

Universidade Federal do Triângulo Mineiro
Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Atenção à Saúde

Sheron Hellen da Silva

Qualidade de vida, depressão e capacidade laboral dos idosos trabalhadores de um
hospital de clínicas

Uberaba
2017

Sheron Hellen da Silva

Qualidade de vida, depressão e capacidade laboral dos idosos trabalhadores de um hospital de clínicas

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

Linha de Pesquisa: Atenção à Saúde das Populações.

Eixo Temático: Saúde do Adulto e do Idoso.

Orientadora: Prof.^a Dra. Leiner Resende Rodrigues

Uberaba
2017

**Catálogo na fonte: Biblioteca da Universidade Federal do
Triângulo Mineiro**

S583q Silva, Sheron Hellen da
Qualidade de vida, depressão e capacidade laboral dos idosos
trabalhadores de um Hospital de Clínicas / Sheron Hellen da Silva. --
2017.
101 f. : il., fig., graf., tab.

Dissertação (Mestrado em Atenção à Saúde) -- Universidade
Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba, MG, 2017
Orientadora: Profa. Dra. Leiner Resende Rodrigues

1. Saúde do idoso. 2. Avaliação da capacidade de trabalho. 3. De-
pressão. 4. Qualidade de vida. I. Rodrigues, Leiner Resende. II. Uni-
versidade Federal do Triângulo Mineiro. III. Título.

CDU 613.98

SHERON HELLEN DA SILVA

QUALIDADE DE VIDA, DEPRESSÃO E CAPACIDADE LABORAL DOS IDOSOS
TRABALHADORES DE UM HOSPITAL DE CLÍNICAS

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

Uberaba, _____ de _____ 2017.

Banca Examinadora:

Prof. Dra. Leiner Resende Rodrigues - orientadora
Universidade Federal do Triângulo Mineiro - UFTM

Prof. Dra. Marina Pereira Rezende
Universidade Federal do Triângulo Mineiro - UFTM

Prof. Dra. Marina Aleixo Diniz Rezende
Universidade de São Paulo – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto -
USP/EERP

Dedico esse trabalho aos meus pais Solange Rosa da Silva e João Batista da Silva (*in memoriam*) como expressão de todo o meu amor.

AGRADECIMENTOS

Agradeço à Deus e aos espíritos de luz que sempre me encaminharam ao caminho certo e fizeram com que cada oportunidade acontecesse em seu devido tempo em minha vida.

À minha mãe e irmãos pelo incentivo, palavras amigas e pelo apoio incondicional.

Ao Luciano pelo amor, compreensão e encorajamento para olhar adiante.

À Secretaria Municipal de Saúde de Uberaba por apoiar e permitir que eu investisse no meu crescimento profissional.

Às minhas amigas de trabalho Edna, Gabriela e Luciellen pelo auxílio e motivação constantes.

Às minhas amigas do mestrado Érica, Grazielle, Kátia e Kariny que tanto contribuíram para o meu crescimento, em especial às amigas Fabiana e Giovanna, sempre disponíveis e empenhadas em ajudar nas dificuldades encontradas.

Às minhas amigas de uma vida inteira, Luana, Ana Cláudia, Michele e Janaiara por sempre torcerem pelo meu sucesso.

Aos profissionais do Hospital de Clínicas por disponibilizarem seu tempo para minha pesquisa.

À Pro Reitoria de Pós-Graduação Pesquisa e Ensino pelo apoio financeiro.

A todos os meus mestres que me possibilitaram crescer e enxergar o universo acadêmico de outra forma, e com tanta presteza ofereceram não apenas seu conhecimento, mas seus ombros para me amparar.

À professora Leiner pelo seu comprometimento, paciência e compreensão em me orientar e pelo carinho com que me tratou, que sempre fez com que me sentisse acolhida e capaz de ser cada vez melhor.

Eterna gratidão ao Universo, por sempre conspirar ao meu favor.

“Escolha um trabalho que você ama e você nunca terá que trabalhar um dia sequer na vida.”

Confúcio

RESUMO

SILVA, Sheron Hellen da. **Qualidade de vida, depressão e capacidade laboral dos idosos trabalhadores de um Hospital de Clínicas**. 2017. 101 f. Dissertação (Mestrado em Atenção à Saúde) – Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba, 2017.

O crescimento da população idosa, não acompanhado pela melhoria das condições de vida, tem levado os idosos a se manterem ou retornarem ao mercado de trabalho. Este estudo teve como objetivos caracterizar os trabalhadores idosos, identificar indicativos de depressão, classificar a capacidade para o trabalho, mensurar a qualidade de vida, analisar a influência de variáveis demográficas, indicativo de depressão e do índice de capacidade para o trabalho sobre a qualidade de vida. Trata-se de pesquisa descritiva realizada com 81 idosos trabalhadores de um Hospital de Clínicas. Os instrumentos utilizados foram: Questionário Brasileiro de Avaliação Funcional Multidimensional, Escala Geriátrica de Depressão, WHOQOL-BREF, WHOQOL-OLD e Índice de Capacidade para o Trabalho. Os dados foram submetidos à análise descritiva, ao teste t-student, à correlação de Pearson e à regressão linear múltipla, por meio do programa estatístico Statistical Package for Social Sciences (SPSS), versão IBM 20.0. Houve prevalência do sexo feminino (67,9%), com idade entre 60 e 69 anos (96,3%) e 61,7% prestavam assistência direta ao paciente. Os problemas de saúde predominantes foram de visão (40,8%), pressão arterial alta (38,2%) e problemas na coluna (37%) e 79% referiram usar medicamento regularmente. A minoria, 6,2%, apresentou indicativo de depressão. Quanto à capacidade laboral, 48,1% referiram ser boa. Quanto à qualidade de vida, as maiores médias referiram-se ao domínio físico (76,76) e à faceta função sensorial (86,94). Quanto à relação entre tipo de atividade exercida e qualidade de vida, o domínio social foi o único que apresentou escore maior (75,80) no grupo que não prestava assistência direta ao paciente. Obteve-se maior média na faceta de função sensorial (69,0) independentemente do tipo de atividade exercida. Todos os domínios apresentaram maiores escores nos entrevistados sem indicativo de depressão e apenas a faceta intimidade apresentou média inferior (72,76). Quanto à capacidade laboral, no domínio físico, psicológico e social houve uma correlação forte ($r > 5$) e estatisticamente significativa ($p < 0,001$). As facetas autonomia, atividades passadas,

presentes e futuras, participação social e função sensorial apresentaram uma correlação moderada ($0,5 > |r| > 0,3$) e estatisticamente significativa ($p < 0,001$). Os preditores estatisticamente significativos foram capacidade laborativa ($\beta = 0,51$, $p < 0,001$) e indicativo de depressão ($\beta = 0,31$, $p = 0,001$) no domínio físico; no psicológico foram indicativo de depressão ($\beta = 0,36$, $p = 0,001$) e capacidade laboral ($\beta = 0,24$, $p = 0,02$) e no ambiental foi a capacidade laboral ($\beta = 0,41$, $p < 0,001$). O indicativo de depressão apresentou significância na faceta autonomia ($\beta = 0,23$, $p = 0,04$), o ICT nas atividades passadas, presentes e futuras ($\beta = 0,32$ e $p = 0,005$) e o tipo de atividade exercida na de morte e morrer ($\beta = -0,13$, $p = 0,02$). Tanto o ICT como o indicativo de depressão foram estatisticamente relevantes na faceta de participação social ($\beta = 0,29$, $p = 0,008$ e $\beta = 0,25$, $p = 0,03$) e na função sensorial ($\beta = 0,33$, $p = 0,002$ e $\beta = 0,29$, $p = 0,008$). Esse estudo proporciona subsídios para a formação de propostas que visem a melhoria da qualidade de vida, a prevenção de doenças relacionadas ao trabalho, a preservação, manutenção e recuperação da capacidade laborativa do idoso e a reformulação da política de recursos humanos.

Palavras-chave: Capacidade de trabalho. Depressão. Idosos trabalhadores. Qualidade de vida.

ABSTRACT

SILVA, Sheron Hellen da. **Quality of life, depression and work capability of elders who work in a General Hospital.** 2017. 101 f. Dissertation (Master's Degree in Health Care) – Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba, 2017.

The growth of the elderly population, when not accompanied by the improvement of living conditions, has led elderly people to stay in or return to the labor market. This study aimed to characterize the elder workers, identify signs indicative of depression, classify their ability to work, measure their quality of life, and assess the influence of demographic variables, depression indexes and the ability to work on their quality of life. This is a descriptive and quantitative study, conducted with 81 elders who work in a General Hospital. The instruments used were the Brazilian Multidimensional Functional Assessment Questionnaire, the Geriatric Depression Scale, the WHOQOL-BREF and the WHOQOL-OLD, in addition to an Index of Work Capability. Data were submitted to descriptive analysis, Students t-test, Pearson correlation, and to a multiple linear regression. The Statistical Package for Social Sciences (SPSS) software, version IBM 20.0, was used for these analyses. The female gender was prevalent (67.9%), as well as people between 60 and 69 years of age (96.3%). 61.7% worked in direct contact with the patients. The predominant health problems concerned eyesight (40.8%), high blood pressure (38.2%) and back problems (37%). 79% reported using medications regularly. Few of them (6.2%) presented any depression indexes. 48.1% reported to be highly capable for their work. Regarding quality of life, the highest averages belonged to the physical domain (76.76) and the sensory function facet (86.94). Among those who did not work with direct assistance to the patient, the effect of the type of activity on quality of life presented a high score only in the social domain (75.80). The sensory function had the highest average (69.0), regardless of the type of work performed. All domains had a higher score among those with no depression index, and only the intimacy facet had an inferior average (72.76). Regarding work capability, there was a strong ($r > 0.5$) and statistically significant ($p < 0.001$) correlation to the physical, psychological and social domains. The facets: autonomy, past, present, and future activities, social participation, and sensory function presented a moderate ($0.5 > |r| > 0.3$) and statistically significant ($p < 0.001$) correlation. The statistically significant predictors were labor capacity ($\beta = 0.51$, $p < 0.001$) and depression indexes

($\beta = 0.31$, $p = 0.001$) in the physical domain; in the psychological one, they were the depression indexes ($\beta = 0.36$, $p = 0.001$) and labor capacity ($\beta = 0.24$, $p = 0.02$). In the environmental, the only one was labor capacity ($\beta = 0.41$, $p < 0.001$). The indicators of depression were significant on the autonomy facet ($\beta = 0.23$, $p = 0.04$), the Index of Work Capability in past, present and future activities ($\beta = 0.32$, $p = 0.005$) and the type of work on the facet death and dying ($\beta = -0.13$, $p = 0.02$). Both the Index of Work Capability and the depression index were statistically relevant in the social participation facet ($\beta = 0.29$, $p=0.008$ e $\beta = 0.25$, $p=0.03$) and in the sensory functions ($\beta = 0.33$, $p=0.002$ and $\beta = 0.29$, $p=0.008$). This study provides subsidies for the elaboration of proposals aimed at improving quality of life, the prevention of work-related diseases, and the preservation, maintenance and recovery of labor capacity of elders, as well as the reformulation of human resource policies.

Keywords: Work Capacity. Depression. Elderly Workers. Quality of life.

RESUMEN

SILVA, Sheron Hellen da. **Calidad de vida, depresión y capacidad laboral de los ancianos que trabajan en un Hospital de Clínicas.** 2017. 101 f. (Disertación (Mestrado en Atención a la Salud) – Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba, 2017.

