e tempo de serviço não foram significativas.

TABELA 13 – Correlação entre os escores médios do ICT, número de vínculos e tempo de serviço das mulheres trabalhadoras, Uberaba – MG, 2014.

Variáveis	ICT	
	r	p*
Número de vínculos	- 0,07	0,10
Tempo de serviço	- 0,05	0,21

r Correlação de Pearson

p* Teste t de Student

** Estatisticamente significativo, considerando $p \leq 0,05$.

Fonte: Dados coletados pela autora (2014).

5.2.4 Análise de regressão linear múltipla para o ICT

Nesta análise o desfecho é o escore total do Índice de Capacidade para o Trabalho e tem como preditores a idade, anos de estudo, renda mensal (R\$), tabagismo, bom relacionamento com colegas, bom relacionamento com chefe imediato e tempo de serviço (em meses) (Tabela 14).

Diante disso, verifica-se que os preditores estatisticamente significativos para o ICT, por ordem de importância de sua contribuição (ordem decrescente dos coeficientes de regressão, β , padronizados), foram: renda mensal (R\$) ($\beta = 0,21$, $p = < 0,001$), bom relacionamento com o chefe ($\beta = - 0,18$, $p = < 0,001$) e idade ($\beta = - 0,11$, $p = 0,03$). Portanto, quanto maior a renda das mulheres melhor o ICT; uma relação ruim com o chefe impacta negativamente sobre a capacidade para o trabalho; assim como, quanto mais idade pior o ICT. É preciso lembrar que estes preditores foram estatisticamente significantes, ajustando para as demais variáveis presentes na regressão linear múltipla (Tabela 14).

TABELA 14 – Análise linear múltipla para o Índice de Capacidade para o Trabalho (desfecho) tendo como preditores idade, anos de estudo, renda mensal individual (R\$), tabagismo, bom relacionamento com colegas, bom relacionamento com chefe imediato e tempo de serviço (meses). Uberaba – MG, 2014.

Variáveis	Índice de Capacidade para o Trabalho		
	B	β	p
Idade	-0,05	-0,11	-0,03**
Anos de estudo	-0,09	-0,07	0,17
Renda mensal individual (R\$)	< 0,001	0,21	< 0,001**
Tabagismo	-0,37	-0,02	0,62
Bom relacionamento com colegas	-1,48	-0,04	0,46
Bom relacionamento com o chefe	-5,60	-0,18	0,001**
Tempo de serviço	-0,002	-0,04	0,37

**Estatisticamente significativo, considerando $p \leq 0,05$.

Fonte: Dados coletados pela autora (2014).

5.3 AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA

A Tabela 15 proporciona observar que a população feminina trabalhadora que atingiu menor escore nos domínios do WHOQOL-bref alcançou 4,17 pontos e a que conseguiu maior pontuação obteve 100 pontos, sendo que quanto maior a pontuação adquirida, menor é o impacto negativo dos domínios da qualidade de vida.

TABELA 15 – Medidas de tendência central, de variabilidade e consistência interna para os domínios de qualidade de vida. Uberaba-MG, 2014.

Domínios N= 4	Média	Mediana	Mínimo	Máximo	Desvio- Padrão	Coefficiente α de Cronbach
Físico	71,04	75,00	10,71	100	17,76	0,82
Psicológico	69,10	70,84	4,17	100	15,60	0,72
Meio Ambiente	60,66	62,50	18,75	100	14,40	0,60
Relações Sociais	72,87	75,00	8,33	100	15,85	0,71

Fonte: Dados coletados pela autora (2014).

Em relação à média dos domínios, pode-se constatar que o domínio que apresentou a melhor média foi o das Relações Sociais com 72,87 pontos. Este domínio aborda as facetas relacionadas às relações pessoais, ao suporte social e à atividade sexual (FLECK et al., 2000). Dentro deste domínio a questão que

apresentou maior pontuação foi a q22 que se refere ao apoio recebido pelos amigos, onde 137 (29,70%) mulheres apresentaram a melhor resposta da escala. Em contrapartida, a questão deste domínio que apresentou pior escore foi a q21, na qual 19 (3,3%) descreveram estar muito insatisfeitas com a atividade sexual.

Por outro lado, o domínio que resultou em menor média foi o Meio Ambiente com 60,66 pontos. Neste item estão inseridas questões ligadas à segurança, ao clima, aos transportes, às oportunidades de obtenção de novos conhecimentos e de lazer e aos recursos financeiros (FLECK et al., 2000). O item que demonstrou melhor pontuação foi a qv23 que interroga sobre a satisfação das condições do local onde mora, na qual 139 (24,0%) deram a melhor resposta. A q24 que aborda a satisfação com o acesso aos serviços de saúde foi a que obteve pior resposta 68 (11,7%).

Diante disso, ressalta-se que, no geral, a QV das mulheres trabalhadoras de Uberaba-MG encontra-se relativamente bem, com exceção de algumas que conseguiram valores baixos, podendo expressar problemas pontuais que necessitam de uma melhor averiguação.

Outro aspecto que a Tabela 15 traz é a consistência interna dos domínios do instrumento WHOQOL-bref e esta foi avaliada por meio do coeficiente de fidedignidade α de Cronbach. Os valores encontrados foram maiores que 0,60, e isto indica a boa consistência interna do WHOQOL-bref na população pesquisada.

5.3.1 Análise das correlações entre as características sociodemográficas e ocupacionais com a qualidade de vida

5.3.1.1 Características sociodemográficas e uso de medicamentos

A Tabela 16 demonstra as médias de cada domínio do WHOQOL-bref para as seguintes variáveis: ter companheiro, ser chefe de família, tabagismo e uso de medicamentos. No domínio de Relações Sociais, não houve diferenças estatisticamente significativas entre as médias para nenhuma variável analisada, enquanto que para o Domínio Físico obteve resultado significativo para a variável chefe de família ($p < 0,05$) e uso de medicamentos ($p < 0,001$); o Domínio Psicológico

– variáveis tabagismo (p: 0,008) e uso de medicamentos (p: 0,01) e Domínio Ambiental – com a variável tabagismo (p: 0,003).

TABELA 16 – Distribuição dos escores médios dos domínios da Qualidade de Vida das mulheres trabalhadoras, segundo as variáveis sociodemográficas: ter companheiro, ser chefe de família, tabagismo e uso de medicação, Uberaba – MG, 2014.

Variáveis	Domínio Físico				Domínio Psicológico				Domínio Relações Sociais				Domínio Ambiental			
	N	Média	s	p	N	Média	s	p	N	Média	s	p	N	Média	s	p
Tem companheiro																
Sim	309	70,50	18,18	0,43*	309	69,41	16,40	0,63*	308	73,43	16,57	0,37*	308	60,67	14,1	0,95*
Não	267	71,65	17,28		267	68,78	14,70		269	72,24	15		268	60,61	14,77	
Chefe de Família																
Sim	240	69,52	18,41	0,05**	240	68,89	16,30	0,70*	241	71,81	15,61	0,12*	240	60,47	14,80	0,83*
Não	321	72,39	17,19		321	69,40	15,20		321	73,89	15,84		321	60,73	14,21	
Tabagismo																
Sim	109	69,26	19,22	0,25*	109	65,48	17,60	0,008**	110	71,28	17,87	0,30*	109	56,91	15,33	0,003**
Não	465	71,40	17,43		465	69,89	15,00		465	73,20	15,37		465	61,50	13,97	
Usa Medicamentos																
Sim	347	67,70	18,26	< 0,001**	347	67,93	16,20	0,01**	347	72,47	15,78	0,31*	347	59,94	14,40	0,12*
Não	227	76,08	15,70		227	71,10	14,40		228	73,83	15,47		227	61,82	14,30	

s:Desvio-padrão

p*Teste t de Student

**Estatisticamente significativo, considerando $p \leq 0,05$.

Fonte: Dados coletados pela autora (2014).

As correlações foram estatisticamente significativas e fracas para as variáveis idade e domínio Físico, número de lesões ou doenças e todos os domínios da QV, anos de estudo e renda mensal com os domínios Psicológico e Ambiental (Tabela 17).

TABELA 17– Correlação entre os escores médios dos domínios da Qualidade de Vida e idade, número de lesões ou doenças, anos de estudo e renda mensal das mulheres trabalhadoras, Uberaba – MG, 2014.

Variáveis	Domínio Físico		Domínio Psicológico		Domínio Relações Sociais		Domínio Ambiental	
	r	p*	r	p*	r	p*	r	p*
Idade	-0,13	< 0,001**	-0,01	0,78	0,01	0,69	0,05	0,23
Número de lesões ou doenças	-0,2	< 0,001**	-0,16	< 0,001**	-0,18	< 0,001**	-0,18	< 0,001**
Anos de estudo	0,05	0,17	0,15	< 0,001**	0,07	0,07	0,17	< 0,001**
Renda Mensal	0,06	0,13	0,19	< 0,001**	0,05	0,20	0,21	< 0,001**

r Correlação de Pearson

** Estatisticamente significativo, considerando $p \leq 0,05$.

Fonte:Dados coletados pela autora (2014).

5.3.1.2 Características ocupacionais

As análises entre as médias dos dados ocupacionais (pausa para descanso, metas, licença menos de 15 dias, licença mais de 15 dias, bom relacionamento com colegas de trabalho e bom relacionamento com chefe imediato) e os domínios da qualidade de vida são demonstradas nas Tabelas 18 e 19. Observa-se que, o domínio Relações Sociais, não apresentou diferença estatisticamente significativa com as variáveis analisadas.

Contraopondo essa situação, as médias dos seguintes itens encontraram-se estatisticamente significativas para nível de significância $\alpha = 0,005$: no domínio Físico para as variáveis licença menos de 15 dias ($p = 0,007$) e licença mais de 15 dias ($p = 0,005$); domínio Psicológico nas variáveis pausa para descanso ($p = 0,03$), bom relacionamento com os colegas ($p = 0,02$) e bom relacionamento com o chefe imediato ($p = 0,007$); e no domínio Ambiental é visto nas variáveis pausa para descanso ($p = 0,002$) e bom relacionamento com os colegas de trabalho ($p = 0,01$) (Tabelas 18 e 19).

Tabela 18 – Distribuição dos escores médios da Qualidade de Vida (Domínios Físico e Psicológico) das mulheres trabalhadoras, segundo as variáveis ocupacionais, Uberaba – MG, 2014.

Variáveis	Domínio Físico				Domínio Psicológico			
	N	Média	s	p	N	Média	s	p
Pausa para descanso								
Sim	339	72,22	17,39	0,09*	340	70,16	14,67	0,03**
Não	218	69,65	18,20		217	67,33	17,02	
Metas								
Sim	184	71,07	17,06	0,79*	184	69,22	16,76	0,97*
Não	370	71,48	17,95		370	69,18	15,13	
Licença menos de 15 dias								
Sim	130	67,53	19,02	0,007**	131	68,51	16,68	0,58*
Não	424	72,27	17,12		423	69,37	15,39	
Licença mais de 15 dias								
Sim	130	67,15	19,58	0,005**	130	67,4	18,53	0,17*
Não	414	72,54	16,9		414	69,83	14,62	
Relacionamento com colegas de trabalho (Bom)								
Sim	453	71,17	17,48	0,14*	454	69,20	15,64	0,02**
Não	14	64,28	13,06		14	59,52	16,45	
Relacionamento com chefe imediato (Bom)								
Sim	458	71,03	17,45	0,18*	459	69,27	15,44	0,007**
Não	20	65,71	16,32		20	59,58	18,97	

s Desvio-padrão

p*Teste t de Student

** Estatisticamente significativo, considerando $p \leq 0,05$.

Fonte: Dados coletados pela autora (2014).

Tabela 19 – Distribuição dos escores médios da Qualidade de Vida (Domínios Relações Sociais e Ambiental) das mulheres trabalhadoras, segundo as variáveis ocupacionais, Uberaba – MG, 2014.

Variáveis	Domínio Relações Sociais				Domínio Ambiental			
	N	Média	s	p	N	Média	s	p
Pausa para descanso								
Sim	341	73,70	15,34	0,18	340	62,25	14,22	0,002**
Não	217	71,88	16,72		217	58,47	14,30	
Metas								
Sim	185	72,63	16,51	0,67	184	61,24	14,77	0,71
Não	370	73,24	15,7		370	60,76	14,07	
Licença menos de 15 dias								
Sim	131	73,66	15,92	0,59	131	62,39	15,40	0,14
Não	424	72,81	15,94		423	60,29	13,98	
Licença mais de 15 dias								
Sim	131	72,51	17,02	0,69	131	61,68	15,56	0,39
Não	414	73,15	15,64		413	60,46	13,95	
Relacionamento com colegas de trabalho								
Sim	453	72,70	15,36	0,22	453	60,88	13,97	0,01**
Não	14	67,55	18,06		14	51,33	16,38	
Relacionamento com chefe imediato								
Sim	459	72,73	15,57	0,17	458	60,52	14,13	0,10
Não	20	67,91	17,37		20	55,31	15,84	

s Desvio-padrão

p*Teste t de Student

** Estatisticamente significativo, considerando $p \leq 0,05$.

Fonte: Dados coletados pela autora (2014).

Com relação ao número de vínculos empregatícios e tempo de serviço, observa-se que houve correlação positiva e fraca somente para o domínio físico e número de vínculos. Os demais dados não foram estatisticamente significativos (Tabelas 20 e 21).

Tabela 20 – Correlação entre os escores médios da Qualidade de Vida (Domínios Físico e Psicológico), número de vínculos empregatícios e tempo de trabalho nesse serviço das mulheres trabalhadoras, Uberaba – MG, 2014.

Variáveis	Domínio Físico		Domínio Psicológico	
	r	p*	r	p*
Número de vínculos empregatícios	0,12	0,003**	0,01	0,78
Tempo de trabalho nesse serviço	0,04	0,26	0,01	0,77

r Correlação de Pearson

** Estatisticamente significativo, considerando $p \leq 0,05$.

Fonte: Dados coletados pela autora (2014).

Tabela 21 – Correlação entre os escores médios da Qualidade de Vida (Domínios Relações Sociais e Ambiental), número de vínculos empregatícios e tempo de serviço das mulheres trabalhadoras, Uberaba – MG, 2014.

Variáveis	Domínio Relações Sociais		Domínio Ambiental	
	r	p*	r	p*
Número de vínculos empregatícios	-0,002	0,96	-0,007	0,87
Tempo de trabalho nesse serviço	-0,04	0,30	0,04	0,32

r Correlação de Pearson

** Estatisticamente significativo, considerando $p \leq 0,05$.

Fonte: Dados coletados pela autora (2014).

5.3.2 Análise de regressão linear múltipla para Qualidade de Vida

Na análise da regressão linear múltipla (Tabelas 22 e 23), tem-se como desfecho a qualidade de vida, e os preditores são idade, anos de estudo, renda mensal individual (R\$), tabagismo, bom relacionamento com colegas, bom relacionamento com chefe imediato, tempo de serviço (meses) e ICT.

Verifica-se que nos domínios Físico e das Relações Sociais, o preditor estatisticamente significativo para a QV foi: ICT ($\beta = 0,52$, $p = 0,001$; $\beta = 0,23$, $p < 0,001$). Portanto, quanto maiores os escores do ICT melhor a qualidade de vida nos domínios Físico e das Relações Sociais (Tabelas 22 e 23).

Quanto ao domínio Ambiental, visualiza-se que os preditores estatisticamente significantes para a QV por ordem de importância de sua contribuição (ordem decrescente dos coeficientes de regressão, β , padronizados) foram: ICT ($\beta = 0,30$, p

= 0,01), anos de estudo ($\beta = 0,13$, $p = 0,01$), tabagismo ($\beta = -0,10$, $p = 0,02$) e renda mensal individual ($\beta = 0,001$, $p = 0,05$). Então quanto maiores os escores do ICT, os anos de estudo e a renda mensal individual melhor a qualidade de vida, e o tabagismo impacta negativamente no domínio Ambiental da QV (Tabelas 22 e 23).

No domínio Psicológico, os preditores que foram estatisticamente significantes para a QV por ordem de importância de sua contribuição (ordem decrescente dos coeficientes de regressão, β , padronizados) foram: ICT ($\beta = 0,23$, $p = < 0,001$) e os anos de estudos ($\beta = 0,11$, $p = 0,02$). Neste domínio quanto maiores os escores do ICT e os anos de estudo melhor a qualidade de vida (Tabelas 22 e 23).

É importante ressaltar que estes preditores foram estatisticamente significantes ajustando-se para as demais variáveis presentes na regressão.

TABELA 22 – Análise da regressão linear múltipla para os domínios Físico e Psicológico da QV (desfecho), tendo como preditores idade, anos de estudo, renda mensal individual (R\$), tabagismo, relacionamento com colegas, relacionamento com chefe imediato, tempo de serviço (meses) e ICT. Uberaba – MG, 2014.

Variáveis	Domínio Físico			Domínio Ambiental		
	B	β	p	B	β	p
Idade	-0,09	-0,07	0,13	0,12	0,11	0,03**
Anos de estudo	0,13	0,03	0,45	0,38	0,13	0,01**
Renda mensal individual (R\$)	-0,001	-0,04	0,34	0,001	0,001	0,05**
Tabagismo	-1,04	-0,02	0,60	-3,91	-0,10	0,02**
Bom relacionamento com colegas	-2,97	-0,02	0,57	-5,78	-0,06	0,20
Bom relacionamento com o chefe	5,08	0,05	0,26	2,24	0,03	0,57
Tempo de serviço	0,002	0,02	0,67	-9,53	-0,001	0,98
ICT	1,50	0,52	0,001**	0,71	0,30	< 0,001**

**Estatisticamente significativo, considerando $p \leq 0,05$.

Fonte: Dados coletados pela autora (2014).

TABELA 23 – Análise da regressão linear múltipla para os domínios Físico e Psicológico da QV (desfecho), tendo como preditores idade, anos de estudo, renda mensal individual (R\$), tabagismo, relacionamento com colegas, relacionamento com chefe imediato, tempo de serviço (meses) e ICT. Uberaba – MG, 2014.

Variáveis	Domínio Psicológico			Domínio Relações Sociais		
	B	β	p	B	β	p
Idade	0,06	0,06	0,25	0,09	0,08	0,13
Anos de estudo	0,37	0,11	0,02**	0,26	0,08	0,14
Renda mensal individual (R\$)	0,001	0,07	0,18	0,00	-0,01	0,82
Tabagismo	-3,54	-0,08	0,05**	-1,56	-0,03	0,44
Bom relacionamento com colegas	-2,33	-0,02	0,63	-1,57	-0,01	0,77
Bom relacionamento com o chefe	-1,80	-0,02	0,66	-0,23	-0,003	0,96
Tempo de serviço	< 0,001	0,003	0,96	-0,006	-0,06	0,27
ICT	1,00	0,39	< 0,001**	0,59	0,23	< 0,001**

**Estatisticamente significativo, considerando $\alpha = 0,05$.

Fonte: Dados coletados pela autora (2014).

6 DISCUSSÃO

Com o decorrer dos anos, é perceptível a presença insidiosa das mulheres no mercado de trabalho, sendo que esta participação foi modificando ao longo dos anos e na atualidade é observada a disputa das mulheres por oportunidades, cargos e reconhecimento profissional. Apesar de todas as conquistas, a mulher não conseguiu se eximir de suas atividades domésticas e então ocasionou outro grande desafio que é conciliar os cuidados familiares, a atividade laboral e a educação continuada (VIEIRA; AMARAL, 2013).

Com todas essas transformações na vida da mulher, associadas a outros fatores comportamentais, alguns aspectos de sua vida podem apresentar alterações positivas ou negativas e entre estes aspectos encontram-se a capacidade para o trabalho e a qualidade de vida. Diante disso, o presente estudo buscou descrever as características sociodemográficas, econômicas e laborais deste público feminino e correlacioná-las com a capacidade para o trabalho e a qualidade de vida. E com intuito de verificar o que está influenciando estas questões nesta população.

Segundo os dados de um estudo sobre a presença das mulheres no mercado de trabalho realizado pelo IBGE (2010), a maioria das mulheres ocupadas encontra-se na faixa etária entre 25 e 49 anos (64,2%). Um dado importante é que 19,7% da população feminina ocupada encontra-se com 50 anos ou mais (IBGE, 2010). O que corrobora os resultados encontrados nesta pesquisa.

Em relação ao estado civil, verificaram-se em outras pesquisas resultados que corroboram os resultados obtidos neste estudo, onde Queiroz e Souza (2012) ressaltaram que 55,12% das participantes do seu estudo eram casadas. Meira-Mascarenhas, Ornellas-Prado e Henrique-Fernandes (2012) demonstraram que 69,0% da sua amostra vivia com companheiro. Barham e Vanalli (2012) relataram que quando se tem um companheiro pode-se usufruir tanto do ambiente familiar quanto do meio laboral e isto se reflete diretamente na qualidade de vida.

No que diz a respeito à utilização de medicações, um estudo composto por mulheres trabalhadoras em indústrias de vestuários encontrou que 54,4% fazem uso de medicação (CECILIO et al., 2013). Em outro estudo com trabalhadores do sexo feminino e masculino de diferentes áreas de uma instituição de saúde e pesquisa em doenças infecciosas, que possui o número de participantes semelhante a esta

pesquisa, Luz et al. (2012) constataram que 72,4% da população estudada fazia uso de algum medicamento. Além disso, complementa que os estudos demonstram que as mulheres, os idosos, indivíduos com maior escolaridade e renda, indivíduos que possuem plano de saúde suplementar, com doenças e outros fatores são os que mais fazem uso de medicações.

Na abordagem feita por este estudo sobre a amostra da população feminina trabalhadora se considerar chefe de família ou não, por uma pequena diferença a maioria das trabalhadoras não se considerou. De acordo com IBGE (2010), ocorreu um acréscimo de mulheres chefes de família, onde no Censo de 2000 elas representavam 22,2% e no de 2010 aumentaram para 37,3%. O IBGE ainda completa que estas mudanças na porcentagem podem ser devido às modificações do papel desempenhado pela mulher na sociedade, a presença feminina no mercado de trabalho e o aumento da escolaridade, todos estes fatores associados à queda da taxa de fecundidade.

Por se tratar de um estudo que envolve mulheres trabalhadoras, é importante discutir sobre o perfil ocupacional das participantes e entre as diversas variáveis que tangem esta caracterização encontram-se as categorias profissionais, os resultados do presente estudo se assemelham com a literatura, onde se descreve que a categoria profissional está diretamente ligada à renda. Carloto e Mariano (2012) reafirmam que o tipo de ocupação desqualificada exercida pela mulher está vinculado à baixa renda. No estudo deles, as duas principais profissões mais relatadas em uma cidade da mesma região deste estudo foram: diarista e serviços gerais. Diante disso verificou-se que, mesmo as mulheres tendo oportunidades de ocuparem postos de trabalhos de destaque, a maioria das trabalhadoras ainda possui cargos com menor prestígio social (VIDAL; NETO, 2009).

Em relação à quantidade de horas que o público feminino exerce suas funções laborais, foram encontrados os estudos a seguir, nas quais os resultados são consonantes com os encontrados nesta pesquisa. Palazzo, Carlotto e Aerts (2012) observaram em pesquisa realizada com funcionários públicos municipais em uma cidade do Rio Grande do Sul, com a prevalência do sexo feminino (69,2%), que no trabalho 52,3% cumpriam carga horária de 40 horas semanais, significando uma média de 8 horas diárias. Jablonski (2010) descreve que a mulher dedica-se em torno de 7,5 horas ao seu trabalho em um estudo feito com casais heterossexuais

que exercem a atividade laboral fora do domicílio e que possuem, pelo menos, um filho.

Complementando os aspectos ocupacionais, esta pesquisa obteve como resultado que a maioria das mulheres trabalhadoras apresentava apenas um trabalho e o tipo de vínculo empregatício que se destacou foi o com registro em carteira ou funcionário público. Os estudo a seguir possuem resultados similares aos deste estudo, na qual Sábia, Felli e Ciampone (2009) evidenciaram que 78,9% da amostra exercia apenas uma atividade laboral em pesquisa com trabalhadores de enfermagem pertencentes a um ambulatório de um hospital universitário de São Paulo, na qual sobressaía a presença de mulheres.

Assunção, Miranzi e Scorsolini-Comin (2010) encontraram, em seu estudo com auxiliares e técnicos de enfermagem, que 78,4% dos trabalhadores são mulheres e que 68,6% das participantes apresentavam apenas um vínculo empregatício. E no que se refere a tipo de vínculo trabalhista, estes autores acharam que 45,1% da sua população se enquadrava em regime da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) e 43,1% eram concursados..

Pode-se supor que a maioria das mulheres trabalhadoras deste estudo se restringe a apenas um vínculo empregatício devido à conciliação deste com as atividades domiciliares.

Diante desta discussão sobre as características sociodemográficas e ocupacionais, Berria, Daronco e Bevilacqua (2011) descrevem que para que se tenha uma capacidade para o trabalho apropriada é necessário que as condições de trabalho e da vida sejam saudáveis. E Martinez e Latorre (2009) complementam que a capacidade para o trabalho está associada a quanto o trabalhador é capaz de realizar a sua função laboral em conjunto às exigências da atividade laborativa, qualidade de sua saúde e de suas capacidades físicas e mentais. Portanto estas autoras acrescentam que a capacidade para o trabalho pode ser modificada pelos aspectos sociodemográficos como sexo, idade, nível e competência educacional; estilos de vida; saúde e trabalho.

Para a mensuração da capacidade para o trabalho, Da Costa et al. (2012) dizem que o ICT foi criado com a finalidade de o próprio trabalhador avaliar a sua percepção da capacidade para o trabalho em relação às suas exigências da sua saúde, dos recursos mentais e da sua relação com o ambiente ocupacional.

Ao analisar a capacidade para o trabalho das mulheres trabalhadoras deste estudo foi encontrado que a maioria atingiu 39,17 pontos no ICT. Na literatura evidencia outras pesquisas com resultados semelhantes aos do presente estudo. SILVA JUNIOR, et al., (2013) realizaram abordagem com trabalhadores de enfermagem, sendo que 81,3% dos participantes eram do sexo feminino, o escore total do ICT foi de 39,7 pontos, tendo a classificação como boa, ou seja, entre 37 e 43 pontos. Em outra pesquisa com trabalhadores de uma empresa produtora de materiais escolares e para escritório no interior de São Paulo, onde houve o predomínio de trabalhadoras, realizada por Da Costa et al. (2012), os pesquisadores encontraram um escore de 40,27 pontos.

Também foi observado, na análise de Vasconcelos et al. (2011) em trabalhadores de enfermagem de um hospital de urgência e emergência do Estado do Acre, em que 82% da amostra era de mulheres, que os escores do ICT variaram de 25 a 49 pontos, e a média encontrada foi de 38,1 pontos com desvio-padrão de 5,7. Portanto, indicando que, mesmo tendo a jornada de trabalho e os afazeres domésticos, a mulher sente-se com boa capacidade para trabalhar.

Diante das informações obtidas por meio dos valores do ICT destas trabalhadoras, o Cerest em parceria com os serviços públicos de saúde podem realizar intervenções para que estas mulheres tenham conhecimento dos aspectos vinculados ao trabalho e ao estilo de vida que preservam e debilitam a sua capacidade para o trabalho. E com isso conseguirão que esta capacidade seja mantida (Tuomi et al., 2010).

Outro aspecto importante de discutir quando se fala sobre mulheres trabalhadoras é em relação à qualidade de vida. Este assunto, segundo Cecilio et al. (2013), abrange elementos fundamentais da vida humana que são os aspectos físico, psicológico, social, cultural e espiritual. Da Costa et al. (2012) complementam que o instrumento WHOQOL-Bref é amplo e proporciona a avaliação de diversas dimensões da qualidade de vida.

Neste estudo verificou-se que os domínios com melhor pontuação relacionados à Qualidade de Vida das mulheres trabalhadoras de Uberaba foi o das Relações Sociais e o com menor pontuação foi o domínio Meio Ambiente. As relações sociais podem ter sido influenciadas por questões como suporte social e

relações pessoais, e o meio ambiente considerado desfavorável pode estar relacionado aos cuidados com a saúde e recursos financeiros.

Pereira, Teixeira e Lopes (2013) evidenciaram que, em uma amostra de professores de educação básica de Florianópolis com 83,4% desta composta por mulheres, os valores médios para Qualidade de Vida foi de 63,75 pontos, sendo que o domínio que obteve melhor pontuação foi o das Relações sociais com 73,10 pontos e o domínio que atingiu o menor escore foi o Ambiental com 53,93 pontos. Meira-Mascarenhas et al. (2012) também reafirmam que em Agentes Comunitários de Saúde do interior da Bahia, um dos domínios que obteve maior pontuação foi o domínio Relações Sociais 76,9 pontos e um dos domínios com menor valor foi o Ambiental com 47,4 pontos.

Em um estudo com trabalhadores de ambos os sexos de uma metalúrgica da região metropolitana de Curitiba realizado por Dyniewicz et al. (2009), também foram encontrados resultados similares ao desta pesquisa, pois na pesquisa deles o domínio das Relações Sociais também apresentaram melhores escores. Segundo eles, estes achados podem significar a satisfação no meio em que vivem e trabalham. Os autores ainda abordam que as relações no trabalho e interpessoais são componentes essenciais para a QV. Além disso, essas relações refletem no bem – estar, motivação e até na produtividade.

Outro aspecto importante das relações sociais pode ser observado no estudo de Schujmann e Da Costa (2012), na qual destacam que o ambiente de trabalho facilita as relações de amizade, devido ao fato do trabalhador permanecer longos períodos em seu local de trabalho, passam a conviver uns com os outros e conseqüentemente ocorrem relacionamentos de amizade entre os trabalhadores.

No domínio Meio Ambiente, Dyniewicz et al. (2009), complementam que este apresentou a pior pontuação também no estudo deles. E ainda diz que o devido resultado, pode ser decorrente da associação aos aspectos do dia a dia tanto da vida pessoal quanto familiar, responsabilidade e proteção familiar e aos problemas financeiros encontrados entre os operários brasileiros. Diante disso, o trabalho torna-se primordial e o indivíduo passa a vivenciar o trabalho como uma forma de sobrevivência e não como uma realização pessoal.

No presente estudo a questão que foi mais comprometida no domínio Meio Ambiente foi a relacionada aos cuidados com os aspectos da saúde e sociais.

Outras investigações obtiveram achados semelhantes a este e entre eles estão o de Meira-Mascarenhas et al. (2012), na qual dentre as questões que apresentaram maior comprometimento no domínio Meio ambiente, estão as ligadas aos cuidados de saúde e sociais, recursos financeiros e recreação/lazer. Os devidos autores ainda acrescentam o acesso aos serviços de saúde tornam-se difícil em consequência da baixa remuneração.

Deve-se destacar as diferenças sociais entre os sexos ressaltadas por Miquilin et al. (2013) persistem, onde as mulheres tendem a apresentar maior escolaridade, contudo permanecem a receber os salários mais baixos. Quanto à saúde estes autores apontam que as mulheres são as mais prevalentes na busca de serviços de saúde do que os homens. Mas por elas encontrarem no contexto do trabalho, também encontram dificuldades nos atendimentos em saúde, sendo um dos maiores obstáculos nestes cuidados é o horário de funcionamento dos referidos locais.

Portanto para que se tenha uma melhor QV das trabalhadoras, em especial das trabalhadoras, faz-se necessário que os governantes tenham conhecimento dos dados encontrados no domínio Meio Ambiente e proporcione estratégias que promovam a QV desta população (GESSNER et al., 2013). E estas ações devem perpassar as diversas facetas encontradas neste item da QV.

Ao se discutir sobre as lesões ou doenças autorreferidas, o presente estudo encontrou que as predominantes com diagnóstico médico foram as relacionadas ao sistema respiratório, distúrbio emocional e do sistema cardíaco.