El crecimiento de la población anciana, sin que haya una mejoría en condiciones de vida, ha llevado a los ancianos a permanecer en el mercado de trabajo o volver a él. Los objetivos de este estudio fueron caracterizar a los trabajadores ancianos, identificar indicadores de depresión, clasificar su capacidad para el trabajo, medir su calidad de vida, y analizar la influencia de variables demográficas, indicadores de depresión y del índice de capacidad para el trabajo sobre la calidad de vida. Fue una investigación descriptiva, conducida con 81 trabajadores ancianos de un Hospital de Clínicas. Los instrumentos utilizados fueron el Cuestionario de Evaluación Funcional Multidimensional Brasileño, la Escala de Depresión Geriátrica, el WHOQOL-BREF y el WHOQOL-OLD. También se utilizó el Índice de Capacidad para el Trabajo. Se sometió los datos a un análisis descriptivo, al teste t de Student, a la correlación de Pearson y a la regresión lineal múltiple. Se realizó los análisis por medio del *software Statistical Package for Social Sciences* (SPSS), versión IBM 20.0. Predominó el género femenino (67,9%), y personas con edad de 60 a 69 años (96,3%) que prestaban asistencia directa al paciente (61,7%). Los problemas de salud predominantes fueron en los ojos (40,8%), hipertensión arterial (38,2%) y problemas en la columna vertebral (37%). 79% dijeron utilizar medicamentos regularmente. La minoría (6,2%) presentó señales indicativas de depresión. En cuanto a la capacidad de trabajo, 48,1% afirmaron ser buena. En cuanto a la calidad de vida, los mayores promedios se han referido al dominio físico (76,76) y a la faceta función sensorial (86,94). Con respecto a la influencia del tipo de trabajo sobre la calidad de vida, solo el dominio social presentó una puntuación mayor (75,80) en el grupo que no prestaba asistencia directa al paciente. Independientemente del tipo de trabajo, el mayor promedio fue en la faceta función sensorial (69,0). Todas las áreas mostraron puntuaciones más altas en los entrevistados sin indicativo de depresión, y sólo la faceta intimidad presentó promedio inferior (72,76). La capacidad para el trabajo presentó una relación fuerte ($r > 5$) y con significación estadística en los dominios físico,

psicológico y social ($p < 0,001$). Las facetas autonomía, actividades pasadas, presentes y futuras, participación social, y función sensorial presentaron una correlación moderada ($0,5 > |r| > 0,3$) y con significación estadística ($p < 0,001$). Los predictores estadísticamente significantes fueron la capacidad de trabajo ($\beta = 0,51$, $p < 0,001$) y el indicativo de depresión ($\beta = 0,31$, $p = 0,001$) en el dominio físico, mientras en el dominio psicológico fueran los indicativos de depresión ($\beta = 0,36$, $p = 0,001$) y la capacidad de trabajo ($\beta = 0,24$, $p = 0,02$), y en el dominio ambiental, solamente la capacidad de trabajo ($\beta = 0,41$, $p < 0,001$). El indicativo de depresión fue significativo en la faceta autonomía ($\beta = 0,23$, $p = 0,04$), el indicativo de capacidad de trabajo en las actividades pasadas, presentes y futuras, ($\beta = 0,32$ e $p = 0,005$) y el tipo de actividad ejercida en la faceta muerte y morir ($\beta = -0,13$, $p = 0,02$). Tanto el índice de trabajo como las señales indicativas de depresión fueron estadísticamente relevantes en la faceta social ($\beta = 0,29$, $p = 0,008$ y $\beta = 0,25$, $p = 0,03$) y en la función sensorial ($\beta = 0,33$, $p = 0,002$ y $\beta = 0,29$, $p = 0,008$). Esa investigación ofrece soporte para la formación de propuestas cuyo objetivo es mejorar la calidad de vida, prevenir enfermedades relacionadas al trabajo, preservar, mantener y recuperar la capacidad de trabajo de los ancianos, y reformular la política de recursos humanos.

Palabras-clave: Capacidad de trabajo. Depresión. Ancianos trabajadores. Calidad de vida.

LISTA DE FIGURAS

Quadro 1- Alterações psicopatológicas da sintomatologia depressiva	26
Figura 1- População absoluta de acordo com idade e sexo. Brasil,1960	20
Figura 2- Projeção da população absoluta de acordo com idade e sexo. Brasil, 2060.....	21
Gráfico 1- Distribuição percentual da população residente, por grupos de idade Brasil - 2004/2060.....	21

LISTA DE TABELAS

Tabela 1- Caracterização dos idosos trabalhadores do HC-UFTM, segundo a origem dos recursos econômicos	42
Tabela 2- Distribuição da frequência das variáveis sociodemográficas dos idosos trabalhadores do HC-UFTM.....	42
Tabela 3- Caracterização da percepção da saúde dos idosos trabalhadores do HC-UFTM.....	44
Tabela 4- Distribuição da frequência das morbidades autorreferidas pelos idosos trabalhadores do HC-UFTM.....	45
Tabela 5- Distribuição da frequência da variável passatempos habituais dos idosos trabalhadores do HC-UFTM.....	46
Tabela 6- Caracterização do indicativo de depressão dos idosos trabalhadores do HC-UFTM	47
Tabela 7- Medidas de tendência central e variabilidade dos domínios do índice de capacidade para o trabalho, aplicado nos idosos trabalhadores do HC-UFTM..	47
Tabela 8- Distribuição da frequência para a classificação do escore total do Índice de Capacidade para o Trabalho, aplicado nos idosos trabalhadores do HC-UFTM	48
Tabela 9- Qualidade de vida dos idosos trabalhadores do HC-UFTM, segundo o WHOQOL-BREF.....	49
Tabela 10- Qualidade de vida dos idosos trabalhadores do HC-UFTM, segundo o WHOQOL-OLD.....	50
Tabela 11- Relação entre os domínios e facetas do WHOQOL e o tipo de atividade profissional dos trabalhadores idosos do HC-UFTM, exercida aos pacientes....	52
Tabela 12- Relação entre os domínios e facetas do WHOQOL e indicativo de depressão nos idosos trabalhadores do HC-UFTM.....	54

Tabela 13- Correlação entre os escores médios do ICT e os domínios e facetas do WHOQOL	55
Tabela 14- Correlação entre os preditores tipo de atividade exercida, índice de capacidade para o trabalho, indicativo de depressão e avaliação da qualidade de vida nas facetas e domínios do WHOQOL	57

LISTA DE SIGLAS

ABNT – Associação Brasileira de Normas Técnicas
BOMFAQ – Brazilian Oars Multidimensional Functional Assessment Questionaire
CLT – Consolidação das Leis Trabalhistas
DSM-V – Manual Diagnóstico e Estatístico dos Tdranstornos Mentais 5ª edição
FIOH – Instituto Finlandês de Saúde Ocupacional
GDS – Geriatric Depression Scale
HC-UFTM – Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICT – Índice de Capacidade para o Trabalho
LILACS - Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
NBR – Norma Brasileira
OARS – Older Americans Resources and Services
OMS – Organização Mundial de Saúde
PASS – Power Analysis and Sample Size
PEA – População Economicamente Ativa
PNAD – Pesquisa Nacional por Amostras de Domicílio
PNI – Política Nacional do Idoso
QV – Qualidade de Vida
SciELO - Scientific Electronic Library Online
SPSS – Statistical Package for the Social Sciences
WHOQOL – World Health Organization Quality of Life

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	18
2	REFERENCIAL TEÓRICO	20
2.1	ENVELHECIMENTO POPULACIONAL E QUALIDADE DE VIDA.....	20
2.2	DEPRESSÃO EM IDOSOS	25
2.3	IDOSO E CAPACIDADE PARA O TRABALHO	28
3	OBJETIVO GERAL	32
3.1	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	32
4	METODOLOGIA	33
4.1	TIPO E LOCAL DO ESTUDO	33
4.2	POPULAÇÃO DO ESTUDO	34
4.3	COLETA DE DADOS	34
4.3.1	Instrumentos para coleta de dados	35
4.4	VARIÁVEIS DE ESTUDO	38
4.5	PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS	38
4.6	ASPECTOS ÉTICOS	40
5	RESULTADOS	41
5.1	PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO, ECONÔMICO E DE SAÚDE	41
5.2	IDENTIFICAÇÃO DE INDICATIVO DE DEPRESSÃO.....	46
5.3	CLASSIFICAÇÃO DA CAPACIDADE PARA O TRABALHO	47
5.4	IDENTIFICAÇÃO DA PERCEPÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA	49
5.5	DETERMINAÇÃO DO PODER PREDITIVO DO TIPO DE ATIVIDADE EXERCIDA, INDICATIVO DE DEPRESSÃO E DA CAPACIDADE PARA O TRABALHO SOBRE A QUALIDADE DE VIDA	50
5.5.1	Análise da influência do tipo de atividade profissional sobre a qualidade de vida	50
5.5.2	Análise da influência do indicativo de depressão sobre a qualidade de vida	53
5.5.3	Análise da capacidade para o trabalho sobre a qualidade de vida ..	55
5.5.4	Análise do poder preditivo que o tipo de atividade profissional, o indicativo de depressão e o índice de capacidade para o trabalho exercem sobre a qualidade de vida	56

6	DISCUSSÃO	59
6.1	PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO, ECONÔMICO E DE SAÚDE.....	60
6.2	IDENTIFICAÇÃO DE INDICATIVO DE DEPRESSÃO.....	62
6.3	CLASSIFICAÇÃO DA CAPACIDADE PARA O TRABALHO	63
6.4	IDENTIFICAÇÃO DA PERCEPÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA.....	63
6.5	DETERMINAÇÃO DO PODER PREDITIVO DO TIPO DE ATIVIDADE EXERCIDA, INDICATIVO DE DEPRESSÃO E DA CAPACIDADE PARA O TRABALHO SOBRE A QUALIDADE DE VIDA	65
6.5.1	Análise da influência do tipo de atividade profissional sobre a qualidade de vida	65
6.5.2	Análise da influência do indicativo de depressão sobre a qualidade de vida	66
6.5.3	Análise da capacidade para o trabalho sobre a qualidade de vida ..	67
6.5.4	Análise do poder preditivo que o tipo de atividade profissional, o indicativo de depressão e o índice de capacidade para o trabalho exercem sobre a qualidade de vida	68
7	CONCLUSÃO	70
8	CONSIDERAÇÕES FINAIS	73
	REFERÊNCIAS	74
	ANEXO A - Questionário Brasileiro de Avaliação Funcional Multidimensional (BOMFAQ)	83
	ANEXO B - Geriatric Depression Scale (GDS)	89
	ANEXO C - WHOQOL – BREF	90
	ANEXO D - WHOQOL – OLD	93
	ANEXO E - Índice de Capacidade para o Trabalho (ICT)	98

1 INTRODUÇÃO

Nos últimos anos ocorreram diversos avanços na saúde e modificações significativas nas condições socioeconômicas, acarretando um envelhecimento populacional rápido e expressivo. Segundo dados do IBGE, a expectativa de vida ao nascer no Brasil chegou a 74,6 anos; a projeção para 2020 é de 76,7 e para 2060, 81,2 anos (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2012).

Ainda de acordo com essas projeções, estima-se que, em 2025, o Brasil terá a sexta maior população de idosos do mundo, com uma proporção de aproximadamente 14%, o que significa, em números absolutos, cerca de 32 milhões de idosos. Esses dados levantam uma preocupação com este grupo, despertando cada vez mais interesse nos estudos sobre o envelhecimento e sua composição social (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2012).

O rápido crescimento da população idosa no Brasil não foi acompanhado pela real melhoria de suas condições de vida, o que gerou uma transformação na estrutura etária sem antes que conquistas sociais necessárias fossem alcançadas para a maior parte da população. Isso traz preocupações referentes às condições clínicas e à qualidade de vida dessas pessoas. Além disso, as baixas condições econômicas vivenciadas pelo país também trazem inquietações alusivas à permanência do idoso no mercado de trabalho.

O interesse em traçar o perfil de um grupo de idosos que ainda estão inseridos no mercado de trabalho dá-se pela relevância em realizar estudos que contemplem a relação trabalho-saúde, a fim de se desenvolver ações de promoção de saúde para a população em idade produtiva que está envelhecendo, tendo em vista a manutenção da capacidade laboral e melhoria da qualidade de vida dentro e fora do trabalho.