Algumas pesquisas encontraram resultados diferentes, entre eles, Marqueze e Moreno (2009) em um estudo com 154 professores universitários, onde 76 docentes eram do sexo feminino relatam que as lesões ou doenças mais citadas com diagnóstico médico foram as musculoesqueléticas (53,9%), seguida pelas respiratórias (26,0%) e digestivas (20,8%). Em relação à opinião própria, os distúrbios emocionais leves foram o segundo item mais mencionado pelas autoras em questão e expõem que as mulheres possuem a saúde mental mais afetada.

No estudo de Assunção, Sampaio e Nascimento (2010), realizado com funcionários de 32 micros e pequenas empresas pertencentes ao conjunto ALI-BEBI, que são estabelecimentos que realizam atividades relacionadas ao tratamento, transformação, preparação, conservação e embalagens de produtos alimentícios,

com participação de 132 mulheres, elas obtiveram resultados divergentes deste estudo, em relação ao item doenças autorreferidas, onde com diagnóstico médico as principais disfunções foram observadas nas doenças musculoesqueléticas (66), doenças coronarianas (33), endocrinometabólicas (26) e do aparelho digestivo (24).

Da Silva et al. (2010), também encontrou resultados divergentes dos apresentados. A amostra dele constituiu-se por trabalhadores da equipe de higiene e limpeza no norte do Paraná, as doenças autorreferidas com diagnóstico médico foram: hipertensão, obesidade e distúrbio emocional leve/severo. Perante os resultados observados Moura et al. (2013) em funcionários da prefeitura de um campus universitário de Londrina, destacam que a saúde é um fator importante no estabelecimento da capacidade para o trabalho, pois uma boa saúde acarreta em boa condição da capacidade para o trabalho.

Para manter a capacidade para o trabalho, Da Silva et al. (2010) sugerem a atividade física e educação continuada, sendo que esta última estimula o trabalhador a atualiza-se e tornar-se crítico e reflexivo e com isso passa modificar seu universo laboral, doméstico e social. Tornando-se também responsável por esta capacidade.

Em relação às questões financeiras, especificamente, a renda individual mensal, na qual Assunção, Miranzi e Scorsolini-Comin (2010) encontraram resultados semelhantes a este estudo, onde descrevem que 40,0% das mulheres participantes de sua amostra recebiam uma remuneração de até R\$ 699,00 reais, mas é importante destacar que o salário-mínimo vigente no período deste estudo era em torno de R\$ 350,00.

Outro estudo que os resultados se aproximam desta pesquisa foi realizado em Minas Gerais com trabalhadores de uma empresa florestal, Simões, Rocha e Souza (2012) encontraram que os trabalhadores participantes, mesmo sendo predominantemente masculino, 7% eram compostos por mulheres, e a média salarial mensal destes funcionários foi em torno de R\$560,00 reais.

Ao relacionar a renda mensal individual e a capacidade para o trabalho, os resultados indicam que quanto maior a renda melhor a capacidade para o trabalho e o domínio ambiental da QV. Estes resultados corroboram com outros estudos como o de Martinez, Latorre e Fischer (2010) expõem que as características socioeconômicas são consideradas fatores importantes, quando se fala sobre saúde e capacidade para o trabalho, e que pesquisas demonstram que as mulheres em

situações inferiores de trabalho e salarial tendem a perder a capacidade para o trabalho.

Quanto aos rendimentos femininos, Vilela, Araújo e Ribeiro (2012) fazem uma análise exploratória da PNAD 2008 e encontram que ocorre a discriminação de gênero relacionada à renda com as mulheres, demonstrando que a população economicamente ativa feminina tendem a ter um menor rendimento. Eles referem que esta diferença de gênero tendem à ser um pouco menor com as mulheres mais jovens. Mas ainda é evidente as dificuldades delas para obterem melhores cargos e conseguinte melhores salários.

Para Padula et al. (2013), em seu estudo com trabalhadores mais velhos que atuam em uma Instituição de Ensino Superior e uma Indústria Metalúrgica na região de São Paulo, obtiveram resultados próximos à este estudo. Onde perceberam que a escolaridade e a renda estão diretamente ligadas à capacidade para o trabalho, pois quando o trabalhador possui maior escolaridade, ele tem a possibilidade de adquirir trabalhos com melhores qualificações e conseqüentemente maior remuneração, influenciando a capacidade para o trabalho.

Na mesma linha, Mascarenhas, Prado e Fernandes (2013), relatam que a renda pode comprometer a QV no domínio Meio Ambiente, pois esta variável tem relação direta com o ambiente social, por ser um meio de manutenção das necessidades essenciais e fundamentais, entre estas, o lazer, a tecnologia e a informação. Rios, Barbosa e Belasco (2010) ao estudarem técnicos e auxiliares de enfermagem de um hospital privado de São Paulo que quanto maior a renda melhor são os domínios Físico e do Meio Ambiente da população que eles pesquisaram.

Para Maciel et al. (2013), em um estudo com universitários da Universidade de São Paulo, a renda é um fator importante quando se analisa a QV, principalmente quando esta se liga a satisfação das necessidades. No estudo deles concluiu-se o impacto da renda sobre o domínio Meio ambiente da QV.

Dessa maneira, é importante que os governantes conheçam o perfil dos trabalhadores e atuem desenvolvimento de políticas públicas que estimulem a melhoramento da escolaridade, a valorização do trabalhador e a redução das desigualdades sociais, em especial, às de gêneros que terá reflexo sobre a capacidade para o trabalho e a QV.

Um dado relevante que influencia a capacidade para o trabalho são as relações interpessoais no ambiente laboral. E neste trabalho evidenciou-se que quando se tem uma relação ruim com o chefe, conseqüentemente a trabalhadora terá a capacidade reduzida para o trabalho.

O estudo de Marqueze e Moreno (2009) com professores universitários reafirmam os resultados deste estudo, na qual descrevem a presença de correlação entre a satisfação e a capacidade no trabalho, ou seja, quanto melhor a satisfação maior é a capacidade para o trabalho.

Prochnow et al. (2013) descrevem que o ambiente de trabalho pode gerar respostas afetivas e comportamentais que podem ocasionar problemas na saúde da pessoa, tanto no aspecto físico quanto emocional. Eles complementam que esta situação pode ecoar sobre a capacidade para o trabalho destes profissionais.

Para Martinez, Latorre e Fischer (2010) trazem em seu estudo que as situações de estresse relacionadas ao ambiente psicossocial e da organização do trabalho refletem de forma importante sobre a capacidade para o trabalho. Estes autores consideram que entre aspectos mentais inapropriados encontram-se conflito de papéis, conflito com chefias, pressão de tempo, volume de trabalho e outros

Deste modo, Da Silva et al. (2010), em seu estudo com trabalhadores de higiene e limpeza de um hospital universitário, ressalta que para se ter a preservação da capacidade para o trabalho faz-se necessário que se tenha uma administração participativa, flexível, respeitosa e com bom relacionamento interpessoal e sendo assim, há reflexos destes na qualidade de vida tanto no ambiente laboral como fora do mesmo.

O presente estudo indicou associações significativas no sentido de que quanto maior a idade menor a capacidade para o trabalho e maior o comprometimento do domínio físico da QV.

Outros estudos encontraram estes resultados, entre eles Sampaio e Augusto (2011) afirmam sobre a associação negativa da idade com a capacidade para o trabalho. Elas descrevem que há uma concordância geral sobre o avanço da idade com o declínio da capacidade para o trabalho, mas ainda dizem que esta capacidade só estará alterada se o desempenho da atividade laboral estiver diretamente ligado à capacidade fisiológica. Amorim, Salla e Trelha (2014) assim

como Rutanen et al. (2014) reforçam que a idade impacta de forma negativa sobre a capacidade para o trabalho.

Para Hilleshein e Lautert (2012), aos 30 anos o indivíduo alcança o desenvolvimento completo tanto intelectual como sensorial e motor e nesta fase podem atingir o seu melhor desempenho. Mas quando o envelhecimento inicia, começa um processo de modificações no organismo e então ocasiona perdas progressivas na capacidade para o trabalho. Destaca-se, ainda, que o envelhecimento pode ser antecipado por adversidades e isto interferirá de forma insidiosa sob a capacidade para o trabalho.

Considerando o estudo de Sampaio e Augusto (2012) que descreve que nas próximas décadas, o número de pessoas idosas e em idade produtiva tende a aumentar, sendo que no Brasil este fator ocorrerá de forma mais rápida, devido à redução das taxas de natalidade e de mortalidade e também dizem sobre o reflexo na População Economicamente Ativa (PEA), onde ocorrerá o aumento da participação desta faixa etária, sendo que, em 1988, os idosos correspondiam a 9% da PEA e a previsão para 2020 é que, no mínimo, 13% da população economicamente ativa seja composta por pessoas na terceira idade, destaca-se a necessidade de implementação de políticas públicas que melhorem as condições de trabalho, minimizando o risco das perdas desta capacidade ao longo dos anos.

Ao se correlacionar a QV com a capacidade para o trabalho, o presente estudo encontrou significância com todos os domínios, então resultando que a QV está diretamente relacionada à capacidade para trabalho. Portanto, quanto melhor a capacidade para o trabalho melhor a QV.

Outros autores confirmam os achados desta pesquisa, assim como, Da Costa et al. (2012), em abordagem a trabalhadores industriais, cuja prevalência foi da população feminina, encontraram em seus resultados que a capacidade para o trabalho está relacionada a QV em todos os seus domínios, sendo expressa em ordem decrescente nos seguintes domínios: Físico, Psicológico, Relações sociais e Meio Ambiente. Estes autores ainda explicam que este resultado traduz que a capacidade para o trabalho não envolve apenas fatores relacionados ao trabalho, mas também a percepção da QV fora deste ambiente laboral.

Queiroz e Sousa (2012) que no estudo com profissionais de enfermagem de um hospital do interior do Mato Grosso do Sul observaram a relação do ICT com a

QV em três domínios, sendo o psicológico, relações sociais e meio ambiente. E descreveram que quanto melhor a capacidade para o trabalho melhor a QV, sendo a mesma informação constatada neste estudo.

Quanto aos domínios, foi encontrado nesta pesquisa que o Físico é o que mais contribui na capacidade para o trabalho. Na literatura também é encontrado estudos com resultados equivalentes a este e entre eles cita-se o de Da Costa et al. (2012), onde os autores em questão indicam que quando a capacidade física é boa pode se ter uma boa capacidade para o trabalho.

Para Da Costa et al. (2012), é fundamental a implementação de programas que enfoquem na promoção da saúde do trabalhador que tenham uma nova concepção, na qual estes devem abordar os aspectos que envolve indivíduo economicamente ativo tanto em seu ambiente laboral e como os fatores externos à esse.

Outro aspecto importante é em relação à escolaridade este estudo encontrou que a prevalência das mulheres economicamente ativas com 9 a 12 anos de estudo. Na literatura são encontrados dados que se assemelham aos obtidos.

Bulgacov et al. (2010) relatam que a escolaridade é um indicador utilizado para avaliar as desigualdades das pessoas, pois ela interfere nas condições de vida. No Brasil, nos últimos anos houve a redução da taxa de analfabetismo e aumento da frequência escolar. Nesta pesquisa os anos de estudo da população feminina ocupada foi 8,9 anos. Os dados do IBGE (2010) também retratam que 61,2% das mulheres que exercem atividade laboral possuíam 11 anos ou mais de estudo, ou ao menos haviam completado o ensino médio. A pesquisa realizada por Luz et al. (2012), 36,3% da amostra estiveram entre 9 e 11 anos de estudo.

Além disso, o presente estudo indica que quanto melhor a escolaridade melhor a qualidade de vida, com isso pode-se supor que a melhor escolaridade proporciona melhor autocuidado, mais prevenção de doenças, melhor capacitação profissional e conseqüentemente melhores empregos e salários. A escolaridade é um fator que está diretamente ligado à QV. Meira Mascarenhas, Prado e Fernandes (2013), em um estudo com Agentes Comunitários de Saúde (ACS), verificaram a associação da escolaridade com a QV e eles ainda dizem que, na literatura, encontra-se que a precariedade de conhecimento limita os ACSs da compreensão de informações importantes.

Quando se discute escolaridade Azevedo, Friche e Lemos (2012) visualizaram em seu estudo com adultos de um ambulatório de fonoaudiologia que esta influencia os domínios físico, psicológico e meio ambiente da QV. E assim como outros autores encontraram que quanto maior a escolaridade melhor são os escores da QV.

Rocha-Vidigal e Vidigal (2012) salientam assim como os empregadores, o governo deve investir na educação dos trabalhadores e em qualificação profissional, sendo que um dos caminhos é a Política Nacional de Qualificação que visa a esta categoria melhores condições diante de novos desafios do mercado de trabalho. Estes ainda destacam que quando se investe no indivíduo economicamente ativo há reflexos não apenas no trabalho como também na sociedade. Também é importante associar estas ações com as questões dos domínios Psicológico e Meio Ambiente, para que se tenha excelência nos resultados.

Ao se falar de tabagismo, nesta pesquisa identificou-se, ainda, a predominância de não tabagismo entre as mulheres trabalhadoras. Em uma pesquisa realizada por meio de inquérito telefônico conhecido como VIGITEL (Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico) que avaliou 54.251 pessoas, sendo estes mulheres e homens, em diferentes localidades do Brasil, Moura et al. (2011) dizem que o tabagismo esteve presente em apenas 12,6% das mulheres. Em outro estudo com trabalhadoras de uma instituição de ensino superior e com o número da amostra semelhante ao presente estudo, realizado na cidade de Feira de Santana, foi constatado por Almeida et al. (2011) que somente 6,3% faziam o uso de tabaco.

Para Giatti e Barreto (2011) em um estudo com dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) efetuada em 2008, por meio do IBGE, onde no estudo teve como amostra pessoas de 15 a 64 anos economicamente ativas de 8 regiões metropolitanas. As autoras encontraram que o tabagismo é mais prevalente em homens (20,8%) do que nas mulheres (14,9%). E que nesta população feminina a incidência do tabagismo foi mais alta nas que se encontram inseridas no mercado de trabalho sem proteção e relacionado com a idade. Também observou a redução do tabagismo com o aumento da escolaridade e da renda. Elas afirmam que o tabagismo pode ser influenciado por diversas condições, entre elas a situação desfavorável no trabalho, vulnerabilidade a comportamentos que interferem de forma

negativa à saúde e limitação financeira e impactando negativamente sobre os aspectos psicossociais. Portanto o fumo é considerado um auxiliar na redução da tensão e da ansiedade. Mas quando se descreve sobre a menor frequência do tabagismo entre as trabalhadoras com proteção social uma das justificativas pode estar ligada à limitação do fumo no ambiente de trabalho.

Ao analisar a variável tabagismo com a QV, esta pesquisa confirmou o impacto negativo do tabagismo sobre a QV. Alguns estudos confirmam a conclusão sobre o tabagismo proposta por este estudo entre eles está o de De Castro, Matsuo e Nunes (2010), onde os fumantes apresentaram pior QV e conseqüentemente apresentam mais incapacidades que os não tabagistas. Eles complementam, ressaltando que os usuários de tabaco apresentaram escores menores na QV do que os não fumantes.

Um estudo de Lima, Barbosa e Sougey (2011) que utilizaram o instrumento Questionário de Avaliação da QV da Universidade de Washington (UW – QOL) chegou à mesma conclusão deste estudo e complementaram que o uso excessivo de tabaco pode interferir nas questões emocionais e na saúde mental.

Alves (2011), relata que a Associação Brasileira de Qualidade de Vida descreve mudança da abordagem das empresas brasileiras diante do tabagismo, onde os programas antitabagismo envolve ações como palestras, informativos que trabalhem a conscientização e o tratamento dos dependentes do tabaco. Estas atividades ainda incluem a participação dos familiares dos tabagistas e devem ser interdisciplinar.

Assim sendo, os governantes devem investir cada vez mais políticas que gerem ações que promovam a saúde o trabalhador como um todo.

Algumas limitações são decorrentes do próprio delineamento da pesquisa. Foi observado ainda a ausência do preenchimento completo dos questionários, em especial, das informações referentes aos outros vínculos de trabalho, pois supõe-se que as mulheres optaram por não responder as informações citadas, por acharem que as respostas eram semelhantes às dadas sobre o primeiro vínculo. Diante disso, sugere-se uma melhor investigação destes dados e a análise dos mesmos, pois são informações relevantes dentro da saúde do trabalhador que podem influenciar na associação das características ocupacionais desta população com a Capacidade para o Trabalho e a Qualidade de Vida.