O envelhecimento da população tende a proporcionar, nas próximas décadas, desafios cada vez maiores aos serviços de saúde, particularmente em regiões onde a polarização epidemiológica se faz mais presente. O delineamento de políticas específicas para pessoas idosas vem sendo apontado como altamente necessário, sendo imprescindível o conhecimento das necessidades e condições de vida desse segmento etário (COELHO FILHO; RAMOS, 1999), principalmente no que se refere ao trabalho para as pessoas idosas e à qualidade de vida desses trabalhadores. Nota-

se ainda uma escassez na produção literária de artigos publicados sobre a temática do trabalhador idoso.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

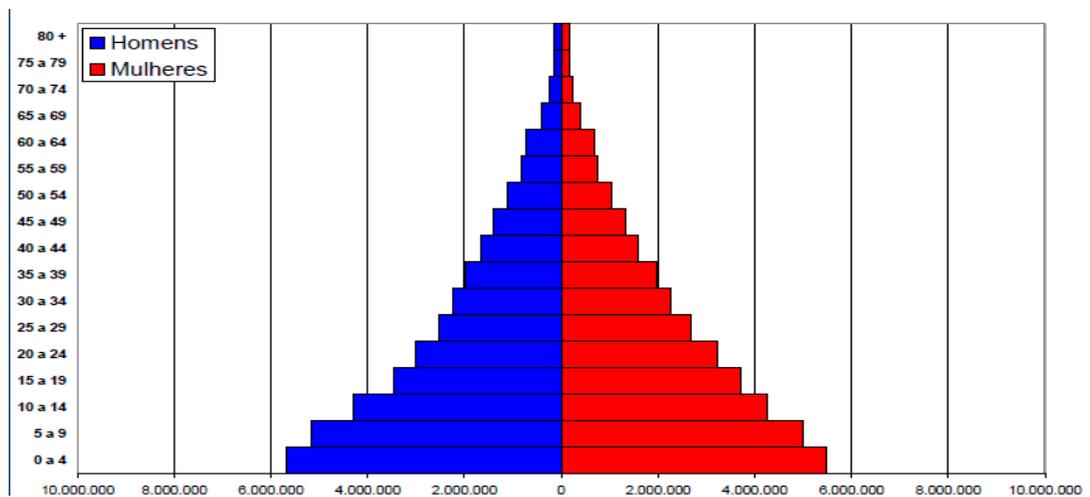
Neste tópico serão abordados o envelhecimento populacional, a qualidade de vida, a depressão em idosos e a capacidade laboral do idoso.

2.1 ENVELHECIMENTO POPULACIONAL E QUALIDADE DE VIDA

O Brasil apresenta uma taxa acelerada de transição demográfica, que acarreta o alargamento da pirâmide etária. Segundo dados do IBGE 2010, a população brasileira era de 190.755.799 habitantes, dos quais 20.590.599 eram considerados idosos (idade ≥ 60 anos), correspondendo a 10,8% da população, enquanto o percentual de crianças de zero a quatro anos do sexo masculino e feminino, representam respectivamente, 3,7% e 3,6% dos brasileiros (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2011).

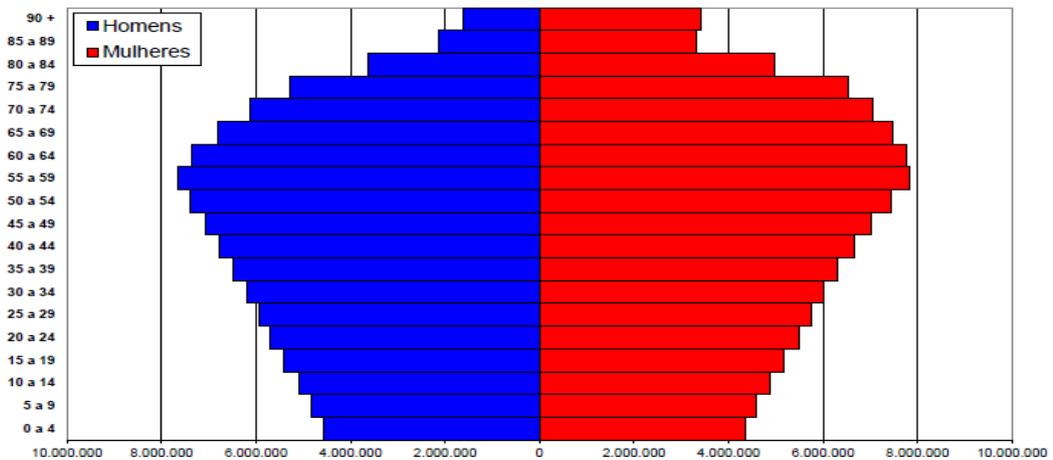
A Figura 1 mostra a composição da população brasileira, segundo idade e sexo em 1960, nesta época observava-se uma elevada proporção de jovens, caracterizada na pirâmide etária pela base larga, e uma minoria de idosos, representada pelo ápice. Entretanto, a projeção para 2060 indica elevação de quantidade de adultos e idosos e redução do número de jovens, caracterizando a pirâmide etária invertida, que pode ser observada na Figura 2. A distribuição percentual da população residente no Brasil de 2004 a 2060, por grupos de idade, está apresentada no Gráfico 1.

Figura 1 – População absoluta de acordo com idade e sexo. Brasil, 1960.



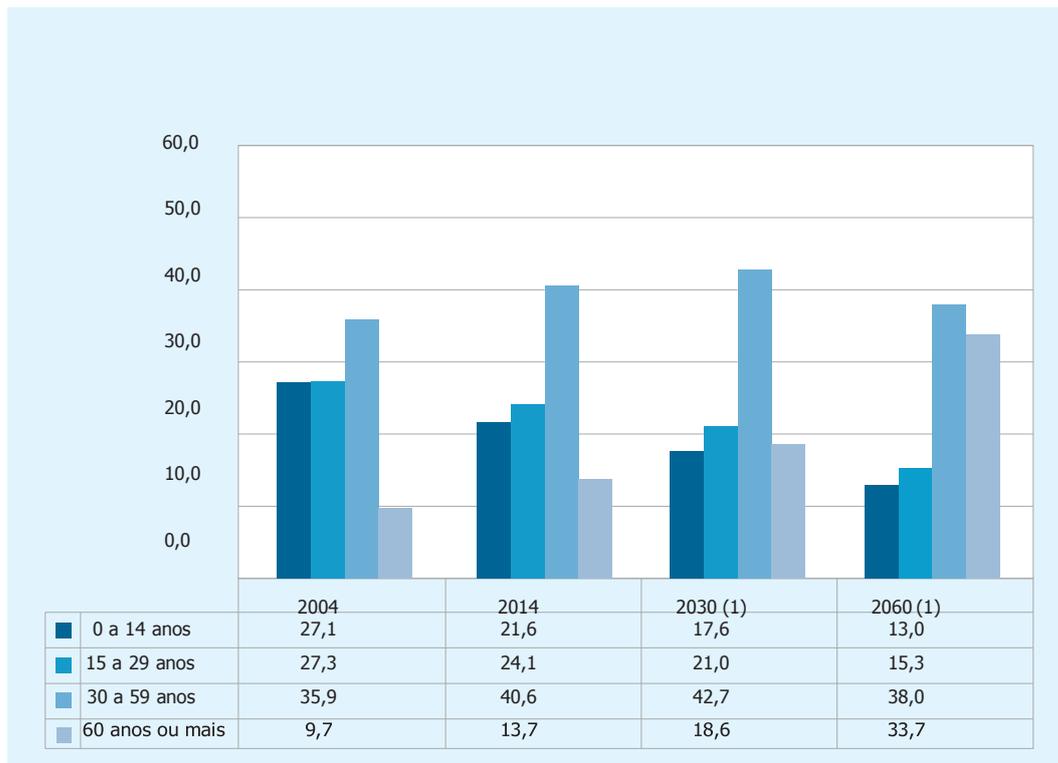
Fonte: IBGE, 1960.

Figura 2 – Projeção da população absoluta de acordo com idade e sexo. Brasil, 2060.



Fonte: IBGE, Projeção 2060.

Gráfico 1 – Distribuição percentual da população residente no Brasil, por grupos de idade – 2004/2060.



Fonte: IBGE, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios 2004/2014 e Projeção da População do Brasil por Sexo e Idade para o Período 2000-2060 - Revisão 2013.

Enquanto os países desenvolvidos que alcançaram melhores condições socioeconômicas a partir da industrialização e da urbanização tiveram como consequência a redução da taxa de mortalidade, tais condições não estiveram

presentes nos países em desenvolvimento, e portanto, as taxas de fecundidade e mortalidade permaneceram altas até a metade do século XX (PASCHOAL; SALLES; FRANCO, 2006).

França e Suécia necessitaram de 115 e 85 anos, respectivamente, para que seu percentual de idosos duplicasse de 7% para 14% da população, enquanto no Brasil tal processo terá ocorrido em, aproximadamente, 35 anos, considerando os anos de 1990 a 2025 (PASCHOAL; SALLES; FRANCO, 2006).

Arelada a essas tendências demográficas de envelhecimento, a população brasileira vivencia um novo padrão nosológico. Com o aumento da expectativa de vida, surgem as doenças crônicas não transmissíveis. Sabe-se que em grande parte essa longevidade teve contribuição dos avanços tecnológicos e estudos na área da saúde bem como da cobertura dos serviços de saúde (PEREIRA, 2008).

O envelhecimento pode ser conceituado como um conjunto de modificações morfológicas, fisiológicas, bioquímicas e psicológicas, que determinam a perda progressiva da capacidade de adaptação do indivíduo ao meio ambiente, sendo considerado um processo dinâmico e progressivo. O declínio das funções orgânicas, manifestadas durante o envelhecimento, tende a aumentar com o tempo, com um ritmo que varia não só de um órgão para outro, mas também entre idosos da mesma idade. Essas diferenças no processo de envelhecimento devem-se às condições desiguais de vida e de trabalho a que estiveram submetidas as pessoas idosas (PAPALEO, 2007).

O envelhecimento pode ser compreendido como um processo natural, de diminuição progressiva da reserva funcional dos indivíduos – senescência – o que, em condições normais, não costuma provocar qualquer problema. A senilidade requer assistência, já que em condições de sobrecarga, como, por exemplo, doenças, acidentes e estresse emocional, pode ocasionar uma condição patológica. (BRASIL, 2007).

O envelhecimento populacional não se refere nem a indivíduos nem a cada geração, mas, sim, à mudança na estrutura etária da população, o que produz um aumento do peso relativo das pessoas acima de determinada idade, considerada como definidora do início da velhice. Este limite inferior varia de sociedade para sociedade e depende não somente de fatores biológicos, mas, também, econômicos, ambientais, científicos e culturais (CARVALHO; GARCIA, 2008).

A definição de idoso varia entre as sociedades. Consideram-se as pessoas com 60 ou mais nos países em desenvolvimento e 65 ou mais para os países desenvolvidos (ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, 1989).

A Organização das Nações Unidas, por meio da Resolução 39/125, também define de forma diferente o conceito de idoso para países em desenvolvimento e para países desenvolvidos. Nos primeiros, são consideradas idosas aquelas pessoas com 60 anos ou mais; nos segundos, são idosas as pessoas com 65 anos ou mais. Isso se dá por relacionarem a expectativa de vida ao nascer e a qualidade de vida que as nações propiciam aos seus cidadãos (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 1982).

Sendo assim, no Brasil, é considerado idoso o indivíduo com 60 anos ou mais de idade (BRASIL, 2003). Tendo em vista a dificuldade de definição biológica para a conceituação do idoso, o critério cronológico é bastante utilizado no universo acadêmico e de pesquisas científicas, haja vista a inexistência de marcadores biofisiológicos eficazes e confiáveis relacionados ao processo de envelhecimento humano (PAPALÉO NETTO, 2006).