7 CONCLUSÃO

Na população feminina economicamente ativa, prevaleceu a média de idade de 43,34 anos, mulheres com companheiro (53,40%), escolaridade de 09 a 12 anos, brancas (51,30%), católicas (54,10%), não tabagistas (71,3%), mulheres que não se consideraram chefes de família (55,40%) e que faziam uso de medicações (60,10%).

A maioria possuía renda individual mensal de até R\$724,00 reais (38%), com apenas um emprego (68,70%), predomínio do vínculo empregatício com registro em carteira profissional ou funcionária pública (49,10%), permanência de mais de quatro anos trabalhando (51,30%), com dedicação de 8 horas diárias (40,80%), com a presença de pausa para descanso em sua atividade laboral diária (58,90%) e duas folgas semanais (47%).

Houve maior prevalência de trabalhadoras com bom relacionamento com colegas de trabalho (64,10%) e com o chefe imediato (79,40%). As três profissões predominantes em ordem decrescente foram vendedora, empregada doméstica e costureira. Quanto à capacidade para o trabalho foi considerado boa, as mulheres trabalhadoras atingiram uma média de 39,17 pontos variando de 18 a 49 pontos. Apenas 24 mulheres (4,10%) atingiram pontuação baixa, 112 (19,30%), moderada e 123 (21,20%), ótima.

Em comparação das médias das características sociodemográficas com o ICT, as variáveis que se apresentaram estatisticamente significativas foram: chefe de família e uso de medicação. Já ao correlacionar estas características com o ICT obteve-se que quanto maior a idade menores são os valores do ICT e quanto maior a renda melhores são os escores do ICT.

Para as características ocupacionais, o presente estudo encontrou alterações significativas das médias nas variáveis metas para cumprir, licença menos de 15 dias, licença mais de 15 dias e bom relacionamento com o chefe imediato. Ao realizar a correlação, constatou-se que para número de vínculos e tempo de serviço, os resultados foram negativos, significando que quanto maiores os resultados piores os escores do ICT.

Quanto maior a renda das mulheres, melhores os escores do ICT; uma relação ruim com o chefe impacta negativamente sobre a capacidade para o trabalho; assim como, quanto mais idade a trabalhadora possuir pior foi o valor do ICT.

Em relação à Qualidade de Vida, de um modo geral pode ser considerada boa, a média de pontos foi de 72,87, variando de 4,17 a 100 pontos. Quanto aos domínios, o que apresentou os melhores valores foi o das Relações Sociais (72,87) e o que demonstrou os valores mais inferiores foi o Meio Ambiente (60,66). Os domínios Físico e Psicológico apresentaram respectivamente média de 71,04 e 69,10.

Considerando as médias das variáveis sociodemográficas com a Qualidade de Vida, observou-se que os seguintes itens e seus referidos domínios foram estatisticamente significativos: domínio Físico - chefe de família e uso de medicação; domínio Psicológico – tabagismo e uso de medicação; domínio Ambiental – tabagismo. É importante destacar que no domínio Físico não houve diferença entre as médias que pudesse ser significativa.

Já na correlação dos aspectos sociodemográficos com a QV, foi encontrado que as variáveis estatisticamente significativas foram: maior idade (domínio Físico), menor número de morbidades (domínio Físico, Relações Sociais e Ambiental), ter mais anos de estudo (domínio Psicológico) e maior renda mensal (domínios Psicológico e Ambiental).

Ao se analisarem os fatores ocupacionais e os da QV, obtiveram-se as médias estatisticamente significativas dos seguintes itens: no domínio Físico para a variável licença menos de 15 dias e licença mais de 15 dias; domínio Psicológico relacionado a ter pausa para descanso, ter bom relacionamento com os colegas e ter bom relacionamento com o chefe imediato; e no domínio Ambiental ter pausa para descanso e ter bom relacionamento com os colegas de trabalho. Quando se analisa a correlação das variáveis ocupacionais com a QV, foi constatado que os dados estatisticamente significativos foram no domínio físico para a variável número de morbidades, sendo uma correlação positiva e moderada.

Quanto maiores os escores do ICT melhor a qualidade de vida nos domínios Físico e das Relações Sociais; quanto maiores os escores do ICT e os anos de

estudo melhor a qualidade de vida e o tabagismo impacta negativamente no domínio ambiental da QV; quanto maiores os escores do ICT e os anos de estudo melhor a qualidade de vida relacionada ao domínio Psicológico.

Portanto esta pesquisa proporcionou que fossem conhecidos diversos aspectos das mulheres trabalhadoras do município de Uberaba/MG como: suas características sociodemográficas, econômicas e ocupacionais, a capacidade para o trabalho e a QV, dessa forma estas informações podem favorecer futuras discussões sobre as mulheres economicamente ativas e conseqüentemente ocasionar o desenvolvimento de ações de promoção e de prevenção da saúde da população feminina trabalhadora, principalmente por meio de melhorias na capacidade para o trabalho e na qualidade de vida.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, Rogério Tosta de et al. Prevalência de obesidade abdominal e fatores associados em trabalhadoras de uma instituição de ensino superior. **Rev. baiana saúde pública.**, Salvador, v. 35, n. 4, p. 911-931, out – dez. 2011. Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/0100-0233/2011/v35n4/a2817.pdf>> Acesso em: 29 dez. 2014.
- ALVES, Everton Fernando. Programas e ações em qualidade de vida no trabalho. **Revista INTERFACEHS.**, São Paulo, v. 6, n. 1, abr. 2011. Disponível em: <<http://www.revistas.sp.senac.br/index.php/ITF/article/viewFile/168/180>> Acesso em: 10 fev. 2015.
- AMORIM, Juleimar Soares Coelho; SALLA, Silvana; TRELHA, Celita Salmaso. Factors associated with work ability in the elderly: systematic review. **Rev. Bras. epidemiol.**, São Paulo, v. 17, n. 4, p. 830-841, out-dez. 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v17n4/1415-790X-rbepid-17-04-00830.pdf>> Acesso em: 14 jan. 2015.
- AQUINO, Andrezza de Sousa; FERNANDES, Angela Cristina Puzzi. Qualidade de vida no trabalho. **J. Health Sci Inst.**, São Paulo, v. 31, n. 1, p. 53 – 58, 2013. Disponível em: <http://www.unip.br/comunicacao/publicacoes/ics/edicoes/2013/01_jan-mar/V31_n1_2013_p53a58.pdf> Acesso em: 28 ago. 2014.
- ARAÚJO DE OLIVEIRA, Elizabete Regina et al. Gênero e qualidade de vida percebida – estudo com professores da área de saúde. **Ciênc. saúde coletiva.**, Rio de Janeiro, v. 17, n.3, p. 741-747, mar. 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n3/v17n3a21.pdf>> Acesso em: 13 jul. 2014.
- ASSUNÇÃO, Ada A.; SAMPAIO, Rosana F.; NASCIMENTO, Licia M. B. Agir em empresas de pequena e média dimensão para promover a saúde dos trabalhadores: o caso do setor de alimentos e bebidas. **Braz J. Phys. Ther.**, São Carlos, v. 14, n. 1, p. 52-59, jan-fev. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbfis/v14n1/09.pdf>> Acesso em: 31 dez. 2014.
- ASSUNÇÃO, Heronwaldo Borges; MIRANZI, Sybelle de Souza Castro; SCORSOLINI-COMIN, Fabio. Qualidade de vida de trabalhadores de enfermagem das unidade de pronto socorro de um hospital universitário – SEMINÁRIO DE SAÚDE DO TRABALHADOR DE FRANCA. **Proceedings online**, Franca, 2010. Disponível em: <http://www.proceedings.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=MSC0000000112010000100012&lng=en&nrm=abn> Acesso em: 30 dez. 2014.
- AZEVEDO, André Jobim. A reforma trabalhista e a CLT ainda e sempre. **Direito UNIFACS – Debate Virtual**, Bahia, n. 151, 2013. Disponível em: <<http://www.revistas.unifacs.br/index.php/redu/article/view/2461/1805>> Acesso em: 12 jul. 2014.
- AZEVEDO, Gezaine Priscila Gonçalves da Costa; FRICHE, Amelia Augusta de Lima; LEMOS, Stela Maris Aguiar. Quality of life and self-perception of health of patients

from an Outpatient Clinic of Speech-Language Pathology. **Rev. Soc. Bras. Fonoaudiol.**, São Paulo, v. 17, n. 2, p. 119-127, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsbf/v17n2/en_04.pdf> Acesso em 10 fev. 2015.

BARHAM, Elizabeth Joan; VANALLI, Ana Carolina. Work and Family: Theoretical perspectives and current challenges. **Rev. psicol. organ. trab.**, Brasília, v. 12, n. 1, p. 47-60, jan-abr. 2012. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rpot/v12n1/v12n1a05.pdf>> Acesso em: 28 dez. 2014.

BEATRIZ, Marilene Zazula. O trabalho, a repressão e o mal-estar do trabalhador: algumas reflexões. **Rev Mal-Estar e Subj.**, Fortaleza, v. X, n. 4, p. 1107-1129, dez. 2010. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/malestar/v10n4/03.pdf>> Acesso em: 18 jul. 2014.

BENITES, Ana Priscila de Oliveira; BARBARINI, Neuzi. Histórias de vida de mulheres e saúde da família: algumas reflexões sobre gênero. **Psicol. Soc.**, São Paulo, v. 21, n. 1, p. 16-24, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/psoc/v21n1/03.pdf>> Acesso em: 23 ago. 2013.

BERRIA, Juliane; DARONCO, Luciane Sanchonete Etchepare; BEVILACQUA, Lidiane Amanda. Aptidão motora e capacidade para o trabalho de policiais militares do batalhão de operações especiais. **Salusvita.**, Bauru, v. 31, n. 2, p. 89-104, 2011. Disponível em: <<http://iah.iec.pa.gov.br/iah/fulltext/lilacs/salusvita/2011v30n2/salusvitav30n22011p89-104.pdf>> Acesso em: 25 nov. 2014.

BIM, Cíntia Raquel; PELLOSO, Sandra Maria; PREVIDELLI, Isolde Terezinha Santos. Inquérito domiciliar sobre uso da Fisioterapia por mulheres em Guarapuava-Paraná-Brasil. **Ciênc. saúde coletiva.**, Rio de Janeiro, v.16, n. 9, p. 3837-3844. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n9/a19v16n9.pdf>> Acesso em:12 ago. 2013.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF. Senado Federal: Centro Gráfico, p.292, 1988.

BRASIL. Lei 8080 de 19 de Setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, set. 20, 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. **2004 Ano da Mulher**. Brasília, 2004. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/2004_anodamulher.pdf> Acesso em: 12 jul. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Centro de Documentação do Ministério da Saúde. **Assistência Integral à Saúde da Mulher: bases de ação programática**. Brasília, 1984. Disponível em:

<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/assistencia_integral_saude_mulher.pdf>
Acesso em: 28 ago. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS: Tecnologia da informação a serviço do SUS. **Óbitos p/Residência.por Sexo segundo Capítulo CID-10**. Brasília, 2012. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/obt10uf.def>>
Acesso em: 29 jun. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção à Saúde da Mulher: Princípios e diretrizes**. Brasília, 2011. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_mulher_principios_diretrizes.pdf> Acesso em: 29 ago. 2013.

BRASIL. Portaria nº 1679/GM em 19 de Setembro de 2002. Dispõe sobre a estruturação da rede nacional de atenção integral à saúde do trabalhador no SUS e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2002.

BRASIL. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. **II Plano Nacional de Políticas para as Mulheres. Brasília: Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres**. Brasília, 2008. Disponível em:
<http://portal.mec.gov.br/dmdocuments/planonacional_politicamulheres.pdf> Acesso em: 25 ago. 2013.

BRASIL. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. **Plano Nacional de Políticas para as Mulheres. Brasília: Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres**. Brasília, 2004. Disponível em:
<<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/PNPM.pdf>> Acesso em: 12 ago. 2013.

BULGACOV, Yara Lucia Mazziotti et al. Enterprising activity of Brazilian woman: Precarious work or decent work? **Psicol. Argum.**, Curitiba, v. 28, n. 63, p. 337-349, out-dez. 2010. Disponível em :
<<http://www2.pucpr.br/reol/index.php/PA?dd1=3935&dd99=view>> Acesso em: 12 set. 2014.

CARLOTO, Cássia Márcia; MARIANO, Silvana Aparecida. Empoderamento, trabalho e cuidados: mulheres no programa bolsa família. **Textos contextos**, Porto Alegre, v.11, n. 2, p. 258-272, ago-dez. 2012. Disponível em:
<<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=321527332006>> Acesso em: 29 dez. 2014.

CECILIO, Hellen Pollyanna Mantelo et al. Health conditions of women working in the clothing industry. **Rev. Rene.**, Fortaleza, v. 14, n. 2, p. 372-384, 2013. Disponível em: <<http://www.fafipa.br/site/images/stories/1292-6127-1-PB.pdf>> Acesso em: 28 dez. 2014.

CHUNYAN, Zhu et al. Quality of life in China rural-to-urban female migrant factory workers: a before-and-after study. **Health and quality of lifes outcomes**, London, v. 11, n. 123, 2013. Disponível em: <<http://www.hqlo.com/content/pdf/1477-7525-11-123.pdf>> Acesso em: 28 out. 2013.

CONCEIÇÃO, Maria Rodrigues da et al. Qualidade de vida do enfermeiro no trabalho docente: estudo com o Whoqol-bref. **Esc. Anna Nery [online]**, Rio de Janeiro, v.16, n.2, p. 320-325, abr-jun. 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v16n2/16.pdf>> Acesso 14 dez. 2014.

COOMER, K.; HOUDMONT, J. Occupational health professional's knowledge, understanding and use work ability. **Occup. Med.** London, v. 63, n. 6, p. 405-409, Sept. 2013. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3748362/pdf/kqt070.pdf>> Acesso em: 11 dez. 2014.

DA COSTA, Carolina Souza Neves et al. Work ability and quality of life of Brazilian industrial workers. **Ciênc. Saúde Coletiva.**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 6, p. 1635-1642, mar. 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n6/v17n6a26.pdf>> Acesso 11 dez. 2014.

DA SILVA JUNIOR, Sérgio Henrique Almeida et al. Validade e confiabilidade do índice de capacidade para o trabalho (ICT) em trabalhadores de enfermagem. **Cad. Saúde Pública.**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 6, p. 1077-1087, jun. 2011. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/csp/v27n6/05.pdf>> Acesso 13 dez. 2014.

DA SILVA, Larissa Gutierrez et al. Work ability among cleaning and hygiene's workers of a public university hospital. **Rev. eletrônica enf.**, Goiania, v. 12, n. 1, p. 158-163, 2010. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/fen_revista/v12/n1/pdf/v12n1a19.pdf> Acesso em: 30 dez. 2014.

DE CASTRO, Márcia Regina Pizzo; MATSUO, Tiemi; NUNES, Sandra Odebrecht Vargas. Características clínicas e qualidade de vida de fumantes em um centro de referência de abordagem e tratamento do tabagismo. **J. bras. pneumol.**, v. 36, n. 1, p. 67-74, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/jbpneu/v36n1/v36n1a12.pdf>> Acesso em: 30 dez. 2014.

DE CASTRO, Shamyry Sulyvan et al. **Inquérito de Saúde da Mulher na cidade de Uberaba – MG, 2014 (ISA - MULHER, 2013)** – Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba, 2013.

DE LIMA, Marina Arroscelas Galvão; BARBOSA, Leopoldo Nelson Fernandes; SOUGEY, Everton Botelho. Avaliação do Impacto na Qualidade de Vida em Pacientes com Câncer de Laringe. **Rev. SBPH.**, Belo Horizonte, v. 14, n. 1, jan-jun. 2011. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rsbph/v14n1/v14n1a03.pdf>> Acesso em 30 dez. 2014.