Caminhando de forma acelerada para um perfil demográfico mais envelhecido, o Brasil terá, cada vez mais, as doenças crônico-degenerativas em papel de destaque, o que implicará na necessidade de desenvolvimento e adequações de políticas públicas para atender a esta demanda. Segundo Caldas (2003), a dependência dos idosos não é um estado permanente, e sim um processo dinâmico, cuja evolução pode ser modificada, prevenida ou reduzida se houver ambiente e assistência adequados, que, conseqüentemente, resultarão em um envelhecimento ativo e idosos funcionalmente independentes.

A política de desenvolvimento ativo, proposta pela Organização Mundial da Saúde (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2005), é um exemplo real dessas recomendações e ressalta que envelhecer bem não é apenas uma responsabilidade individual, mas também deve ser apoiado por iniciativas sociais e de saúde ao longo do curso da vida (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 1982 apud DAWALIBI, 2013).

Sendo assim, diante deste cenário brasileiro de envelhecimento populacional, proporcionar políticas públicas efetivas a esta população e propiciar ou manter a qualidade de vida para esta faixa etária torna-se desafiador. O aumento da expectativa

de vida só é positivo quando paralelamente melhora-se a qualidade de vida, pois não basta apenas prolongar-se cronologicamente a vida, é preciso garantir condições dignas de sobrevivência.

As pesquisas alusivas ao entendimento teórico do processo de envelhecimento e das características que lhe conferem boa qualidade de vida surgiram na década de 40, especificamente, na Escola de Chicago. De acordo com seus pesquisadores, envelhecer bem significava estar satisfeito com o status atual de vida e ter planos ou perspectivas para o futuro (CHACHAMOVICH; TRENTINI; FLECK, 2007).

O termo qualidade de vida abrange muitos conceitos que refletem conhecimentos, experiências e valores de indivíduos e coletividades que a ele se reportam em variadas épocas, espaços e histórias diferentes. É, portanto, uma construção social com a marca da relatividade cultural (MINAYO; HARTZ; BUSS, 2000).

Segundo Neri (2008), na Medicina, a qualidade de vida está associada à relação custo-benefício da manutenção de vida e do bem-estar e aos direitos individuais dos enfermos crônicos e terminais. Já segundo Cachioni e Falcão (2009), a qualidade de vida é a capacidade de efetuar uma associação cultural de todos os elementos que determinada sociedade considera seu padrão de conforto e de bem-estar.

No presente estudo, utilizar-se-á a definição da Organização Mundial de Saúde (OMS) elucidando-a como “a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e do sistema de valores em que vive, e em relação a suas metas, expectativas, padrões e conceitos” (FLECK, 2008 apud VIEIRA; REIS; MORAIS, 2012 p. 542), percepção esta, que pode ser afetada pela saúde física, psicológica, crenças sociais, relações sociais e pelo ambiente em que o indivíduo vive.

De acordo com Vieira, Reis e Moraes (2012 p.542) “a qualidade de vida na velhice parte de uma avaliação multidimensional em relação aos critérios sionormativos e intrapessoais que buscam referência tanto nas relações atuais quanto nas passadas e também nas prospectivas na relação entre o idoso e o ambiente que o cerca.”

Segundo Paschoal (2011), à medida em que se envelhece, a qualidade de vida está fortemente atrelada a capacidade de se manter a autonomia e a independência, sendo que a autonomia é relacionada ao poder de tomar decisões e comandar a vida

e a independência é realizar algo por seus próprios meios, sem a necessidade da ajuda de terceiros.

No Brasil, somente a partir da década de 90, é que se pôde observar um aumento dos programas destinados ao bem-estar da população idosa, estas ações traduzidas sob a forma de legislação são apresentadas na Política Nacional do Idoso (PNI), regulamentada pelo Decreto-Lei nº 1948, de 03 de julho de 1996 (BRASIL, 1996).

Há várias décadas essa população foi relegada a segundo plano no país; porém, ao se encaminhar para se tornar a sexta maior população mundial de idosos, é necessário ter, em caráter de urgência, uma infraestrutura básica de atendimento aos idosos que lhes garanta uma boa qualidade de vida (MOREIRA, 2000).

O aumento da longevidade da população mundial, além de ser um fato para o orgulho da humanidade, traz consigo algumas dificuldades. A OMS, preocupada com a qualidade de vida dessa população recomenda aos países ações de promoção de saúde para um envelhecimento saudável, voltado para a manutenção da atividade funcional e da autonomia, com vistas à melhoria ou manutenção da saúde e da qualidade de vida (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2005).

2.2 DEPRESSÃO EM IDOSOS

A depressão é um transtorno psiquiátrico bastante frequente na população idosa. Pode ser desencadeada por múltiplas causas, como por exemplo fatores biológicos, socioeconômicos, psicológicos, culturais, emocionais, entre outros. Cada sintoma apresentado deve ser investigado, tendo em vista que quando não são diagnosticados e tratados precocemente, os acometidos podem apresentar comprometimento físico, social e funcional, levando à diminuição da qualidade de vida, riscos de agravo da doença, e, em estágios mais graves, culminando no suicídio (BRASIL, 2007).

O quadro 1 abaixo mostra os principais aspectos psicopatológicos da depressão:

Quadro 1 - Alterações psicopatológicas da sintomatologia depressiva

Funções psíquicas	Alterações psicopatológicas
Funções afetivo-volitivas	
Afetividade	Exaltação afetiva Rigidez afetiva
Conação	Hipobulia/abulia Insônia ou hipersonia Diminuição da libido Diminuição ou aumento do apetite Negativismo Ideação suicida
Psicomotricidade	Hipocinesia/acinesia ou hipercinesia
Funções cognitivas	
Atenção	Hipoproxexia ou rigidez da atenção
Sensopercepção	Hipoestesia Ilusões catatímicas
Memória	Hipomnésia de fixação Hipomnésia de evocação Hipermnésia seletiva Alomnésia
Fala e linguagem	Oligolalia/mutismo Bradilalia Hipotonia Hipoprosódia/aprosódia Aumento da latência de resposta
Pensamento	Curso alentecido Perseveração Ideias deliroides de ruína, culpa, negação ou hipocondríacas
Inteligência	Baixo desempenho intelectual
Imaginação	Diminuição da criatividade
Outras funções	
Aparência	Descuidada
Atitude	Lamurio a Indiferente
Orientação alopsíquica	Passagem do tempo alentecida Desorientação apática
Consciência do eu	Diminuição da consciência da existência do eu Despersonalização
Pragmatismo	Diminuído/abolido
Prospecção	Pessimismo
Consciência da morbidade	Parcial/ausente

Fonte: QUEVEDO; SILVA (Org.) 2013, p. 40.

No Brasil, a prevalência de depressão entre os idosos que residem nas zonas urbana e rural, segundo dados da Pesquisa Nacional por Amostras de Domicílio (PNAD) é de 9,2% (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA,

2011). A essa taxa ainda é necessário somar os casos possíveis de dificuldade de viabilização de detecção, como por exemplo, os idosos que não possuem acesso aos recursos de saúde, os de baixo nível socioeconômico e de escolaridade, os que se apresentam isolados geograficamente, dentre outros.

Dados apontam que na década de 90, a depressão foi considerada a quarta maior causa específica de incapacitação no mundo, e as projeções para 2020 são alarmantes, pois essa doença ocupará a segunda colocação nos países desenvolvidos e a primeira nos países em desenvolvimento, demonstrando, claramente, a necessidade de estratégias e programas para conter essa situação agravante (BRASIL, 2007).

Apesar de sua relevância, a depressão é de difícil mensuração, uma vez que mesmo com os avanços atuais, a saúde mental ainda é estigmatizada. Isso pode influenciar a interpretação dos sintomas e o significado que lhes é atribuído, o que prejudica o acesso aos serviços de saúde disponíveis e reduz o apoio social aos idosos (PARADELA; LOURENÇO; VERAS, 2005).

Há vários instrumentos de rastreio disponibilizados que permitem auxiliar na identificação de pacientes com sintomatologia depressiva, sendo um deles a Escala de Depressão Geriátrica, que será utilizada no presente estudo.

Muitas vezes a depressão é erroneamente encarada como processo natural do envelhecimento, e não como doença, isso deve-se ao fato de a pessoa idosa ser estereotipada como apática, irritada e mal-humorada (BENETTI; ROSA, 2009).

A etiologia da depressão em idosos é complexa, pois há diversos fatores biológicos, sociais, neurológicos e de personalidade que influenciam no aparecimento de um episódio depressivo. Vários fatores são comuns em qualquer idade, entretanto, existem evidências de que alguns deles são específicos dessa faixa etária (FUNNEL, 2010 apud FERREIRA; TAVARES, 2013).

A depressão apresenta frequência elevada entre idosos, gerando efeitos nocivos na qualidade de vida do indivíduo (GAZALLE et al., 2004), e sua prevalência está entre 4,7% e 36,8%. Essa oscilação se justifica pela grande quantidade de instrumentos diagnósticos, pontos de corte utilizados e gravidade dos sintomas (BRASIL, 2007).

A sintomatologia depressiva em idosos vai além de sintomas comuns como baixa autoestima, falta de ânimo, sensação de vazio, sentimento de culpa e

pessimismo, e tem com consequências negativas para a qualidade de vida (NUNES et al., 2010 apud NEVES et al., 2013).

A doença também tem grande potencial de comprometimento das atividades laborais e sociais em geral, especialmente quando se manifesta em intensidades moderada ou grave e apresenta evolução crônica. Os casos mais graves podem culminar com o suicídio. A depressão acarreta, em média, um milhão de mortes por ano (ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, 2012).

A literatura aponta uma relação intrínseca entre depressão e qualidade de vida na terceira idade. A depressão piora a funcionalidade tanto social quanto emocional, os pacientes acometidos são propensos ao isolamento, a sentimentos de derrota e frustração, o que prejudica as suas relações interpessoais e os desequilibram emocionalmente. O paciente entra, então, num círculo vicioso: suas estratégias de enfrentamento estão prejudicadas, ele tende a evitar amizades, responsabilidades e atividades recreativas, e isso gera a piora dos sintomas depressivos e conseqüentemente a queda da qualidade de vida (PIZZORNO; MURRAY, 1999; RUDY; HARRIS; SLEDGE, 2001).

2.3 IDOSO E CAPACIDADE PARA O TRABALHO

Existe uma relação típica entre a capacidade para o trabalho, bem-estar e envelhecimento:

A capacidade para o trabalho (CT) é a base para o bem-estar, e as variáveis que a afetam podem ser influenciadas por fatores relacionados ao indivíduo, ao ambiente e à vida fora do trabalho, conforme o modelo conceitual multidimensional. Embora o envelhecimento funcional frequentemente se faça notar antes do envelhecimento cronológico, há evidências de que o trabalho formal ou voluntário é um importante protetor de incapacidade e está relacionado à manutenção do bem-estar, da atividade física e do estilo de vida ativo entre a população idosa. (MARTINEZ, 2006; SEITSAMO, 2007 apud AMORIM; SALLA; TRELHA, 2014, p.831)

Tuomi et al. (2010) definem a capacidade para o trabalho como “quão bem o trabalhador está ou estará no presente ou num futuro próximo e quão capaz ele pode executar seu trabalho, em função das exigências, de seu estado de saúde e capacidades físicas e mentais”. Ao longo de uma carreira profissional podem ocorrer diversas mudanças, sendo, portanto, um desafio o profissional manter o equilíbrio com exigências impostas pelo trabalho e manter uma boa capacidade para a realização

deste (COOMER; HOUDMONT, 2013). Considerando o declínio natural das capacidades funcionais do idoso, torna-se ainda mais desafiadora a manutenção de uma boa capacidade para essa faixa etária.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) definiu como trabalhador em fase de envelhecimento aquele com 45 anos de idade ou mais. Acredita-se que a partir dessa idade há um declínio de algumas capacidades funcionais que pode se acentuar caso medidas preventivas e melhores condições de trabalho não sejam adotadas. Condições inadequadas de trabalho podem ser traduzidas em riscos de natureza física, química, biológica ou organizacional, que podem resultar no afastamento precoce do mercado de trabalho (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1994).