DYNIWICZ, Ana Maria et al. Avaliação da Qualidade de Vida de trabalhadores em empresa metalúrgica: um subsídio à prevenção de agravos à saúde. **Fisioter. mov.**, Curitiba, v. 22, n. 3, p. 457-466, jul-set. 2009. Disponível em:

<www2.pucpr.br/reol/index.php/RFM?dd1=2822&dd99=pd> Acesso em: 07 fev. 2015.

EL FASSI, Mehdi et al. Work ability assessment in a worker population: comparasion and determinantes of Work Ability Index and Work Abilty escore. **BMC Public Health**, London, v. 13, n. 305, p. 1471-2458, Apr. 2013. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3637198/pdf/1471-2458-13-305.pdf>> Acesso: 11 dez. 2014.

FERNANDES, Janielle Silva et al. Qualidade de vida dos enfermeiros das equipes de saúde da família: a relação das variáveis sociodemográficas. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 19, n. 3, p. 434–442, jul–set. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v19n3/a04v19n3.pdf>> Acesso em: 15 abr. 2014.

FISCHER, Frida Marina et al. A (in)capacidade para o trabalho em trabalhadores de Enfermagem. **Rev. Bras. Med. Trab.**, Belo Horizonte. v. 3, n. 2, p. 97-103, ago-dez. 2005. Disponível em: <http://www.anamt.org.br/site/upload_arquivos/revista_brasileira_de_medicina_do_trabalho_-_volume_3_20122013151036533424.pdf> Acesso em: 25 nov. 2014.

FLECK, Marcelo Pio de Almeida et al. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida “whoqol – bref”. **Rev. Saúde Pública.**, São Paulo, v. 34, n. 2, p. 178 – 183, abr. 2000. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/rsp/article/viewFile/25001/26829>> Acesso: 09 dez. 2014.

FRANCISCO, Priscila Maria Stolses Bergamo et al. Comparison of estimates of population-based surveys. **Rev. Saude Publica.**, São Paulo, v. 47, n. 1, p. 60-68, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v47n1/en_09.pdf> Acesso em: 18 out. 2014.

FUNDAÇÃO JOÃO PINHEIRO. **Boletim PAD/2011 Mercado de trabalho e gênero.** Belo Horizonte: Ano 2, n. 5, p. 1 – 53, mai. 2013. Disponível em: <<http://fjp.mg.gov.br/index.php/docman/cei/pad/119-boletim-pad-mg-2011-mercado-de-trabalho-e-genero/file>> Acesso em: 23 jul. 2014.

GESSNER, Cyntia Leila Stiz et al. Qualidade de vida de trabalhadores de equipes de saúde da família no sul do Brasil. **Rev. bras. pesquis. saúde.**, Vitória, v. 15, n. 3, p. 30-37, jul-set. 2013. Disponível em: <<http://periodicos.ufes.br/RBPS/article/viewFile/6323/4657>> Acesso em: 08 fev. 2015.

GIATTI, Luana; BARRETO, Sandhi Maria. Situação no mercado de trabalho e utilização de serviços de saúde no Brasil. **Ciênc. saúde coletiva.**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 9, p. 3817-3827, set. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n9/a17v16n9.pdf>> Acesso em: 12 set. 2013.
GODOY, Maria Beatriz et al. Situação trabalhista da mulher no ciclo gravídico-puerperal. **Invest. educ enferm.**, Colombia, v. 29, n. 1, p. 47-53, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.org.co/pdf/iee/v29n1/v29n1a06.pdf>> Acesso em: 25 jul. 2013.

Governo de Minas Gerais. **Grande mercado com 20 milhões de habitantes**. 2010. Disponível em: <<http://www.mg.gov.br/governomg/portal/m/governomg/invista-em-minas/invista-em-minas/11995-populacao/11972/5042>> Acesso 30 jun. 2014.

GUIRADELLI, Reginaldo. Adeus à divisão do trabalho? Desigualdade de gênero na cadeia reprodutiva da confecção. **Soc. estado.**, Brasília, v. 27, n. 3, p. 709-732, set-dez. 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/se/v27n3/14.pdf>> Acesso em: 22 jun. 2014.

HILLESHEIN, Eunice Fabiani; Lautert, Liana. Work capacity, sociodemographic and work characteristics of nurses at a university hospital. **Rev. latinoam. enferm.**, Ribeirão Preto, v. 20, n. 3, mai-jun. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n3/pt_a13v20n3.pdf> Acesso em: 30 dez. 2014.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTADÍSTICA. **Censo 2010: Mulheres são mais instruídas que os homens e ampliam o nível de ocupação**. Rio de Janeiro, 2012. Disponível em: <<http://censo2010.ibge.gov.br/noticias-censo?view=noticia&id=3&idnoticia=2296&busca=1&t=censo-2010-mulheres-sao-mais-instruidas-que-homens-ampliam-nivel-ocupacao>> Acesso 29 jun. 2014.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTADÍSTICA. **Estados @ Minas Gerais**. Rio de Janeiro, 2012. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/estadosat/perfil.php?sigla=mg#>> Acesso 23 jun. 2014.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTADÍSTICA. **Estimativas da população residente no Brasil e unidades da Federação com data de referência em 1º de julho de 2014**. Rio de Janeiro, 2014. Disponível em: <ftp://ftp.ibge.gov.br/Estimativas_de_Populacao/Estimativas_2014/estimativa_dou_2014.pdf> Acesso 26 nov. 2014.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTADÍSTICA. **Minas Gerais>> Uberaba >> Síntese das informações**. Rio de Janeiro, 2010. Disponível em: <<http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/temas.php?lang=&codmun=317010&idtema=16&search=minas-gerais|uberaba|sintese-das-informacoes>> Acesso 29 jun. 2014.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTADÍSTICA. **Censo 2010: Uniãoes consensuais já representam mais de 1/3 dos casamentos e são mais frequentes nas classes de menor rendimento**. Rio de Janeiro, 2012. Disponível em: <<http://censo2010.ibge.gov.br/noticias-censo?view=noticia&id=1&idnoticia=2240&t=censo-2010-unioes-consensuais-ja-representam-mais-13-casamentos-sao-mais-frequentes>> Acesso em: 29 dez. 2014.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTADÍSTICA. **Mulher no mercado de trabalho: Perguntas e respostas**. Rio de Janeiro, 2010. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/indicadores/trabalhoerendimento/pme_nova/Mulher_Mercado_Trabalho_Perg_Resp.pdf> Acesso em: 28 dez. 2014.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTADÍSTICA. **Pesquisa Nacional por amostra de domicílios – PNDA Contínua**. Rio de Janeiro, 2014. Disponível em: <ftp://ftp.ibge.gov.br/Trabalho_e_Rendimento/Pesquisa_Nacional_por_Amostra_de_

Domicilios_continua/Comentarios/pnadc_2014_02_trimestre_comentarios.pdf>
Acesso em: 01 dez. 2014.

JABLONSKI, Bernardo. A divisão de tarefas domésticas entre homens e mulheres no cotidiano do casamento. **Psicol. ciênc. prof.**, Brasília, v. 30, n. 2, p. 262-275, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pcp/v30n2/v30n2a04.pdf>> Acesso: 30 dez. 2014.

JURISWAY SISTEMA EDUCACIONAL ON LINE. **Legislação do direito do trabalho da mulher**: uma perspectiva de sua evolução. [S. l.], 2011. Disponível em: <http://www.jurisway.org.br/v2/dhall.asp?id_dh=6254>. Acesso em: 27 jun. 2014

KREIN, José Dari; SANTOS, Anselmo Luis; MORETTO, Amilton. Trabalho no Brasil: evolução recente e desafios. **Rev. parana. desenvolv.**, Curitiba, v. 34, n. 124, p. 27-33, jan-jun. 2013. Disponível em: <<http://www.ipardes.pr.gov.br/ojs/index.php/revistaparanaense/article/view/554/813>> Acesso em: 27 jun. 2013.

LANDEIRO, Graziela Macedo Bastos et al. Revisão Sistemática dos estudos sobre qualidade de vida indexados na base de dados Scielo. **Ciênc saúde coletiva.**, Rio de Janeiro, v.16, n. 10, p. 4257 – 4266, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n10/a31v16n10.pdf>> Acesso em: 28 out. 2014.

LEITE, Ana Cristina da Nóbrega Marinho Torres; PAES, Neir Antunes. Direitos femininos no Brasil: um enfoque na saúde materna. **Hist. ciênc. saúde-manguinhos.**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 705-714, jul-set. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v16n3/08.pdf>> Acesso em: 11 jun. 2014.

LUZ, Tatiana Chama Borges et al. Consumo de medicamentos por trabalhadores de hospital. **Ciênc. saúde coletiva.**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, p. 499-509, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n2/a23v17n2.pdf>> Acesso em: 29 dez. 2014.

MACHADO, Jorge Mesquita Huet et al., Situação da Rede Nacional Integral de Saúde do Trabalhador (Renast) no Brasil, 2008 – 2009. **Rev. Bras. Saúde Ocup.**, São Paulo, v. 38, n. 128, p. 243-256, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbso/v38n128/12.pdf>> Acesso em: 22 ago. 2014.

MACIEL, Erika da Silva et al. Correlação entre nível de renda e os domínios da qualidade de vida de população universitária. **R. bras. Qual. Vida.**, Ponta Grossa, v. 5, n. 1, p. 53-62, jan-mar. 2013. Disponível em: <<https://periodicos.utfpr.edu.br/rbqv/article/view/1458/957>> Acesso em: 07 fev. 2015.

MARQUEZE, Elaine Cristina; MORENO, Claudia Roberta de Castro. Satisfação no trabalho e capacidade para o trabalho entre docentes universitários. **Psicol. estud.**, Maringá, v. 14, n. 1, p. 75-82, jan-mar. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pe/v14n1/a10v14n1>> Acesso em: 07 fev. 2015.

MARTINEZ, Maria Carmen; LATORRE, Maria do Rosário Dias de Oliveira. Fatores associado à capacidade para o trabalho de trabalhadores do Setor Elétrico. **Cad. Saúde Pública.**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, p. 761-772, abr. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v25n4/07.pdf>> Acesso em: 30 dez. 2014.

MARTINEZ, Maria Carmen; LATORRE, Maria do Rosário Dias de Oliveira; FISCHER, Frida Marina. Capacidade para o trabalho: revisão de literatura. **Ciênc. saúde coletiva.**, Rio de Janeiro, v. 15, suppl. 1, p. 1553-1561, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v15s1/067.pdf>> Acesso em: 30 dez. 2014.

MASCARENHAS, Claudio Henrique Meira; PRADO, Fabio Ornellas; FERNANDES, Marcos Henrique. Fatores associados à qualidade de vida de Agentes Comunitários de Saúde. **Ciênc saúde coletiva.**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 5, p. 1375-1386, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n5/23.pdf>> Acesso em: 07 fev. 2015.

MEIRA-MASCARENHAS, Claudio H.; PRADO-ORNELLAS, Fabio; FERNANDES-HENRIQUE, Marcos. Community health agents' musculoskeletal pain na quality of life. **Revista Salud Pública**, v. 14, n. 4, p. 668 – 680, 2012. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23912519>> Acesso em: 22 set. 2014.

MIQUILIN, Isabella de Oliveira Campos et al. Desigualdades no acesso e uso dos serviços de saúde entre trabalhadores informais e desempregados: análise da PNAD 2008, Brasil. **Cad. Saúde Pública.**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 7, p. 1392-1406, jul. 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v29n7/13.pdf>> Acesso em: 08 fev. 2015.

MOURA, Aline Loiola et al. Capacidade para o trabalho de funcionários da prefeitura de um campus universitário público. **Rev. eletrônica. Enferm.**, Goiania, v. 15, n. 1, p. 1130-1137, jan-mar. 2013. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/fen_revista/v15/n1/pdf/v15n1a15.pdf> Acesso em: 09 fev. 2015.

MOURA, Eryl Catarina et al. Fatores de risco e proteção para doenças crônicas: vigilância por meio de inquérito telefônico, VIGITEL, Brasil, 2007. **Cad. Saúde Pública.**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 3, mar. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v27n3/09.pdf>> Acesso em: 28 dez. 2014.

NESPECA, Milena; CYRILLO, Denise Cavallini. Qualidade de vida no trabalho de funcionários públicos: papel da nutrição e da qualidade de vida. **Acta Sci. Health Sci.**, Maringá, v. 33, n. 2, p. 187–195, 2011. Disponível em: <<http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/ActaSciHealthSci/article/view/7885>> Acesso 10 nov. 2014.

OIT (Organização Internacional do Trabalho). **História**. Brasília. Disponível em: <<http://www.oitbrasil.org.br/content/história>>. Acesso em: 12 set. 2014.

OLIVEIRA, Elizabete Regina Araújo de et al. Gênero e qualidade de vida percebida: estudo com professores da área de saúde. **Ciênc. saúde coletiva.**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 741-747, mar. 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n3/v17n3a21.pdf>> Acesso em: 12 dez. 2014.

PADULA, Rosemeire S. et al. The work ability index and functional capacity among older workers. **Braz J. Phys. Ther.**, São Carlos, v. 17, n. 4, p. 382-391, Jul-Aug. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbfis/v17n4/pt_1413-3555-rbfis-nahead2332012.pdf> Acesso em: 13 dez. 2014.

PALAZZO, Lilian dos Santos; CARLOTTO, Mary Sandra; AERTS, Denise Rangel Ganzo de Castro. Burnout Syndrome: population-based study on public servants. **Rev. Saúde Pública.**, São Paulo, v. 46, n. 6, Dec. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102012000600017> Acesso: 30 dez. 2014.

PEREIRA, Érico Felden; TEIXEIRA, Clarissa Stefani; LOPES, Adair da Silva. Qualidade de vida de professores de educação básica do município de Florianópolis, SC, Brasil. **Ciênc. saúde coletiva.**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 7, p. 1963-1970, 2013. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/pdf/630/63027990011.pdf>> Acesso em: 31 dez. 2014.

PEREIRA, Maurício Gomes. **Epidemiologia: teoria e prática.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.

PEREIRA, Maycon Samuel Xavier; LOEBLEIN DOS SANTOS, Marcelo. Igualdade de gênero nas relações de trabalho: Superando os estereótipos entre homem e mulher. **Revista Eletrônica do Curso de Direito da UFSM**, Rio Grande do Sul, v. 5, n. 2, 2010. Disponível em: <<http://cascavel.ufsm.br/revistas/ojs-2.2.2/index.php/revistadireito/article/view/7051/4264#.VMAF0EfF9qU>> Acesso em: 02 jun. 2014.

PESSANHA, Eliana Gonçalves da Fonte; ARTUR, Karen. Direitos trabalhistas e organização dos trabalhadores num contexto de mudanças no mundo do trabalho: efeitos sobre os trabalhadores de saúde. **Ciênc. saúde coletiva.**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 6, p. 1569-1580, jun. 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n6/09.pdf>> Acesso em: 14 jul. 2014.

PREFEITURA MUNICIPAL DE UBERABA. **Origens e trajetória histórica de Uberaba.** 2014. Disponível em: <<http://www.uberaba.mg.gov.br/portal/conteudo,328>> Acesso 30 jun. 2014.

PREFEITURA MUNICIPAL DE UBERABA. **Plano Municipal de Saúde 2014/2017.** Uberaba, 2014. Disponível em: <http://www.uberaba.mg.gov.br/portal/acervo/saude/arquivos/plano_municipal_saude.pdf> Acesso em: 23 out. 2014.

PROCHNOW, Andrea et al. Capacidade para o trabalho na enfermagem: relação com demandas psicológicas e controle sobre o trabalho. **Rev. Latino am. enferm.**, Ribeirão Preto, v. 21, n. 6, p. 1298-1305, nov-dez. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21n6/pt_0104-1169-rlae-21-06-01298.pdf> Acesso em: 12 nov. 2014.

QEIROZ, Dayane Lemes de; SOUZA, José Carlos. Qualidade de vida e capacidade para o trabalho de profissionais de enfermagem. **Psicol. inf.**, São Paulo, n. 16, p. 103-126, jan-dez. 2012. Disponível em: <<https://www.metodista.br/revistas/revistas-ims/index.php/PINFOR/article/viewFile/3999/3478>> Acesso em: 27 dez. 2014.

Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST). **Centro de Referência em Saúde do Trabalhador**. 2014. Disponível em: <<http://www.renastonline.org/temas/centro-refer%C3%Aancia-sa%C3%BAde-trabalhador-cerest>>. Acesso em: 25 jun. 2014.

RIOS, Kátia Assalvi; BARBOSA, Dulce Aparecida; BELASCO, Angélica Gonçalves Silva. Avaliação de qualidade de vida e depressão de técnicos e auxiliares de enfermagem. **Rev. Latino am. enferm.**, Ribeirão Preto, v. 18, n. 3, mai –jun. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n3/pt_17.pdf> Acesso em: 07 fev. 2015.

ROCHA-VIDIGAL, Claudia Bueno; VIDIGAL, Vinícius Gonçalves. Investimento na qualificação profissional: uma abordagem econômica sobre sua importância. **Acta Sci., Hum. Soc. Sci.**, Maringá, v. 34, n.1, p 41-48, jan-jun. 2012. Disponível em: <<http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/ActaSciHumanSocSci/article/viewFile/14181/pdf>> Acesso em: 10 fev. 2015.

RUTTANEN, Reetta et al. Short- and Long-term Effects of a Physical Exercise Intervention on Work Ability and Work Strain in Symptomatic Menopausal Women. **Saf. health work.**, Geneva, v. 5, n.4, p. 186-190, 2014. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4266772/>> Acesso em: 14 jan. 2015.

SAMPAIO, Rosana F.; AUGUSTO, Viviane G. Aging and work: a challenge for the rehabilitation schedule. **Braz. j. phys. ther.**, São Carlos, v. 16, n. 2, p. 94-101, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-35552012000200003> Acesso em: 13 jan. 2015.

SANTOS, Nilce Maria de Freitas; TAVARES, Darlene Mara dos Santos. Correlação entre qualidade de vida e morbidade do cuidador de idosos com acidente vascular encefálico. **Rev. Esc. Enferm. USP.**, v. 46, n. 4, p. 960-966, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n4/25.pdf>> Acesso em: 07 fev. 2015.

SÁPIA, Tatiana; FELLI, Vanda Elisa; CIAMPONE, Maria Helena Trench. Health problems among outpatient nursing personnel with a high physiological workload. **Acta Paul. Enferm.**, São Paulo, v. 22, n. 6, Nov-Dec. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v22n6/en_a13v22n6.pdf> Acesso em: 30 dez. 2014.

SARAVI, Fatihe Kerman et al. Comparing health – related quality of life of employed women and housewives – a cross sectional study from southeast Iran. **BWC Women's Health.**, London, v. 12, n. 14, Nov. 2012. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3559256/pdf/1472-6874-12-41.pdf>> Acesso: 02 dez. 2014.

SCHUJMAN, Adriana; DA COSTA, Silvia Generali. A influência da promoção nas relações de amizade no ambiente e trabalho. **Psico.**, Porto Alegre, v. 43, n. 1, p. 39-46, jan-mar. 2012. Disponível em: <<http://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/19108>> Acesso em: 08 fev. 2015.

SILVA JUNIOR, Sérgio Henrique Almeida da et al. Confiabilidade teste-reteste do Índice de Capacidade para o Trabalho (ICT) em trabalhadores de enfermagem. **Rev. Bras. Epidemiol.**, São Paulo, v. 16, n. 1, mar. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1415-790X2013000100202&script=sci_arttext&tlng=es> Acesso em: 02 jan. 2015.

SILVA, Estefânia Gonçalves; NOGUEIRA, Maria da Conceição; ANTUNES DAS NEVES, Ana Sofia. (RE) Conciliação dos usos do tempo: Imigração, Gênero e Trabalho-Família. **Revista Psico.**, Rio Grande do Sul, v. 41, n. 4, p. 455-461, out.-dez. 2010. Disponível em: <<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/revistapsico/article/viewFile/8312/5950>> Acesso em: 17 jul. 2014.

SIMÕES, Mariana Roberta Lopes; ROCHA, Adelaide de Mattia; SOUZA, Carla. Factores asociados al absentismo-enfermedad de los trabajadores rurales de una empresa forestal. **Rev. latinoam. Enferm.**, Ribeirão Preto, v. 20, n. 4, Jul – Ago. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n4/es_12.pdf> Acesso em: 30 dez. 2014.

SOLETO-SUÁREZ, Nidia R et al. Condiciones de salud y trabajo de las mujeres em la economia informal Bogotá 2007. **Rev. Salud Publica.**, Bogotá, v. 14, p. 32-42, jun. 2012. Disponível em: <<http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-659928>> Acesso em: 12 dez. 2014.

TEIXEIRA, Márcia Cunha. A invisibilidade das doenças e acidentes de trabalho na sociedade atual. **Revista de Direito Sanitário**, São Paulo, v. 13, n. 1, p. 102-131, mar-jun. 2012. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/rdisan/article/view/55696/59112>> Acesso em: 24 out. 2014.

TUOMI, Kaija et al. **Índice de capacidade para o trabalho**. Traduzido por Frida Marina Fischer (Coord.). São Carlos: EdUFSCar, 2010, 59 p.

UBERABA (MG). Prefeitura. **Cidade - Localização**. Uberaba, 2014. Disponível em: <<http://www.uberaba.mg.gov.br/portal/conteudo,709>> Acesso em: 01 dez. 2014.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL. **Versão em português dos instrumentos de avaliação de qualidade de vida (WHOQOL)**. 1998. Disponível em: <<http://www.ufrgs.br/psiquiatria/psiq/whoqol1.html#1>> Acesso 30 jun. 2014.

VARGAS, Luiz Alberto de et al. Setenta anos da CLT: A atualidade do direito social no século XXI. **Rev. TST.**, Brasília, v. 79, n. 2, abr – jun. 2013. Disponível em: <<http://trt-4.jusbrasil.com.br/noticias/100509824/artigo-a-atualidade-do-direito-social-no-seculo-xxi-por-integrantes-da-3-turma-do-trt4>> Acesso em: 12 nov. 2014.

VARGETTI, Gislaine Cristina et al. Condições de saúde e variáveis sociodemográficas associadas à qualidade de vida em idosas de um programa de atividade física de Curitiba, Paraná, Sul do Brasil. **Cad. Saúde Pública.**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 5, p. 955 – 969, mai. 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v29n5/13.pdf>> Acesso em: 12 dez. 2014.

VASCONCELOS, Suleima Pedroza et al. Factors associated with work ability and perception of fatigue among nursing personnel from Amazonia. **Rev. bras. epidemiol.**, São Paulo, v. 14, n. 4, p. 688-697, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v14n4/15.pdf>> Acesso em: 30 dez. 2014.

VIDAL, Renata de Queiroz Santana; NETO, Annibal Muni Silvany. Brailian female workers: socioeconomic and occupational characteristics and health profile. **Rev. bras. Saúde ocup.**, São Paulo, v. 34, n. 120, p. 115-127, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbso/v34n120/03v34n120.pdf>> Acesso em: 13 jan. 2015.

VIEIRA, Adriane; AMARAL, Grazielle Alves. The art of being a Hummingbird in women's triple-shift workday. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 22, n. 2, p. 403-414, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v22n2/v22n2a12.pdf>> Acesso em: 22 set. 2014.

VILELA, Thaís; ARAÚJO, Eliane; RIBEIRO, Eduardo Pontual. Análise do Diferencial de Renda do Trabalho em 2008 entre Diferentes Gerações de Trabalhadores no Brasil. **Revista EconomiA**, Brasília, v. 13, n. 2, p. 385-414, mai-ago. 2012. Disponível em: <http://anpec.org.br/revista/vol13/vol13n2p385_414.pdf> Acesso em: 09 fev. 2015.

WALSH, Isabel A P et al. Clinical and functional aspects of work-related musculoskeletal disorders among active workers. **Rev. Saúde Pública** [online], São Paulo, v. 42, n. 1, p. 108-116, 2008. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v42n1/6187.pdf>> Acesso em: 25 nov. 2014.

APÊNDICE

APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Título do Projeto: **“Inquérito de Saúde da Mulher na cidade de Uberaba-MG, 2014”**

TERMO DE ESCLARECIMENTO

Você está sendo convidado (a) a participar do estudo **“Inquérito de Saúde da Mulher na cidade de Uberaba-MG, 2013”**, por ser do sexo feminino e possuir mais de 18 anos. Os avanços na área das ocorrem através de estudos como este, por isso a sua participação é importante. Os objetivos deste estudo são:

- Determinar a prevalência de doenças crônicas, transtorno Mental Comum (TCM), depressão;
- Estudar a qualidade de vida geral, quociente sexual, capacidade para o trabalho, a qualidade de vida entre mulheres com endometriose, a qualidade de vida entre as mulheres com incontinência urinária;
- Determinar o risco para desenvolver câncer de mama de acordo com o histórico familiar e verificar a frequência de realização dos exames preventivos de câncer;
- Verificar as queixas durante a gestação, a saúde da mulher no climatério e o impacto da fibromialgia nas entrevistadas em que o diagnóstico for confirmado até o ano de 20014;
- Verificar o perfil antropométrico e hábitos alimentares.

Não será feito nenhum procedimento que lhe traga qualquer desconforto ou risco à sua vida. Você poderá obter todas as informações que quiser e poderá não participar da pesquisa ou retirar seu consentimento a qualquer momento, sem prejuízo no seu atendimento. Pela sua participação no estudo, você não receberá qualquer valor em dinheiro, mas terá a garantia de que todas as despesas necessárias para a realização da pesquisa não serão de sua responsabilidade. Seu nome não aparecerá em qualquer momento do estudo, pois você será identificado com um número.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE, APÓS ESCLARECIMENTO

Título do Projeto: **“Inquérito de Saúde da Mulher na cidade de Uberaba-MG, 2013”**.

Eu, _____,
li e/ou ouvi o esclarecimento acima e compreendi para que serve o estudo e qual procedimento a que serei submetido. A explicação que recebi esclarece os riscos e benefícios do estudo. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento e sem justificar minha decisão. Sei que meu nome não será divulgado, que não terei despesas e não receberei dinheiro por participar do estudo. Eu concordo em participar do estudo.

Uberaba,/...../.....

Assinatura do voluntário ou seu responsável legal

Documento de Identidade

Assinatura do pesquisador responsável

Assinatura do pesquisador orientador

Telefone de contato dos pesquisadores

Prof. Dr. Shamy S de Castro (9192 8122)

Profa. Dra. Isabel Aparecida Porcatti de Walsh (3077 1501)

Profa. Dra. Maria Cristina Cortez Carneiro Meirelles (9932 3001)

Em caso de dúvida em relação a esse documento, você pode entrar em contato com o Comitê Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, pelo telefone 3318-5854.

APÊNDICE B – Caracterização sociodemográfica e epidemiológica

BLOCO A – Identificação e Caracterização Sociodemográfico e Epidemiológica TODAS

A.1. Nome da entrevistada:

A.2. Data de nascimento: ___/___/___

A.3. Qual é o seu estado civil? () Solteiro () em união () separada () viúva

A.4. Quantos anos de estudo você tem? _____

A.5. Qual é a cor da sua pele? () Branca () Parda () Preta () Amarela ()
Vermelha

() Outra: _____

A.6. Qual é a sua Religião e/ou Doutrina? () Católica () Evangélica () Espírita () Ateu ()

Outra: _____

A.7. Qual a renda familiar total mensal (R\$)? _____

A.8. Quantas pessoas residem na casa? _____

A.9. Quantas pessoas contribuem com a renda familiar? _____ A.10. Você é chefe da família?

() Não () Sim

SUBBLOCO B3 – MEDICAMENTOS EM USO E HÁBITOS

B.3.1. Está fazendo uso de algum medicamento? () Não → Vá para questão B.3.2.

() Sim

B.3.1a. Qual (is)? _____

B.3.2. Você fuma? () Não → Vá para questão B.3.3.

() Sim

() Ex tabagista → B.3.2ª. Há quanto tempo? _____

B.3.2b. Quantos cigarros por dia? _____

B.3.2c. Há quanto tempo? _____

APÊNDICE C – Caracterização epidemiológica

B2. DOENÇAS CRÔNICAS

B.2.1. Qual dessas lesões ou doenças você possui ATUALMENTE?

0 = Não tem ; opinião sim	1 = Sim, com diagnóstico médico;	2 = Na minha
------------------------------	----------------------------------	--------------

Músculo - esqueléticas		
B.2.1-1	Lesões nas costas	
B.2.1-2	Lesões nos braços/mãos	
B.2.1-3	Lesões nas pernas/pés	
B.2.1-4	Lesões em outras partes do corpo.	
B.2.1-4a	Onde?	
B.2.1-4b	Que tipo de lesão?	
B.2.1-5	Doença da parte superior das costas ou região do pescoço, com dores frequentes	
B.2.1-6	Doença da parte inferior das costas com dores frequentes	
B.2.1-7	Dor nas costas que se irradia para a perna (ciática)	
B.2.1-8	Doença músculo-esquelética afetando os membros (braços e pernas) com dores frequentes.	
B.2.1-9	Artrite reumatoide	
B.2.1-10	Outra doença músculo esquelética.	
B.2.1-10a	Qual?	
Cardíacas		
B.2.1-11	Hipertensão arterial (pressão alta)	
B.2.1-12	Doença coronariana, dor no peito durante o exercício (angina pectoris)	
B.2.1-13	Infarto do miocárdio, trombose coronariana	
B.2.1-14	Insuficiência cardíaca	
B.2.1-15	*Cardiomegalia	
B.2.1-16	*Chagas	
B.2.1-17	Outra doença cardiovascular.	
B.2.1-17a	Qual?	
Respiratórias		
B.2.1-18	Infecções repetidas do trato respiratório (incluindo amigdalite, sinusite aguda, bronquite aguda)	
B.2.1-19	Bronquite crônica	
B.2.1-20	Sinusite crônica	
B.2.1-21	Asma	
B.2.1-22	Enfisema	
B.2.1-23	Tuberculose pulmonar	
B.2.1-24	Outra doença respiratória.	
B.2.1-24a	Qual?	
Emocionais		
B.2.1-25	Distúrbio emocional severo (ex. depressão severa)	
B.2.1-26	Distúrbio emocional leve (ex. depressão leve, tensão, ansiedade, insônia)	
Neurológicas		
B.2.1-27	Problema ou diminuição da audição	
B.2.1-28	Doença ou lesão da visão (não assinale se apenas usa óculos e/ou lente de contato de grau)	
B.2.1-29	Doença neurológica (acidente vascular cerebral ou “derrame”, neuralgia,	

	enxaqueca, epilepsia)	
B.2.1-30	*Convulsões	
B.2.1-31	Outra doença neurológica ou dos órgãos dos sentidos.	
B.2.1-31a	Qual?	

* Não fazem parte do ICT

0 = Não tem ;	1 = Sim, com diagnóstico médico;	2 = Na minha opinião sim
---------------	----------------------------------	--------------------------

Digestivas		
B.2.1-32	Pedras ou doença da vesícula biliar	
B.2.1-33	Doença do pâncreas ou do fígado	
B.2.1-34	Úlcera gástrica ou duodenal	
B.2.1-35	Gastrite ou irritação duodenal	
B.2.1-36	Colite ou irritação duodenal	
B.2.1-37	Outra doença digestiva.	
B.2.1-37a	Qual?	
Genito urinárias		
B.2.1-38	Infecção das vias urinárias	
B.2.1-39	Diarréia	
B.2.1-40	Constipação	
B.2.1-41	Gazes	
B.2.1-42	Doenças dos rins	
B.2.1-43	Doenças nos genitais e aparelho reprodutor (p. ex. problema nas trompas ou na próstata)	
B.2.1-44	Outra doença geniturinária. Qual?	
B.2.1-44a	Qual?	
Dermatológicas		
B.2.1-45	Alergia, eczema	
B.2.1-46	Outra erupção.	
B.2.1-46a	Qual?	
B.2.1-47	Outra doença da pele.	
B.2.1-47a	Qual?	
Tumorais		
B.2.1-48	Tumor benigno.	
B.2.1-48a	*Onde?	
B.2.1-49	Tumor maligno (Câncer).	
B.2.1-49b	Onde?	
Endócrinas / Metabólicas		
B.2.1-50	Obesidade	
B.2.1-51	Diabetes	
B.2.1-52	Varizes	
B.2.1-53	Colesterol alto	
B.2.1-54	Bócio ou outra doença da tireóide	
B.2.1-55	*Hipotireoidismo?	
B.2.1-56	*Hipertireoidismo?	
B.2.1-57	Outra doença endócrina ou metabólica.	
B.2.1-57a	Qual?	
Sanguíneas		
B.2.1-58	Anemia	

B.2.1-59	Outra doença do sangue.	
B.2.1-59a	Qual?	
	Congênitas	
B.2.1-60	Defeito de nascimento.	
B.2.1-60a	Qual?	
B.2.1-61	Outro problema ou doença.	
B.2.1-61a	Qual?	