Para ter condições de se manter no trabalho, um dos critérios a ser utilizado pode ser a avaliação da capacidade laboral. A partir da década de 90, após a tradução e a adaptação cultural do instrumento Índice de Capacidade para o Trabalho (ICT), originário da Finlândia, a capacidade para o trabalho e o envelhecimento funcional passaram a ser mais estudados. A capacidade para o trabalho é o resultado da combinação do recurso humano com as demandas físicas, mentais e sociais do trabalho, da cultura organizacional e do ambiente de trabalho, e não deve ser confundida com desempenho no emprego, o qual está relacionado com as características individuais do trabalhador, como motivação, satisfação, comportamento e atitudes (ILMARINEN, 2001; MARTINEZ; LATORRE, 2006; SAMPAIO; AUGUSTO, 2012).

A avaliação da capacidade laboral de trabalhadores idosos torna-se relevante tendo em vista a crescente permanência ou retorno deste grupo no mercado de trabalho após a aposentadoria, que se dá por vários fatores, dentre eles, a necessidade de dar aporte à renda familiar, complementação da previdência privada, ocupação do tempo ocioso e interesse pelo trabalho, além da falência da Previdência e Seguridade Social, áreas extremamente afetadas com o aumento do número da população idosa.

Conforme Camarano (2001), o aumento da parcela da população economicamente ativa (PEA) constituída por idosos pode estar refletindo, pelo lado da oferta, maior cobertura do benefício previdenciário e aumento da longevidade conjugado com melhores condições de saúde que permitem que uma pessoa ao atingir os 60 anos possa, com facilidade, exercer uma atividade econômica. Estudos

da OMS (1993), apontam que a capacidade para o trabalho está diretamente relacionada com a possibilidade de realizar atividades que envolvem as aptidões físicas, mentais, funcionais e sociais.

Com a Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT), Lei 5.452 de 1 de maio 1943, foi garantido, dentre outras coisas, o direito, aos trabalhadores, da aposentadoria. Contudo, somente em 1961 foi criado o Ministério de Previdência e Assistência Social (BRASIL, 1943).

Apesar destas políticas sociais, é sabido que a aposentadoria representa uma redução considerável na renda do idoso, o que leva grande parte dessa população a continuar no mercado de trabalho.

Em 18 de junho de 2015 foi publicada, no Diário Oficial da União, a Medida Provisória 676/2015, na qual passavam a vigorar as novas regras para concessão dos benefícios da Previdência Social. Fruto dessa nova medida, a Lei 13.183 de 4 de novembro de 2015, dispõe que o segurado precisa atingir um número mínimo de pontos, obtido a partir da soma da idade com o tempo de contribuição, para poder se aposentar com o valor integral do benefício. A mulher precisa somar 85 pontos e o homem 95. Além disso, ainda será exigido o tempo mínimo de contribuição de 30 anos para mulheres e 35 anos para homens (BRASIL, 2015 apud ROCHA, 2015).

Essa pontuação seria progressiva, ou seja, de 2016 até 2026, o número de pontos aumentaria progressivamente, finalizando em 2026, quando as mulheres deveriam somar 90 pontos e os homens 100.

No entanto, em 03 de maio de 2017 uma nova proposta foi aprovada pela Comissão da Câmara, na qual a idade mínima para se aposentar, por idade, passaria a ser 62 anos para as mulheres e 65 anos para homens, com 25 anos de contribuição, além do cálculo de progressão (BRASIL, 2017).

Essa mudança na Previdência Social, com a inserção da progressão no cálculo da aposentadoria, foi embasada no acompanhamento da transição demográfica no Brasil, pois o aumento da expectativa de vida e de sobrevivência da população gera a necessidade de mudanças na legislação previdenciária.

Pode-se inferir que o intuito dessa lei é aumentar a idade para recebimento do benefício, o que prolongará a manutenção das pessoas no mercado de trabalho e conseqüentemente seu tempo de contribuição, sob a alegação que a

reestruturação restritiva de direitos sofrida pela previdência social brasileira se faz necessária, haja vista o déficit orçamentário (ROCHA, 2015).

Para que o idoso se estabeleça por mais tempo no mercado de trabalho é imprescindível garantir políticas públicas que lhes garantam condições adequadas para que ele exerça seu trabalho. O artigo 26 do Estatuto do Idoso (BRASIL, 2003) prevê que as pessoas com mais de sessenta anos têm direito ao exercício de atividade profissional, respeitadas suas condições físicas, intelectuais e psíquicas.

Sendo assim, a avaliação da capacidade laboral fundamenta, de forma sólida, a tomada de decisão e implementação de intervenções no ambiente de trabalho, bem como oferece subsídios para discussão da construção de políticas públicas que visam a melhoria das condições de trabalho para os idosos.

3 OBJETIVO GERAL

Avaliar a qualidade de vida, indicativo de depressão e capacidade laboral dos idosos que trabalham no Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (HC-UFTM).

3.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) Caracterizar os trabalhadores idosos segundo as variáveis sociodemográficas, econômicas e de saúde.
- b) Identificar idosos trabalhadores com indicativo de depressão.
- c) Classificar a capacidade para o trabalho dos idosos que trabalham no HC-UFTM.
- d) Identificar a percepção de qualidade de vida dos trabalhadores idosos.
- e) Determinar o poder preditivo do tipo de atividade exercida, do indicativo de depressão e do índice de capacidade para o trabalho sobre a percepção de qualidade de vida.

4 METODOLOGIA

Este trabalho foi formatado de acordo as normas da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT), Norma Brasileira (NBR) 14724, utilizando como referência o Manual para apresentação de trabalhos acadêmicos baseado nas normas de documentação da ABNT da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (2013).

4.1 TIPO E LOCAL DE ESTUDO

A pesquisa proposta foi um estudo transversal, de prevalência e de caráter descritivo. Segundo Gil (2008) os estudos descritivos têm por finalidade principal a descrição das características de determinada população, fenômeno ou estabelecimento de relações entre variáveis.

Tal escolha de investigação proporciona um retrato da situação de saúde da população ou comunidade, mediante a avaliação individual do estado de saúde dos integrantes do grupo, gerando indicadores de saúde globais para o grupo alvo da pesquisa. A definição da representatividade fundamenta-se na teoria estatística, consolidando o caráter aleatório da amostra e a definição clara dos limites de inclusão e exclusão dos possíveis participantes (CASELA; BERGER, 2010).

As buscas por amostragem, delineamento de pesquisa a que esta proposta mais se assemelha, são referenciadas pelo questionamento direto dos respondentes cujo comportamento se deseja descobrir. Comumente são realizadas por amostragem e com a utilização de questionários padronizados. Têm como vantagens o conhecimento imediato da realidade, economia, rapidez, e a possibilidade de quantificação e análise estatística (GIL, 2008).

Em 1982 foi inaugurado o Hospital Escola da Faculdade de Medicina do Triângulo Mineiro; em 2005, foi ampliado e modernizado, e passou a ser denominado Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (HC-UFTM).

O HC-UFTM atende a uma população de 27 municípios da região Triângulo Sul, numa estrutura composta por 302 leitos ativos (296 leitos de internação e seis leitos de Hospital-dia), sendo 20 de UTI infantil, 10 de UTI adulto e 10 de UTI coronariana, além de 14 salas de cirurgia. O Pronto Socorro é composto por 22 leitos

de internação. Além disso, o hospital possui anexos assistenciais para atendimento ambulatorial nas especialidades, totalizando 180 consultórios (UFTM, 2013).

4.2 POPULAÇÃO DO ESTUDO

A população desta pesquisa foi constituída pelos idosos que atenderam aos critérios de inclusão: ter idade igual ou superior a 60 anos e ser trabalhador do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (HC-UFTM), isso inclui os trabalhadores do Ambulatório Maria da Glória, anexo ao Hospital de Clínicas e as empresas terceirizadas que prestam seus serviços dentro do hospital: recepção, limpeza, segurança e nutrição. Partiu-se de uma população de 136 idosos, dos quais foram excluídos 55 idosos, sendo que 11 não foram encontrados após três tentativas, 41 se recusaram, alegando desinteresse ou falta de tempo e 3 estavam afastados de suas atividades laborais.

Considerando os critérios de exclusão, que foram estar de férias, licença saúde, atestado médico e viagens por motivo profissional no momento da coleta de dados, a população total deste estudo foi de 81 pessoas.

4.3 COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi realizada por meio de entrevista com instrumentos autoaplicáveis, porém, tendo em vista uma possível dificuldade de leitura ou compreensão dos itens descritos no questionário e problemas visuais apresentados pelos idosos, a coleta foi realizada de forma direta.

As entrevistas foram realizadas no ambiente laboral dos idosos, por uma equipe de 5 entrevistadores orientados para o seu desenvolvimento, num período de 3 meses (janeiro a março de 2017).

Os entrevistadores tiveram como orientações: não interferir na escolha das respostas dos entrevistados e apenas reler a questão de forma mais pausada, quando houvesse dúvidas.

Quando o idoso não respondeu alguma questão, foi colocado o código (99) e estipulou-se que quando mais de 20% dos itens não fosse preenchido, o entrevistador

retornaria ao local escolhido pelo idoso para completar a entrevista. Na impossibilidade, o questionário seria descartado.

Todos os instrumentos foram revisados pela pesquisadora responsável e não houve necessidade de retorno ao local da entrevista para complementação de respostas, uma vez que todas se apresentaram devidamente preenchidas.

4.3.1 Instrumentos para coleta de dados

A coleta de dados foi realizada por meio da aplicação de instrumentos, descritos abaixo.

O Questionário Brasileiro de Avaliação Funcional Multidimensional (BOMFAQ) foi utilizado para a coleta de dados referentes à identificação, perfil sociodemográfico, econômico e de saúde. O questionário original foi produzido pela Older Americans Resources and Services (OARS), elaborado pela Duke University (1978) e foi adaptado para o Brasil (RAMOS, 1987) (Anexo A). Deste instrumento, foi utilizada a variável atividade profissional atual para atendimento aos objetivos e descritas as seguintes variáveis: sexo; faixa etária; estado conjugal; escolaridade; renda individual; procedência dos recursos financeiros; atividade profissional atual; razão da aposentadoria; auto percepção da situação econômica; moradia; auto percepção da saúde, auto percepção da visão; auto percepção da audição; uso regular de medicação; atividades de lazer, dentre outros.

Para avaliação da depressão, o instrumento utilizado foi a Geriatric Depression Scale (GDS), (YESAVAGE et al., 1983). No Brasil, este instrumento foi validado de maneira reduzida com várias versões, com 1, 4, 10, 15 e 20 questões (ALMEIDA; ALMEIDA, 1999). A versão brasileira da GDS-15 (Anexo B) dispõe de medidas válidas para o diagnóstico de episódio depressivo maior de acordo com os critérios com o Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais, quinta edição (DSM-V). Esta versão é uma escala dicotômica, em que os participantes são instruídos a assinalar a presença ou a ausência (sim x não) de sintomas referentes a mudanças no humor e a sentimentos específicos como desamparo, inutilidade, desinteresse, aborrecimento e felicidade. O ponto de corte >5 traz índices de sensibilidade de 90,9% e de especificidade de 64,5% para diagnóstico de episódio depressivo maior conforme o DSM-IV (ALMEIDA; ALMEIDA, 1999).

Para avaliar a Qualidade de Vida (QV) foi utilizado o questionário WHOQOL – BREF (Anexo C): Trata-se de instrumento genérico, validado no Brasil, com escore que varia de zero a cem. É composto por quatro domínios: físico (dor e desconforto; energia e fadiga; sono e repouso), psicológico (sentimentos positivos; pensar, aprender, memória e concentração; autoestima; imagem corporal e aparência; sentimentos negativos), relações sociais (relações sociais; suporte; atividade sexual) e meio ambiente (segurança física e proteção; ambiente no lar; recursos financeiros; cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade; oportunidade de adquirir novas informações e habilidades; participação e oportunidades de lazer; ambiente físico e transporte), avaliação global da QV, e por 26 questões explicativas (FLECK, 2008).