* Não fazem parte do ICT

APÊNDICE D – Caracterização ocupacional

BLOCO N – CAPACIDADE PARA O TRABALHO

(somente para mulheres que exerce trabalho remunerado)

Realizado completamente? () Sim () Não → Motivo: _____

N1. PERGUNTAS COMPLEMENTARES:

N.1.1. Qual a sua renda mensal (R\$) ou salário? _____

N.1.2. Quantos trabalhos você tem atualmente? _____

N.1.3. Com relação ao trabalho 1:

N.1.3.1. Qual o seu vínculo de trabalho? () Com registro em carteira ou funcionário público
() Autônomo com recolhimento previdenciário
() Autônomo sem recolhimento previdenciário

N.1.3.2. Qual sua profissão/função? _____

N.1.3.3. Por quantos anos trabalha nesse serviço? _____

N.1.3.4. Quantas horas por dia você dedica a esse (s) serviço (s)? () 4h () 6h () 8h () 12h

N.1.3.5. No seu trabalho em qual posição permanece durante a maior parte do tempo?
() Sentada () Agachada () Em pé () Deitada () Outra: _____

N.1.3.6. No seu trabalho há a necessidade do uso de equipamentos para proteção individual?
() Não () Sim → N.1.3.6a. Qual (is)? _____

N.1.3.7. No local em que você trabalha é realizado a ginástica laboral?
() Não → Vá para a questão N.1.3.10.
() Sim

N.1.3.7a. Com que frequência a ginástica é feita por dia? _____

N.1.3.7b. Por quanto tempo é feita a ginástica? _____

N.1.3.8. Você participa da ginástica laboral no seu local de trabalho?
() Não
() Sim → Vá para a questão N.1.3.9.

N.1.3.8a. Porque você não participa? _____

N.1.3.9. Como considera os resultados da ginástica?
() Positivos () Negativos () Indiferente

N.1.3.10. Quantos dias por semana você tem folga em seu trabalho?
() 1 dia () 2 dias () 3 dias () mais de 3 dias

N.1.3.11. Você realiza pausa para descanso em seu trabalho?
() Não → Vá para a questão N.1.3.12.
() Sim

- N.1.3.11a. Quantas pausas você realiza? _____
- N.1.3.11b. Quanto tempo dura cada pausa? _____
- N.1.3.12. Você tem metas para cumprir em seu trabalho?
() Não → Vá para a questão N.1.3.13.
() Sim
- N.1.3.12a. Você sente pressão para cumprimento dos prazos e metas? () Não () Sim
- N.1.3.13. Você já teve algum tipo de assistência ergonômica no seu trabalho? () Não () Sim
- N.1.3.14. Você já se afastou do trabalho por menos de 15 dias?
() Não → Vá para a questão N.1.3.15.
() Sim
- N.1.3.14a. Quantas vezes? _____
- N.1.3.14b. Qual o motivo? _____
- N.1.3.15. Você já se afastou do trabalho por mais de 15 dias?
() Não → Vá para a questão N.1.3.16.
() Sim
- N.1.3.15a. Quantas vezes? _____
- N.1.3.15b. Qual o motivo? _____
- N.1.3.16. O relacionamento com os colegas de trabalho é bom? () Não () Sim
- N.1.3.17. O relacionamento com o chefe imediato é bom? () Não () Sim
- N.1.3.18. Você está satisfeito com o seu trabalho?
() Muito Insatisfeito () Insatisfeito () Nem insatisfeito nem satisfeito
() Satisfeito () Muito Satisfeito

ANEXOS

Anexo A – Tabelas de distribuição da quantidade de domicílios selecionados para a pesquisa

Tabela 24a - Distribuição da quantidade de domicílios a serem selecionados (terceiro estágio) dentro de cada um dos 24 bairros selecionados (primeiro estágio) na cidade de Uberaba, 2013.

AMOSTRA DE BAIRROS E SETORES CENSITÁRIOS SELECIONADOS: QDE. DE DOMICILIOS PARA PESQUISA (n)-IA=27						
BAIRRO		COD-SETOR	QDE.	QDE.	DOMICILIOS	
COD.	NOME	CENSITÁRIO	DOMICILIOS	MULHERES≥18	% MULHERES ≥ 18	PARA PESQUISA (n)
6	FABRICIO	1	298	369	8,9	11
6	FABRICIO	6	263	329	7,9	10
6	FABRICIO	7	455	604	13,6	17
6	FABRICIO	9	305	395	9,1	11
6	FABRICIO	11	313	404	9,3	12
6	FABRICIO	12	151	186	4,5	6
6	FABRICIO	13	225	277	6,7	8
6	FABRICIO	15	38	47	1,1	1
6	FABRICIO	16	363	444	10,8	14
6	FABRICIO	18	428	501	12,8	16
6	FABRICIO	19	373	466	11,1	14
6	FABRICIO	21	138	163	4,1	5
TOTAL			3350	4185	6,8	128
7	BOA VISTA	2	204	249	4,7	8
7	BOA VISTA	3	420	498	9,6	16
7	BOA VISTA	7	256	315	5,9	10
7	BOA VISTA	9	121	133	2,8	5
7	BOA VISTA	10	235	293	5,4	9
7	BOA VISTA	13	213	289	4,9	8
7	BOA VISTA	15	221	271	5,1	8
7	BOA VISTA	17	367	399	8,4	14
7	BOA VISTA	18	263	320	6,0	10
7	BOA VISTA	19	255	340	5,8	10
7	BOA VISTA	20	324	392	7,4	12
7	BOA VISTA	23	223	261	5,1	8
7	BOA VISTA	25	282	348	6,5	11
7	BOA VISTA	26	229	275	5,2	9
7	BOA VISTA	29	242	284	5,5	9
7	BOA VISTA	32	344	397	7,9	13
7	BOA VISTA	34	169	212	3,9	6
TOTAL			4368	5276	8,9	163
9	AMOROSO COSTA	2	351	378	18,4	13
9	AMOROSO COSTA	3	42	45	2,2	2
9	AMOROSO COSTA	4	389	493	20,4	15
9	AMOROSO COSTA	7	195	238	10,2	7
9	AMOROSO COSTA	10	206	253	10,8	8
9	AMOROSO COSTA	11	721	840	37,9	27
TOTAL			1904	2247	3,9	71
11	ALFREDO FREIRE	5	227	295	24,8	8
11	ALFREDO FREIRE	6	315	396	34,4	12
11	ALFREDO FREIRE	7	237	256	25,8	9
11	ALFREDO FREIRE	8	138	163	15,0	5
TOTAL			917	1110	1,9	34

Fonte: ISA – MULHER, 2013.

Tabela 24b - (Continuação) Distribuição da quantidade de domicílios a serem selecionados (terceiro estágio) dentro de cada um dos 24 bairros selecionados (primeiro estágio) na cidade de Uberaba, 2013.

AMOSTRA DE BAIRROS E SETORES CENSITÁRIOS SELECIONADOS: QDE. DE DOMICÍLIOS PARA PESQUISA (n)-IA=27						
BAIRRO		COD-SETOR	QDE.	QDE.	DOMICÍLIOS	
COD.	NOME	CENSITÁRIO	DOMICÍLIOS	MULHERES≥18	% MULHERES ≥ 18	PARA PESQUISA (n)
13	GRANDE HORIZONTE	1	155	194	9,0	6
13	GRANDE HORIZONTE	2	144	181	8,3	5
13	GRANDE HORIZONTE	4	112	136	6,5	4
13	GRANDE HORIZONTE	7	294	331	17,0	11
13	GRANDE HORIZONTE	9	273	265	15,8	10
13	GRANDE HORIZONTE	10	331	340	19,2	12
13	GRANDE HORIZONTE	12	416	467	24,1	16
TOTAL			1725	1914	3,5	64
14	MERCÊS	2	223	300	10,0	8
14	MERCÊS	4	31	38	1,4	1
14	MERCÊS	5	46	56	2,1	2
14	MERCÊS	6	298	388	13,4	11
14	MERCÊS	10	307	351	13,8	11
14	MERCÊS	11	265	331	11,9	10
14	MERCÊS	14	137	170	6,2	5
14	MERCÊS	15	338	389	15,2	13
14	MERCÊS	17	121	139	5,5	5
14	MERCÊS	18	268	361	12,1	10
14	MERCÊS	19	185	226	8,3	7
TOTAL			2219	2749	4,5	83
15	CENTRO	2	192	215	15,4	7
15	CENTRO	4	237	294	19,0	9
15	CENTRO	6	190	243	15,2	7
15	CENTRO	7	148	152	11,8	6
15	CENTRO	9	32	45	2,6	1
15	CENTRO	11	247	337	19,8	9
15	CENTRO	12	203	260	16,3	8
TOTAL			1249	1546	2,5	47
16	BOA ESPERANÇA	1	224	303	25,1	8
16	BOA ESPERANÇA	2	352	458	39,4	13
16	BOA ESPERANÇA	3	265	333	29,7	10
16	BOA ESPERANÇA	6	52	75	5,8	2
TOTAL			893	1169	1,8	33
17	ESTADOS UNIDOS	4	98	115	2,8	4
17	ESTADOS UNIDOS	6	306	369	8,8	11
17	ESTADOS UNIDOS	7	247	333	7,1	9
17	ESTADOS UNIDOS	8	233	304	6,7	9
17	ESTADOS UNIDOS	9	239	339	6,9	9
17	ESTADOS UNIDOS	11	228	282	6,6	9
17	ESTADOS UNIDOS	12	329	442	9,5	12
17	ESTADOS UNIDOS	17	301	406	8,7	11
17	ESTADOS UNIDOS	20	268	386	7,7	10
17	ESTADOS UNIDOS	21	215	302	6,2	8
17	ESTADOS UNIDOS	22	327	497	9,4	12
17	ESTADOS UNIDOS	23	342	372	9,9	13
17	ESTADOS UNIDOS	25	334	396	9,6	12
TOTAL			3467	4543	7,0	129

Fonte: ISA – MULHER, 2013.

Tabela 24c -(Continuação) Distribuição da quantidade de domicílios a serem selecionados (terceiro estágio) dentro de cada um dos 24 bairros selecionados (primeiro estágio) na cidade de Uberaba, 2013.

AMOSTRA DE BAIRROS E SETORES CENSITÁRIOS SELECIONADOS: QDE. DE DOMICILIOS PARA PESQUISA (n)-IA=27						
BAIRRO		COD-SETOR	QDE.	QDE.	DOMICILIOS	
COD.	NOME	CENSITÁRIO	DOMICILIOS	MULHERES≥18	% MULHERES ≥ 18	PARA PESQUISA (n)
18	PARAÍSO	6	369	411	12,7	14
18	PARAÍSO	10	534	601	18,3	20
18	PARAÍSO	11	313	415	10,7	12
18	PARAÍSO	12	340	435	11,7	13
18	PARAÍSO	16	172	188	5,9	6
18	PARAÍSO	17	524	611	18,0	20
TOTAL			2914	3410	5,9	109
19	MORUMBI	2	197	228	10,0	7
19	MORUMBI	4	277	304	14,1	10
19	MORUMBI	6	268	312	13,7	10
19	MORUMBI	7	278	316	14,2	10
19	MORUMBI	10	341	379	17,4	13
19	MORUMBI	11	245	268	12,5	9
19	MORUMBI	12	166	189	8,5	6
19	MORUMBI	14	190	206	9,7	7
TOTAL			1962	2202	4,0	73
20	AEROPORTO	2	199	264	12,1	7
20	AEROPORTO	4	238	282	14,5	9
20	AEROPORTO	6	777	862	47,2	29
20	AEROPORTO	7	225	314	13,7	8
20	AEROPORTO	9	207	269	12,6	8
TOTAL			1646	1991	3,3	61
21	SANTA MARIA	3	229	283	9,4	9
21	SANTA MARIA	4	223	294	9,1	8
21	SANTA MARIA	6	280	319	11,4	10
21	SANTA MARIA	7	188	223	7,7	7
21	SANTA MARIA	8	188	221	7,7	7
21	SANTA MARIA	12	416	440	17,0	16
21	SANTA MARIA	13	712	783	29,1	27
21	SANTA MARIA	14	212	222	8,7	8
TOTAL			2448	2785	5,0	91
22	SÃO BENEDITO	2	226	300	8,6	8
22	SÃO BENEDITO	6	99	113	3,8	4
22	SÃO BENEDITO	8	239	318	9,1	9
22	SÃO BENEDITO	9	190	257	7,2	7
22	SÃO BENEDITO	10	109	137	4,2	4
22	SÃO BENEDITO	11	156	193	6,0	6
22	SÃO BENEDITO	14	177	216	6,8	7
22	SÃO BENEDITO	16	246	287	9,4	9
22	SÃO BENEDITO	18	176	217	6,7	7
22	SÃO BENEDITO	19	284	361	10,8	11
22	SÃO BENEDITO	20	249	314	9,5	9
22	SÃO BENEDITO	24	223	274	8,5	8
22	SÃO BENEDITO	25	247	324	9,4	9
TOTAL			2621	3311	5,3	98

Fonte: ISA – MULHER, 2013.

Tabela 24d -(Continuação) Distribuição da quantidade de domicílios a serem selecionados (terceiro estágio dentro de cada um dos 24 bairros selecionados (primeiro estágio) na cidade de Uberaba, 2013.

AMOSTRA DE BAIROS E SETORES CENSITÁRIOS SELECIONADOS: QDE. DE DOMICILIOS PARA PESQUISA (n)-IA=27						
BAIRRO		COD-SETOR	QDE.	QDE.	DOMICILIOS	
COD.	NOME	CENSITÁRIO	DOMICILIOS	MULHERES≥18	% MULHERES ≥ 18	PARA PESQUISA (n)
23	ABADIA	9	133	194	3,8	5
23	ABADIA	10	160	213	4,5	6
23	ABADIA	11	105	139	3,0	4
23	ABADIA	14	299	388	8,5	11
23	ABADIA	16	258	313	7,3	10
23	ABADIA	19	231	290	6,5	9
23	ABADIA	24	217	281	6,1	8
23	ABADIA	25	299	346	8,5	11
23	ABADIA	29	243	304	6,9	9
23	ABADIA	30	253	282	7,2	9
23	ABADIA	31	120	140	3,4	4
23	ABADIA	32	45	52	1,3	2
23	ABADIA	33	212	240	6,0	8
23	ABADIA	34	391	434	11,1	15
TOTAL			3535	4378	7,2	132
24	LEBLON	1	300	380	15,2	11
24	LEBLON	4	220	303	11,2	8
24	LEBLON	5	76	94	3,9	3
24	LEBLON	11	298	365	15,1	11
24	LEBLON	12	210	265	10,7	8
24	LEBLON	13	171	224	8,7	6
24	LEBLON	14	253	330	12,8	9
24	LEBLON	15	298	359	15,1	11
24	LEBLON	17	145	176	7,4	5
TOTAL			1971	2496	4,0	74
25	COSTA TELES	1	154	186	5,8	6
25	COSTA TELES	2	65	78	2,4	2
25	COSTA TELES	5	184	213	6,9	7
25	COSTA TELES	6	190	221	7,2	7
25	COSTA TELES	10	245	318	9,2	9
25	COSTA TELES	12	247	320	9,3	9
25	COSTA TELES	14	337	430	12,7	13
25	COSTA TELES	15	257	293	9,7	10
25	COSTA TELES	16	308	356	11,6	11
25	COSTA TELES	18	253	303	9,5	9
25	COSTA TELES	20	255	310	9,6	10
25	COSTA TELES	23	159	185	6,0	6
TOTAL			2654	3213	5,4	99
26	LOURDES	1	280	349	19,5	10
26	LOURDES	3	278	346	19,4	10
26	LOURDES	4	17	19	1,2	1
26	LOURDES	5	232	294	16,2	9
26	LOURDES	6	232	274	16,2	9
26	LOURDES	7	396	429	27,6	15
TOTAL			1435	1711	2,9	54

Fonte: ISA – MULHER, 2013.