O questionário WHOQOL – OLD (Anexo D) se trata de um instrumento genérico específico, validado no Brasil, com escore que varia de zero a 100, que tem como objetivo avaliar a qualidade de vida de indivíduos idosos. O módulo do WHOQOL – OLD consiste em 24 itens atribuídos a seis facetas: funcionamento dos sentidos (avalia o impacto da perda das habilidades sensoriais); autonomia (descreve até que ponto o idoso é capaz de viver de forma autônoma e tomar suas próprias decisões); atividades passadas, presentes e futuras (retrata a satisfação sobre as conquistas e esperanças futuras); participação social (em atividades cotidianas, especialmente na comunidade); morte e morrer (preocupações, inquietações e temores), e intimidade (avalia a capacidade para as relações pessoais e íntimas) (FLECK, 2008; CHACHAMOVICH, 2005).

Cada faceta possui quatro itens. Desta forma, para todas as facetas o escore dos valores possíveis pode variar de 4 a 20, depois do que é convertido em escala de 0 a 100, desde que todos os itens de uma faceta tenham sido preenchidos (CHACHAMOVICH et al., 2008).

O Índice de Capacidade para o Trabalho – ICT (Anexo E) foi desenvolvido no Instituto Finlandês de Saúde Ocupacional (FIOH), na década de 1980 (TUOMI, et al., 2010). Esse instrumento tem o intuito de avaliar a capacidade de trabalho em relação à idade do trabalhador e, em consequência, 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).

O ICT foi traduzido para o português e testado por pesquisadores da Faculdade

de Saúde Pública da Universidade de São Paulo e por profissionais de outras universidades e instituições do Brasil (FISCHER, 2005). Foram feitas algumas alterações no texto do instrumento, visando garantir o entendimento das questões, e foi definido que o questionário poderia ser autoaplicável desde que a escolaridade mínima fosse a quarta série do ensino fundamental (FISCHER, 2005).

Este é utilizado para se medir a capacidade de trabalho e toma como referência a percepção do próprio trabalhador, através de dez questões agrupadas em sete itens envolvendo as exigências laborais físicas e mentais:

- a) Capacidade para o trabalho atual e comparada com a melhor de toda a vida – escore de 0 a 10 pontos;
- b) Capacidade para o trabalho em relação às exigências do trabalho – avaliado através de duas questões com escore de 2 a 10 pontos;
- c) 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;
- d) Perda estimada para o trabalho devido a doenças – escore varia de 1 a 6 pontos;
- e) Faltas ao trabalho por doenças – escore de 1 a 5 pontos;
- f) Prognóstico próprio sobre a capacidade para o trabalho – pontuação 1, 4 ou 7 pontos;
- g) Recursos mentais – escore de 1 a 4 pontos.

Uma pontuação de 7 a 27 pontos indica baixa capacidade para o trabalho e a necessidade de medidas para restaurar a capacidade para o trabalho; uma pontuação entre 28 e 36 indica capacidade para o trabalho moderada e medidas para melhorá-la são recomendadas; uma pontuação entre 37 e 43 indica uma boa capacidade para o trabalho, em que deverão ser adotadas medidas para apoiar essa capacidade, e uma 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 (TUOMI et al., 2010).

4.4 VARIÁVEIS DE ESTUDO

Socioeconômicas: sexo (masculino e feminino), faixa etária em anos (60|-70; 70|-80; 80 anos ou mais), estado conjugal (casado ou mora com companheiro; separado/desquitado/divorciado; viúvo; solteiro), escolaridade, em anos de estudo (sem escolaridade; 1 |- 4; 4 |- 8; 8; 9 |-11; 11 ou mais), renda individual, em salários mínimos (sem renda; <1; 1; 1-|3; 3-|5; >5), procedência dos recursos financeiros, atividade profissional, motivo da aposentadoria, maneira como satisfaz as necessidades básicas, comparação da situação econômica com a de outras pessoas da mesma idade, e moradia.

Saúde: auto percepção da saúde, comparação do estado de saúde atual com o de 12 meses atrás (pior, igual ou melhor), percepção da comparação da sua saúde com a de outra pessoa da mesma idade (pior, igual ou melhor), uso de medicamentos, atividades de lazer, entre outras.

Indicativo de depressão: 15 questões que indicarão, ou não, depressão.

Capacidade para o trabalho: capacidade para o trabalho atual, comparada com a melhor de toda a vida, capacidade para o trabalho em relação às exigências do trabalho, número atual de doenças autorreferidas e diagnosticadas por médico, perda estimada para o trabalho devido a doenças, falta ao trabalho por doenças, prognóstico próprio sobre a capacidade para o trabalho e recursos mentais.

Qualidade de Vida: funcionamento do sensório; autonomia; atividades passadas, presentes e futuras; participação social; morte e morrer e intimidade.

4.5 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

Foi construída uma planilha de dados eletrônicos no programa Excel®. Os dados coletados foram processados em microcomputador, em dupla entrada, para posterior conferência dos dados e verificação da existência de registros duplicados, assim como de nomes diferentes entre as duas bases de dados. Nos casos de ocorrência de dados inconsistentes foi verificada a entrevista original e realizada a correção. O banco de dados foi transportado para o software *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 20.0, onde procedeu-se à análise estatística dos dados.

Para atender ao primeiro objetivo específico as variáveis categóricas foram resumidas empregando-se tabelas de frequências absolutas e relativas, ao passo que as variáveis quantitativas foram resumidas empregando-se medidas de tendência central (média e mediana), bem como medidas de variabilidade (amplitudes e desvio padrão).

A fim de atender ao segundo objetivo específico foram apresentadas as frequências de medidas absolutas e relativas.

Para atender ao terceiro e ao quarto objetivos foram utilizadas medidas de tendência central (média e mediana) e de variabilidade (amplitudes e desvio padrão) para cada um dos domínios e facetas da escala.

Cada domínio do WHOQOL-BREF e faceta do WHOQOL-OLD foram analisados isoladamente, com seus escores calculados de acordo com as sintaxes disponibilizadas pela OMS. O escore varia de 0 a 100, sendo que um maior resultado corresponde a uma maior percepção de qualidade de vida (FLECK et al., 2000).

Para atender ao quinto objetivo, a análise bivariada utilizou o teste t de amostras independentes para a análise da influência do tipo de atividade exercida e do indicativo de depressão sobre os domínios e facetas da qualidade de vida, enquanto a influência do índice da capacidade para o trabalho foi analisada pelo coeficiente de correlação produto-momento de Pearson.

Para a análise dos dados foram consideradas: correlação de Pearson positiva forte $\geq 0,5$; positiva moderada $0,3 < r < 0,5$; positiva fraca $r \geq 0$ ou $< 0,3$; e preditores estatisticamente significantes para valores $\leq 0,05$ (COHEN, 1988).

Já a influência dos preditores (tipo de atividade, indicativo de depressão e índice de capacidade para o trabalho) incluiu a análise de regressão linear múltipla. Neste trabalho, foi considerado um nível de significância alfa= 0,05. Finalmente, é preciso acrescentar que, a inclusão dos preditores teve por referência exclusivamente o referencial teórico.

Vale ressaltar que, neste estudo, as profissões foram separadas em 2 grupos para se caracterizar o tipo de atividade do trabalhador, um grupo referente aos que prestam assistência direta ao paciente (auxiliar de enfermagem, técnico em enfermagem, enfermeiro, médico, técnico em radiologia, fonoaudiólogo, psicólogo, assistente social e técnico em nutrição) e o outro, dos que não prestam assistência direta ao paciente (assistente administrativo, auxiliar administrativo, administrador,

cozinheiro, auxiliar de cozinha, auxiliar de serviços gerais, técnico em patologia clínica, recepcionista, auxiliar de portaria, escriturário, servente de pedreiro, pedreiro, encanador, operador de caldeira, operador de máquina de lavanderia, auxiliar de lavanderia, costureiro, técnico de necropsia, auxiliar de manutenção).

É preciso destacar que todos os pré-requisitos para a utilização do método de regressão, tais como análise de resíduos, valores atípicos e multicolinearidade, foram levados em consideração.

4.6 ASPECTOS ÉTICOS

Em observação a resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, que trata da pesquisa com seres humanos, o projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Triângulo Mineiro e aprovado (protocolo nº 1.916.579). Os idosos foram abordados em seu local de trabalho e foi agendado um dia para a entrevista com aqueles que consentiram. Foram apresentados os objetivos, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e oferecidas as informações pertinentes. Somente após a anuência do entrevistado e a assinatura do referido termo foi iniciada a entrevista.

5 RESULTADOS

Os dados coletados nesse estudo referiram-se às respostas dos sujeitos aos instrumentos de avaliação. Os resultados encontrados no estudo foram descritos conforme os objetivos propostos.

5.1 PERFIL SÓCIODEMODRÁFICO, ECONÔMICO E DE SAÚDE

A população deste estudo foi composta por 81 trabalhadores idosos do Hospital de Clínicas da UFTM do município de Uberaba-MG, o que inclui o ambulatório de especialidades (Ambulatório Maria da Glória) e as empresas terceirizadas que prestam serviços no interior do hospital (recepção, segurança, limpeza e nutrição).

Dentre os profissionais entrevistados, 67,9% foram do sexo feminino. Em relação à faixa etária, todos foram idosos jovens, com predomínio da faixa etária de 60 a 69 anos de idade (96,3%) e apenas 3,7% com idade entre 70 e 79 anos.

Quanto ao estado conjugal, 38 pessoas (46,9%) relataram que moram com seus companheiros, 10 (12,3%) eram viúvos, 13 (16%) separados, divorciados ou desquitados e 17 (20,9%) nunca se casaram ou moraram com companheiros.

Referente às características econômicas, encontrou-se 29,6% dos trabalhadores com renda individual de 01 a 03 salários mínimos, 37% tinham renda de 3 a 5 salários e 33,3% recebiam mais de 5 salários mínimos.

Em relação à atividade laboral, foram encontradas mais de 20 profissões, que foram divididas entre os que prestam e não prestam assistência direta aos pacientes. Entre eles, 61,7% prestam assistência direta ao paciente e 38,3% não assistem diretamente ao paciente.

Do total da amostra, 29,6% dos trabalhadores se aposentaram e se mantiveram no mercado de trabalho, destes, 79,2% se aposentaram por tempo de serviço e 20,8% por idade. A maioria dos que não se aposentaram, 67,9%, está na faixa etária entre 60 e 69 anos e apenas 2,5%, estão entre 70 e 79 anos.

De acordo com a satisfação com a situação financeira para atender suas necessidades básicas como alimentação, saúde, moradia, dentre outras, 64,2% dos profissionais a consideraram boa, 29,6% regular e 6,2% a consideraram ruim. Ao compararem sua situação econômica com a de outras pessoas da sua idade, 53,1%

acreditaram que estão em situação melhor e 35,8% relataram que a situação econômica é a mesma que a de outras pessoas de sua idade.

Houve predomínio de pessoas que possuem casa própria e quitada (72,8%). Pode-se observar que 64,2% da população estudada obtém seus recursos através do trabalho contínuo. A Tabela 1 abaixo demonstra a proveniência dos recursos financeiros desta população.

Tabela 1 - Caracterização dos idosos trabalhadores do HC-UFTM, segundo a origem dos recursos financeiros – Uberaba/MG - 2017.

Variáveis		N	%
Origem dos recursos financeiros	Pensão	20	24,7
	Renda/aluguel	2	2,5
	Trabalho eventual	3	3,7
	Trabalho contínuo	52	64,2
	Outros (Aplicação financeira, renda vitalícia, doação)	4	4,8

Fonte: Dados coletados pela autora, 2017.

Na Tabela 2, a seguir, encontram-se as características sociodemográficas da população estudada.

Tabela 2 - Distribuição da frequência das variáveis sociodemográficas dos idosos trabalhadores do HC-UFTM (n=81) – Uberaba/MG - 2017.

Variáveis		N	%
Sexo	Masculino	26	32,1
	Feminino	55	67,9
Faixa etária	60 a 69 anos	78	96,3
	70 a 79 anos	3	3,7

Continuação Tabela 2 - Distribuição da frequência das variáveis sociodemográficas dos idosos trabalhadores do HC-UFTM (n=81) – Uberaba/MG - 2017.

Estado conjugal	Nunca se casou ou morou com companheiro	17	21
	Mora com esposo/ companheiro	38	46,9
	Viúvo	10	12,3
	Separado/ desquitado/ divorciado	13	16
	Ignorado	3	3,7
Renda	De 1 a 3 salários mínimos	24	29,6
	De 3 a 5 salários mínimos	30	37
	Mais de 5 salários mínimos	27	33,3
Tipo de atividade profissional exercida	Assistência direta ao paciente	50	61,7
	Sem assistência direta ao paciente	31	38,3
Aposentadoria	Aposentado	24	29,6
	Não se aposentou	57	70,4

Fonte: Dados coletados pela autora, 2017.

Quanto às variáveis de saúde, 48,1% da população estudada considerou sua saúde boa e 30,9% descreveram-na como ótima, como pode ser observado na Tabela 3 abaixo. Quando se comparou a saúde atual com a de 12 meses atrás, 22,2% relataram que sua saúde estava pior, enquanto 59,3% julgaram-na como igual. Ao comparar sua saúde com a de outras pessoas da mesma idade, a maioria (60,5%), considerava sua saúde melhor.

Tabela 3 - Caracterização da percepção da saúde dos idosos trabalhadores do HC-UFTM (n=81) – Uberaba/MG - 2017.

Variáveis	N	%	
Percepção de sua saúde	Péssima	3	3,7
	Regular	14	17,3
	Boa	39	48,1
	Ótima	25	30,9
Total	81	100	

Fonte: Dados coletados pela autora, 2017.

Na Tabela 4, encontra-se a distribuição das morbidades autorreferidas da população estudada. Os problemas de saúde mais prevalentes foram problemas de visão (40,8%), pressão arterial alta (38,2%), problemas na coluna (37%), má circulação (28,4%), artrite/artrose (27,1%) e problemas para dormir (23,4%). No entanto, quando se avaliou, dentre essas doenças, quais interferiam na vida diária, houve predominância de problemas na coluna, artrite/artrose e problemas para dormir com frequências de 66,6%, 59,1% e 52,6%, respectivamente. Em relação a audição, 50,6% a consideraram boa e 34,6%, descreveram-na como excelente.

Tabela 4 - Distribuição da frequência das morbidades autorreferidas pelos idosos trabalhadores do HC-UFTM – Uberaba/MG - 2017.

Variáveis	N	%	
Problemas de saúde	Reumatismo	5	6,1
	Artrite/artrose	22	27,1
	Osteoporose	6	7,4
	Pressão alta	31	38,2
	Má circulação (varizes)	23	28,4
	Problemas cardíacos	9	11,1
	Diabetes	13	16,1
	Obesidade	8	9,8
	Incontinência fecal	1	1,2
	Prisão de ventre	6	7,4
	Problemas para dormir	19	23,4
	Catarata	14	17,2
	Glaucoma	4	4,9
	Problemas de coluna	30	37
	Problema renal	3	3,7
	Sequela acidente/trauma	6	7,4
	Tumores malignos	2	2,5
	Tumores benignos	1	1,2
	Problema de visão	33	40,8

Fonte: Dados coletados pela autora (2017).

É relevante destacar que 79% dos trabalhadores entrevistados referiram usar medicamento regularmente. Destes, 6,2% usam sem indicação médica e a maioria (65,4%) não encontra problemas para obtê-los.

Pode-se observar na Tabela 5, os passatempos habituais mais comuns da população estudada, sendo os mais predominantes, assistir TV (88,9%), ler (61,7%) e ouvir rádio (56,8%). Destes trabalhadores estudados, 63% consideraram-se satisfeitos com suas atividades de lazer, enquanto que 12,3% estão insatisfeitos e 3,7% muito insatisfeitos. Não ter dinheiro suficiente foi a principal justificativa para esta insatisfação (55,5%).

Tabela 5 - Distribuição da frequência da variável passatempos habituais dos idosos trabalhadores do HC-UFTM – Uberaba/MG - 2017.

Variáveis		N	%
Passatempos habituais	Assistir TV	72	88,9
	Ouvir rádio	46	56,8
	Ler	50	61,7
	Jogar (jogos de salão)	12	14,8
	Fazer atividades manuais	27	33,3
	Dançar	22	27,2
	Outros	47	58

Fonte: Dados coletados pela autora, 2017.

5.2 IDENTIFICAÇÃO DE INDICATIVO DE DEPRESSÃO

Como apresentado na Tabela 6, dos 81 idosos trabalhadores, 6,2% apresentaram indicativo de depressão. Esse resultado representa 5 pessoas da amostra, dentre elas 4 são do sexo feminino, 3 moram com seus companheiros e 3 possuem renda de 3 a 5 salários mínimos.

Tabela 6 - Caracterização do indicativo de depressão dos idosos trabalhadores do HC-UFTM (n=81) – Uberaba/MG - 2017.

Variáveis	N	%
Ausência de indicativo de depressão	76	93,8
Presença de indicativo de depressão	5	6,2
Total	81	100

Fonte: Dados coletados pela autora, 2017.

5.3 CLASSIFICAÇÃO DA CAPACIDADE PARA O TRABALHO

Para a avaliação da capacidade laboral foi utilizado o instrumento ICT, composto por sete dimensões que estão distribuídas em dez questões. Os resultados encontrados para cada dimensão são apresentados na Tabela 7, por meio de média, mediana, mínimo e desvio-padrão.

Tabela 7 – Medidas de tendência central e variabilidade dos domínios do índice de capacidade para o trabalho, aplicado nos idosos trabalhadores do HC-UFTM - Uberaba/MG - 2017.

Variáveis	Média	Mediana	Mínimo	Máximo	Desvio-padrão
Dimensões					
1.Capacidade atual para o trabalho comparada com a melhor de toda a vida	8,43	8	4	10	1,36
2.Capacidade para o trabalho em relação às exigências do trabalho	7,73	8	4	10	1,43
3.Número atual de doenças diagnosticadas por médico	3,83	4	1	7	1,88
4.Perdas estimada para o trabalho por causa de doenças	5,23	6	1	6	1,16
5.Faltas no trabalho por doenças no último ano	4,22	5	1	5	1,19

Continuação Tabela 7 – Medidas de tendência central e variabilidade dos domínios do índice de capacidade para o trabalho, aplicado nos idosos trabalhadores do HC-UFTM -Uberaba/MG - 2017.

6. Prognóstico próprio da capacidade para o trabalho daqui a 2 anos	5,63	7	1	7	2,01
7. Recursos mentais	3,73	4	2	4	0,52

Fonte: Dados coletados pela autora, 2017.

Como pode ser observado na Tabela 7 acima, os domínios que obtiveram a maior média foram os referentes à “capacidade atual para o trabalho comparada com o melhor de toda a vida” e à “capacidade para o trabalho em relação às exigências do trabalho”, isto significa que houve uma maior pontuação por parte dos entrevistados neste quesito, o que impactou positivamente na classificação do índice da capacidade para o trabalho.

A Tabela 8 abaixo demonstra a classificação do índice da capacidade para o trabalho. Foi constatado que a maioria dos entrevistados apresentou boa e ótima capacidade laboral, o que representa 48,1% e 23,5% da amostra, respectivamente.

Tabela 8 – Distribuição da frequência para a classificação do escore total do Índice de Capacidade para o Trabalho, aplicado nos idosos trabalhadores do HC-UFTM (n=81) – Uberaba/MG - 2017.

Variáveis		N	%
Classificação de capacidade para o trabalho (ICT)	Baixa capacidade para o trabalho (7 - 27 pontos)	6	7,4
	Moderada capacidade para o trabalho (28 – 36 pontos)	37	21
	Boa capacidade para o trabalho (37 – 43 pontos)	39	48,1
	Ótima capacidade para o trabalho (44 – 49 pontos)	19	23,5
Total		81	100

Fonte: Dados coletados pela autora, 2017.

5.4 IDENTIFICAÇÃO DA PERCEPÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA

A análise da qualidade de vida pelo WHOQOL-BREF apresentou médias aproximadas entre seus 4 domínios. Como pode-se observar na Tabela 9, a maior média encontrada refere-se ao domínio físico, 76,76 (desvio padrão 17,23), seguido dos domínios psicológico, 75,67 (desvio padrão 11,85), social, 74,69 (desvio padrão 14,21) e ambiental, 68,18 (desvio padrão 14,99). Isso significa que os itens segurança física e proteção, ambiente no lar, recursos financeiros, cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade, oportunidade de adquirir novas informações e habilidades, participação e oportunidades de lazer, ambiente físico e transporte, são os que mais afetaram desfavoravelmente a qualidade de vida.

Tabela 9 - Qualidade de vida dos idosos trabalhadores do HC-UFTM, segundo o WHOQOL-BREF – Uberaba/MG - 2017.

Variáveis	Média	Mínimo	Máximo	Desvio-padrão
WHOQOL-BREF				
Domínio físico	76,76	17,9	100	17,23
Domínio psicológico	75,67	25	100	11,85
Domínio social	74,69	25	100	14,21
Domínio ambiental	68,18	18,8	100	14,99

Fonte: Dados coletados pela autora, 2017.

Os resultados da Tabela 10 mostram que nesta população idosa trabalhadora, a maior média nas facetas do WHOQOL-OLD foi a faceta de função sensorial, que alcançou 86,94 (desvio padrão 17,15) de pontuação, enquanto a menor média ficou na faceta de participação social: 68,99 (desvio padrão 16,3). Estas facetas abordam, respectivamente, o funcionamento sensorial e o impacto das perdas das habilidades sensoriais na qualidade de vida, e delineia a participação em atividades do cotidiano na comunidade, ressaltando que quanto maior a pontuação adquirida, menores são os impactos negativos dos domínios da qualidade de vida (CHACHAMOVICH, 2005).

Tabela 10 - Qualidade de vida dos idosos trabalhadores do HC-UFTM, segundo o *WHOQOL-OLD – Uberaba/MG - 2017.

Variáveis	Média	Mínimo	Máximo	Desvio-padrão
WHOQOL-OLD				
Faceta autonomia	75,63	31	100	15,08
Faceta atividades presentes, passadas e futuras	71,41	19	100	14,18
Faceta participação social	68,99	12	100	16,30
Faceta morte e morrer	76,22	25	100	23
Faceta intimidade	72,90	0	100	21,12
Faceta função sensorial	86,94	19	100	17,15

Fonte: Dados coletados pela autora, 2017.

5.5 DETERMINAÇÃO DO PODER PREDITIVO DO TIPO DE ATIVIDADE EXERCIDA, INDICATIVO DE DEPRESSÃO E DA CAPACIDADE PARA O TRABALHO SOBRE A QUALIDADE DE VIDA

Para obter os resultados da análise das variáveis sociodemográficas e clínicas e da capacidade laboral sobre a qualidade de vida, utilizou-se como preditores o tipo de atividade (assistência direta ou não ao paciente), indicativo de depressão e índice de capacidade para o trabalho, tendo em vista o referencial teórico e a relevância clínica e conceitual.

5.5.1 Análise da influência do tipo de atividade profissional sobre a qualidade de vida

A qualidade de vida mensurada no WHOQOL-BREF, evidenciou que o grupo que presta assistência direta aos pacientes apresentou maiores médias nos domínios físico e psicológico, 77,48 e 77,29 (desvio padrão 15,54 e 10,45), enquanto o grupo que não presta assistência direta ao paciente apresentou maiores médias nos domínios físico e social, 74,89 e 75,80 (desvio padrão 19,57 e 16,44).