Tabela 24e -(Continuação) Distribuição da quantidade de domicílios a serem selecionados (terceiro estágio) dentro de cada um dos 24 bairros selecionados (primeiro estágio) na cidade de Uberaba, 2013.

AMOSTRA DE BAIRROS E SETORES CENSITÁRIOS SELECIONADOS: QDE. DE DOMICÍLIOS PARA PESQUISA (n)-IA=27						
BAIRRO		COD-SETOR	QDE.	QDE.	DOMICÍLIOS	
COD.	NOME	CENSITÁRIO	DOMICÍLIOS	MULHERES≥18	% MULHERES ≥ 18	PARA PESQUISA (n)
27	JOCHEY PARK	1	120	115	78,4	4
27	JOCHEY PARK	4	33	28	21,6	1
TOTAL			153	143	0,3	6
28	PARQUE DAS AMÉRICAS	1	283	381	10,1	11
28	PARQUE DAS AMÉRICAS	5	228	261	8,1	9
28	PARQUE DAS AMÉRICAS	7	224	256	8,0	8
28	PARQUE DAS AMÉRICAS	8	280	319	10,0	10
28	PARQUE DAS AMÉRICAS	9	241	307	8,6	9
28	PARQUE DAS AMÉRICAS	10	243	322	8,6	9
28	PARQUE DAS AMÉRICAS	12	325	425	11,6	12
28	PARQUE DAS AMÉRICAS	14	100	115	3,6	4
28	PARQUE DAS AMÉRICAS	17	317	353	11,3	12
28	PARQUE DAS AMÉRICAS	19	211	239	7,5	8
28	PARQUE DAS AMÉRICAS	21	361	453	12,8	13
TOTAL			2813	3431	5,7	105
29	SÃO CRISTÓVÃO	1	243	280	19,1	9
29	SÃO CRISTÓVÃO	2	82	97	6,5	3
29	SÃO CRISTÓVÃO	3	224	264	17,6	8
29	SÃO CRISTÓVÃO	5	160	193	12,6	6
29	SÃO CRISTÓVÃO	6	286	327	22,5	11
29	SÃO CRISTÓVÃO	10	276	364	21,7	10
TOTAL			1271	1525	2,6	47
30	VALLIM	1	46	46	2,3	2
30	VALLIM	3	327	363	16,3	12
30	VALLIM	6	228	281	11,4	9
30	VALLIM	7	237	288	11,8	9
30	VALLIM	8	215	261	10,7	8
30	VALLIM	10	177	228	8,8	7
30	VALLIM	12	232	294	11,6	9
30	VALLIM	14	276	332	13,8	10
30	VALLIM	17	265	313	13,2	10
TOTAL			2003	2406	4,1	75
32	2000	1	458	520	33,5	17
32	2000	4	489	536	35,7	18
32	2000	5	421	449	30,8	16
TOTAL			1368	1505	2,8	51
34	RECREIO DOS BANDEIRANTES	1	22	22	6,9	1
34	RECREIO DOS BANDEIRANTES	2	297	336	93,1	11
TOTAL			319	358	0,6	12
TOTAL			49205	59604	100	1836

Fonte: ISA – MULHER, 2013.

ANEXO B – Página de aprovação do Parecer do Comitê de Ética e Pesquisa da UFTM



10/10

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO – Uberaba(MG)
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA-CEP
Parecer Consubstanciado
PROTOCOLO DE PROJETO DE PESQUISA COM ENVOLVIMENTO DE SERES HUMANOS

IDENTIFICAÇÃO

TÍTULO DO PROJETO: INQUÉRITO DE SAÚDE DA MULHER NA CIDADE DE UBERABA-MG, 2011. (ISA-MULHER, 2011)
PESQUISADOR(A) RESPONSÁVEL: Samyr Sulyvan de Castro
INSTITUIÇÃO ONDE SE REALIZARÁ A PESQUISA: UFTM
DATA DE ENTRADA NO CEP/UFTM: 03/12/2010
PROTOCOLO CEP/UFTM: 1826

10. JUSTIFICATIVA DO USO DE PLACEBO – Não pertinente.

11. ORÇAMENTO FINANCEIRO DETALHADO DA PESQUISA

Item	Valor unitário	Valor total
Computador	R\$2.828,00	R\$5.656,00
Impressora	R\$ 600,00	R\$600,00
Material de consumo	R\$1.000,00	R\$ 1.000,00
Bolsa Apoio Técnico	R\$1.072,89	R\$17.166,24
Amostragem/estatístico	R\$1.000,00	R\$1.000,00
Entrevistas	R\$ 35,00	R\$14.000,00
Total		R\$ 39.422,24

12. FORMA E VALOR DA REMUNERAÇÃO DO PESQUISADOR

A remuneração dos coordenadores do projeto será o salário de professor de dedicação exclusiva. E para os profissionais foi solicitada bolsa de apoio técnico (BAT) FAPEMIG e as entrevistadoras receberão por entrevista realizada (R\$35,00).

13. ADEQUAÇÃO DO TERMO DE CONSENTIMENTO E FORMA DE OBTÊ-LO

O consentimento livre e esclarecido será obtido no momento anterior à entrevista pelas entrevistadoras e após o esclarecimento do objeto e objetivos da pesquisa para as entrevistadas.

14. ESTRUTURA DO PROTOCOLO – O protocolo foi adequado para atender às determinações da Resolução CNS 196/96.

15. COMENTÁRIOS DO RELATOR, FRENTE À RESOLUÇÃO CNS 196/96 E COMPLEMENTARES

PARECER DO CEP: APROVADO

(O relatório anual ou final deverá ser encaminhado um ano após o início do processo).

DATA DA REUNIÃO: 02/04/2011

Prof. Ana Palmira Soares dos Santos
 Coordenadora

ANEXO C – Índice de Capacidade para o Trabalho (ICT)

N.2. ÍNDICE DE CAPACIDADE PARA O TRABALHO (ICT):

Por favor, das alternativas abaixo responda a que você acha que melhor reflete a sua.

M.2.1. Suponha que sua melhor capacidade para o trabalho tem um valor igual a 10 pontos.

Assinale um X um número na escala de zero a dez, 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

N.2.2. Como você classifica sua capacidade atual para o trabalho em relação às exigências físicas do seu trabalho? (Por exemplo, fazer esforço físico com partes do corpo.)

() Muito baixa () Baixa () Moderada () Boa () Muito boa

N.2.3. 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 baixa () Baixa () Moderada () Boa () Muito boa

N.2.4. B2. DOENÇAS CRÔNICAS

B.2.1. Qual dessas lesões ou doenças você possui ATUALMENTE?

0 = Não tem ; 1 = Sim, com diagnóstico médico; 2 = Na minha
opinião sim

Músculo - esqueléticas		
B.2.1-1	Lesões nas costas	
B.2.1-2	Lesões nos braços/mãos	
B.2.1-3	Lesões nas pernas/pés	
B.2.1-4	Lesões em outras partes do corpo.	
B.2.1-4a	Onde?	
B.2.1-4b	Que tipo de lesão?	
B.2.1-5	Doença da parte superior das costas ou região do pescoço, com dores frequentes	
B.2.1-6	Doença da parte inferior das costas com dores frequentes	
B.2.1-7	Dor nas costas que se irradia para a perna (ciática)	
B.2.1-8	Doença músculo-esquelética afetando os membros (braços e pernas) com dores frequentes.	
B.2.1-9	Artrite reumatoide	
B.2.1-10	Outra doença músculo esquelética.	
B.2.1-10a	Qual?	
Cardíacas		
B.2.1-11	Hipertensão arterial (pressão alta)	
B.2.1-12	Doença coronariana, dor no peito durante o exercício (angina pectoris)	
B.2.1-13	Infarto do miocárdio, trombose coronariana	
B.2.1-14	Insuficiência cardíaca	
B.2.1-15	*Cardiomegalia	
B.2.1-16	*Chagas	
B.2.1-17	Outra doença cardiovascular.	
B.2.1-17a	Qual?	

Respiratórias	
B.2.1-18	Infecções repetidas do trato respiratório (incluindo amigdalite, sinusite aguda, bronquite aguda)
B.2.1-19	Bronquite crônica
B.2.1-20	Sinusite crônica
B.2.1-21	Asma
B.2.1-22	Enfisema
B.2.1-23	Tuberculose pulmonar
B.2.1-24	Outra doença respiratória.
B.2.1-24a	Qual?
Emocionais	
B.2.1-25	Distúrbio emocional severo (ex. depressão severa)
B.2.1-26	Distúrbio emocional leve (ex. depressão leve, tensão, ansiedade, insônia)
Neurológicas	
B.2.1-27	Problema ou diminuição da audição
B.2.1-28	Doença ou lesão da visão (não assinale se apenas usa óculos e/ou lente de contato de grau)
B.2.1-29	Doença neurológica (acidente vascular cerebral ou “derrame”, neuralgia, enxaqueca, epilepsia)
B.2.1-30	*Convulsões
B.2.1-31	Outra doença neurológica ou dos órgãos dos sentidos.
B.2.1-31a	Qual?

* Não fazem parte do ICT

0 = Não tem ; 1 = Sim, com diagnóstico médico; 2 = Na minha opinião sim

Digestivas	
B.2.1-32	Pedras ou doença da vesícula biliar
B.2.1-33	Doença do pâncreas ou do fígado
B.2.1-34	Úlcera gástrica ou duodenal
B.2.1-35	Gastrite ou irritação duodenal
B.2.1-36	Colite ou irritação duodenal
B.2.1-37	Outra doença digestiva.
B.2.1-37a	Qual?
Genito urinárias	
B.2.1-38	Infecção das vias urinárias
B.2.1-39	Diarréia
B.2.1-40	Constipação
B.2.1-41	Gazes
B.2.1-42	Doenças dos rins
B.2.1-43	Doenças nos genitais e aparelho reprodutor (p. ex. problema nas trompas ou na próstata)
B.2.1-44	Outra doença geniturinária. Qual?
B.2.1-44a	Qual?
Dermatológicas	
B.2.1-45	Alergia, eczema
B.2.1-46	Outra erupção.
B.2.1-46a	Qual?
B.2.1-47	Outra doença da pele.
B.2.1-47a	Qual?
Tumorais	

B.2.1-48	Tumor benigno.	
B.2.1-48a	*Onde?	
B.2.1-49	Tumor maligno (Câncer).	
B.2.1-49b	Onde?	
Endócrinas / Metabólicas		
B.2.1-50	Obesidade	
B.2.1-51	Diabetes	
B.2.1-52	Varizes	
B.2.1-53	Colesterol alto	
B.2.1-54	Bócio ou outra doença da tireóide	
B.2.1-55	*Hipotireoidismo?	
B.2.1-56	*Hipertireoidismo?	
B.2.1-57	Outra doença endócrina ou metabólica.	
B.2.1-57a	Qual?	
Sanguíneas		
B.2.1-58	Anemia	
B.2.1-59	Outra doença do sangue.	
B.2.1-59a	Qual?	
Congênitas		
B.2.1-60	Defeito de nascimento.	
B.2.1-60a	Qual?	
B.2.1-61	Outro problema ou doença.	
B.2.1-61a	Qual?	

* Não fazem parte do ICT

N.2.4. Sua lesão ou doença é um impedimento para o seu trabalho atual? (Você pode marcar mais de uma resposta nesta pergunta).

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

N.2.5. Quantos **DIAS INTEIROS** você esteve fora do trabalho devido a problemas de saúde, consulta médica ou para fazer exame durante os últimos 12 meses?

- De 100 a 365 dias De 25 a 99 dias De 10 a 24 dias Até 9 dias Nenhum

N.2.6. Considerando sua saúde, você acha que será capaz de DAQUI A 2 ANOS fazer seu trabalho atual?

- É improvável Não estou muito certo Bastante provável

N.2.7. Você tem conseguido apreciar (se sentir satisfeito com) suas atividades diárias?

- Nunca Raramente Às vezes Quase sempre Continuamente

N.2.8. Você tem sentido ativo e alerta?

Nunca Raramente Às vezes Quase sempre Continuamente

M.2.9. Você tem se sentido cheio de esperança para o futuro?

Nunca Raramente Às vezes Quase sempre Continuamente

ANEXO D – WHOQOL- bref

BLOCO D – Qualidade de vida (WHOQOL-bref)

Tomando como referência as **duas últimas semanas**, como você avalia a sua vida?

		Muito ruim	Ruim	Nem ruim nem boa	Boa	Muito boa
D.1.	Como você avaliaria sua qualidade de vida?					
		Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
D.2.	Quão satisfeita você está com a sua saúde?					

As questões seguintes são sobre o quanto você tem sentido algumas coisas nas **duas últimas semanas**.

		Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
D.3.	Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?					
D.4.	O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?					
D.5.	O quanto você aproveita a vida?					
D.6.	Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?					
D.7.	O quanto você consegue se concentrar?					
D.8.	Quão segura você se sente em sua vida diária?					
D.9.	Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?					

As questões seguintes perguntam sobre quão completamente você tem sentido ou é capaz de fazer certas coisas nestas **duas últimas semanas**.

		Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
D.10.	Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?					
D.11.	Você é capaz de aceitar sua aparência física?					
D.12.	Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?					
D.13.	Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?					
D.14.	Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?					

As questões seguintes perguntam sobre quão bem ou satisfeito você se sentiu a respeito de vários

		Muito ruim	Ruim	Nem ruim nem bom	Bom	Muito bom
D.15.	Quão bem você é capaz de se locomover?					
		Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
D.16.	Quão satisfeita você está com o seu sono?					
D.17.	Quão satisfeita você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?					
D.18.	Quão satisfeita você está com sua capacidade para o trabalho?					
D.19.	Quão satisfeita você está consigo mesmo?					
D.20.	Quão satisfeita você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?					
D.21.	Quão satisfeita você está com sua vida sexual?					
D.22.	Quão satisfeita você está com o apoio que você recebe de seus amigos?					
D.23.	Quão satisfeita você está com as condições do local onde mora?					
D.24.	Quão satisfeita você está com o seu acesso aos serviços de saúde?					
D.25.	Quão satisfeita você está com o seu meio de transporte?					

aspectos de sua vida nas **duas últimas semanas**

As questões seguintes referem-se a **com que freqüência** você sentiu ou experimentou certas coisas nas **duas últimas semanas**.

		Nunca	Algumas vezes	Freqüentemente	Muito freqüentemente	Sempre
D.26.	Com que freqüência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?					

ANEXO E – Sintaxe do WHOQOL-Bref

```

* Invertendo as questões q3, q4 e q26.
Recode q3 q4 q26 (1=5) (2=4) (3=3) (4=2) (5=1).
*
*
* (scores based on a 4-20 scale), para que sejam comparáveis com o WHOQoL 100.
compute domfis = (mean.6 (q3, q4, q10, q15, q16, q17, q18)) * 4.
compute dompsi = (mean.5 (q5, q6, q7, q11, q19, q26)) * 4.
compute domsoc = (mean.2 (q20, q21, q22)) * 4.
compute domamb = (mean.6 (q8, q9, q12, q13, q14, q23, q24, q25)) * 4.
compute overall = (mean.2 (q1, q2)) * 4.
*
*
*(scores transformed to a 0-100 scale).
compute domfis100 = (domfis - 4) * (100/16).
compute dompsi100 = (dompsi - 4) * (100/16).
compute domsoc100 = (domsoc - 4) * (100/16).
compute domamb100 = (domamb - 4) * (100/16).
compute q1b = (q1 - 1) * (100/16).
compute q2b = (q2 - 1) * (100/16).
execute.

```