O domínio que mais impactou negativamente a qualidade de vida do grupo que presta assistência diretamente ao paciente foi o ambiental, 69,78 (desvio padrão 14,48). Este domínio avalia segurança física e proteção; ambiente no lar; recursos financeiros; cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade; oportunidade de adquirir novas informações e habilidades; participação e oportunidades de lazer; e ambiente físico e transporte.

Quando se avaliou os dois grupos em cada domínio, foram encontrados os seguintes dados:

O domínio físico apresentou maior escore ,77,48 (desvio padrão 15,54) para o grupo que presta assistência direta ao paciente comparado ao outro grupo, que apresentou média de 74,89 (desvio padrão 19,57).

O domínio psicológico apontou média de 77,29 (desvio padrão 10,45) para o grupo que assiste diretamente ao paciente, também superior ao outro grupo, que obteve escore de 72,58 (desvio padrão 13,31).

O domínio social, por sua vez, foi o único em que o grupo que não presta assistência direta ao paciente apresentou escores maiores, 75,80 (desvio padrão 16,44), em comparação ao outro grupo, que obteve 73,81 pontos de média (desvio padrão 12,84).

O fator ambiental retratou valores maiores de média no grupo que presta assistência diretamente ao paciente, apontando um resultado de 69,78 (desvio padrão 14,48), enquanto o outro grupo obteve 65,03 pontos (desvio padrão 15,39).

A Tabela 11, a seguir, destaca os valores encontrados nos domínios do WHOQOL-BREF e nas facetas do WHOQOL-OLD.

Tabela 11- Relação dos domínios e facetas do WHOQOL e o tipo de atividade profissional dos trabalhadores idosos do HC-UFTM, exercida em relação aos pacientes – Uberaba/MG - 2017.

WHOQOL	Tipo de atividade exercida					
	Presta assistência direta		Não presta assistência direta		Valor do teste t	Valor de p
	Média	Desvio Padrão	Média	Desvio Padrão		
Domínio Físico	77,48	15,54	74,89	19,57	0,66	0,51
Domínio Psicológico	77,29	10,45	72,58	13,31	1,76	0,81
Domínio Social	73,81	12,84	75,80	16,44	-0,61	0,55
Domínio Ambiental	69,78	14,48	65,03	15,39	1,39	0,17
Faceta de autonomia	74,73	15,16	76,45	15	-0,49	0,62
Faceta atividades presentes, passadas e futuras	72,65	13,71	68,90	14,74	1,16	0,25
Faceta de participação social	69	16,57	68,35	16,03	0,17	0,86
Faceta de morte e morrer	73,69	20,53	79,45	23,39	-1,09	0,28
Faceta de intimidade	70,02	21,61	76,58	19,75	-1,37	0,18
Faceta de função sensorial	89,04	13,20	83,19	21,87	1,34	0,19

Fonte: Dados coletados pela autora, 2017.

A qualidade de vida mensurada no WHOQOL-OLD apresentou maiores escores nas facetas função sensorial em ambos os grupos, com valores de 89,04

(desvio padrão 13,20) para os que prestam assistência direta aos pacientes e 83,19 (desvio padrão 21,87) para os que não assistem diretamente aos pacientes. Essa faceta avalia o impacto da perda das habilidades sensoriais.

Os dois grupos, também, apresentaram menores escores na faceta de participação social com valores de 69 e 68,35 (desvio padrão 16,57 e 16,03), que analisa as atividades cotidianas, especialmente na comunidade.

Nas facetas autonomia, morte e morrer, e intimidade, os escores maiores são encontrados no grupo que não presta assistência direta aos pacientes.

Pode-se observar que não houve diferença estatisticamente significativa para nenhum dos domínios e facetas de qualidade de vida, em relação ao tipo de atividade exercida pelo indivíduo.

5.5.2 Análise da influência do indicativo de depressão sobre a qualidade de vida

Nesta seção, foram abordados os escores de qualidade de vida segundo os domínios do WHOQOL-BREF e facetas do WHOQOL-OLD e respectiva análise com o escore do indicativo de depressão da GDS. A Tabela 12 mostra esses valores.

Houve predomínio de maiores escores em todos os domínios do WHOQOL-BREF dos entrevistados que não apresentaram indicativo de depressão, o que significou impacto positivo na qualidade de vida desta população. Os domínios que mais favoreceram a percepção positiva da qualidade de vida foram os domínios físico e psicológico, com valores de 78,76 e 77,03, respectivamente (desvio padrão 15,35 e 10,20).

Os domínios físico, psicológico e ambiental foram estatisticamente significativos ($p < 0,001$, $p < 0,001$ e $p = 0,008$), ou seja, a média dos escores desses domínios foram significativamente maiores entre os idosos que não apresentavam indicativo de depressão que entre aqueles que o apresentavam.

Na avaliação da qualidade de vida pelo WHOQOL-OLD, com exceção da faceta intimidade (72,76), todas as demais apresentaram médias superiores no grupo de pessoas que não apresentaram indicativo de depressão, reforçando que a avaliação da qualidade de vida nestas facetas, para este grupo, foi melhor que a do grupo que apresentou indicativo de depressão.

Tabela 12 -Relação dos domínios e facetas do WHOQOL e indicativo de depressão nos idosos trabalhadores do HC-UFTM – Uberaba/MG - 2017.

WHOQOL	Indicativo de Depressão					
	Presença de indicativo de depressão		Ausência de indicativo de depressão		Valor do teste t	Valor de p
	Média	Desvio Padrão	Média	Desvio Padrão		
Domínio Físico	46,44	17,30	78,76	15,35	-4,53	<0,001
Domínio Psicológico	55	17,03	77,03	10,20	-4,48	<0,001
Domínio Social	65	25,29	75,33	13,22	-0,90	0,41
Domínio Ambiental	51,30	18,96	69,30	14,15	-2,70	0,008
Faceta autonomia	59,80	20,06	76,67	14,25	-2,50	0,01
Faceta atividades presentes, passadas e futuras	58,60	23,45	72,25	13,17	-2,13	0,04
Faceta participação social	48,60	22,88	70,33	15,03	-3,03	0,003
Faceta morte e morrer	75	25,35	76,30	23,02	-0,12	0,90
Faceta intimidade	75	14,08	72,76	21,56	0,23	0,82
Faceta função sensorial	60,20	36,64	88,70	13,84	-1,73	0,16

Fonte: Dados coletados pela autora, 2017.

As facetas autonomia, atividades passadas, presentes e futuras, e participação social foram estatisticamente significativas ($p=0,01$, $p=0,04$ e $p=0,003$), ou seja, estas

facetas foram significativamente maiores entre os trabalhadores que não apresentavam indicativo de depressão do que entre aqueles que o apresentavam.

5.5.3 Análise da capacidade para o trabalho sobre a qualidade de vida

Para a análise da capacidade para o trabalho sobre a qualidade de vida foi realizada uma análise bivariada, utilizando a somatória de pontos das questões do ICT e a média dos domínios e facetas do WHOQOL.

Verificou-se que no domínio físico, psicológico e social houve uma correlação forte ($r > 0,5$), segundo Cohen (1988), e estatisticamente significativa ($p < 0,001$), o que significa que existe uma relação direta entre a capacidade para o trabalho e a qualidade de vida, ou seja, quanto melhor a capacidade para o trabalho, melhor é a percepção da qualidade de vida.

Na análise da capacidade para o trabalho com as facetas do WHOQOL-OLD, observou-se que as facetas autonomia, atividades passadas, presentes e futuras, participação social, e função sensorial apresentaram uma correlação moderada ($0,5 > |r| > 0,3$) e estatisticamente significativa ($p < 0,001$), mostrando que existe uma relação direta e, no entanto, modesta, entre a qualidade de vida expressa nessas facetas e na capacidade para o trabalho.

Vale ressaltar que as facetas morte e morrer e intimidade não apresentaram correlação, uma vez que não foram estatisticamente significantes.

Seguem abaixo, na Tabela 13, os resultados desta análise.

Tabela 13 - Correlação entre os escores médios do ICT e os domínios e facetas do WHOQOL – Uberaba/MG - 2017.

WHOQOL	R*	p**
Domínio Físico	0,75	<0,001
Domínio Psicológico	0,50	<0,001
Domínio Social	0,27	0,15

Continuação Tabela 13 - Correlação entre os escores médios do ICT e os domínios e facetas do WHOQOL – Uberaba/MG - 2017.

Domínio Ambiental	0,52	<0,001
Faceta autonomia	0,419	<0,001
Faceta atividades presentes, passadas e futuras	0,465	<0,001
Faceta participação social	0,480	<0,001
Faceta morte e morrer	0,144	0,100
Faceta intimidade	-0,036	0,375
Faceta função sensorial	0,415	<0,001

Fonte: Dados coletados pela autora, 2017.

*r: correlação de Pearson, correlação positiva forte $\geq 0,5$; positiva moderada $0,3 < r < 0,5$; positiva fraca $r \geq 0$ ou $< 0,3$.

**p: estatisticamente significativo para valores $\leq 0,05$.

5.5.4 Análise do poder preditivo que o tipo de atividade profissional, o indicativo de depressão e o índice de capacidade para o trabalho exercem sobre a qualidade de vida

No domínio físico, os preditores capacidade para o trabalho e indicativo de depressão apresentaram uma correlação significativa com a qualidade de vida, com valores de $\beta = 0,51$, $p < 0,001$ para capacidade para o trabalho e $\beta = 0,31$, $p = 0,001$, para indicativo de depressão.

Verificou-se que no domínio psicológico, os preditores estatisticamente significantes para a qualidade de vida foram o indicativo de depressão ($\beta = 0,36$, $p = 0,001$) e a capacidade para o trabalho ($\beta = 0,24$, $p = 0,02$). Portanto, quanto maiores os escores do ICT, e quando há ausência de indicativo de depressão, melhor é a percepção da qualidade de vida neste domínio.

Referente ao domínio ambiental, o preditor capacidade laboral apresentou uma correlação significativa com a qualidade de vida ($\beta = 0,41$, $p < 0,001$).

Em relação as facetas do WHOQOL-OLD, apenas a de intimidade não demonstrou preditor correlacionado com qualidade de vida.

Na faceta autonomia evidenciou-se correlação entre o preditor de indicativo de depressão ($\beta = 0,23$, $p=0,04$) e a qualidade de vida, ou seja, quando existe ausência de indicativo de depressão, maior é a qualidade de vida.

Houve correlação significativa entre a capacidade para o trabalho e a qualidade de vida na faceta atividades passadas, presentes e futuras, apresentando escores de $\beta = 0,32$ e $p=0,005$.

O tipo de atividade exercida apresentou correlação significativa com a qualidade de vida na faceta morte e morrer ($\beta = -0,13$, $p=0,02$), o que significa que o tipo de atividade exercida pode influenciar na qualidade de vida, quando avaliada através dessa faceta.

Na faceta de participação social e função sensorial, tanto o ICT como o indicativo de depressão foram preditores estatisticamente relevantes com valores de $\beta = 0,29$, $p=0,008$ e $\beta = 0,25$, $p=0,03$, para a primeira faceta e valores de $\beta = 0,33$, $p=0,002$ e $\beta = 0,29$, $p=0,008$ na segunda faceta. A Tabela 14, a seguir, explana os dados desta análise.

Tabela 14 - Correlação entre os preditores tipo de atividade exercida, índice de capacidade para o trabalho, indicativo de depressão e avaliação da qualidade de vida nas facetas e domínios do WHOQOL – Uberaba/MG - 2017.

Variáveis	Índice de Capacidade para o trabalho		Tipo de atividade exercida		Indicativo de depressão	
	β^*	p^{**}	β	p	β	p
Domínio Físico	0,51	<0,001	-0,025	0,77	0,31	0,001
Domínio Psicológico	0,24	0,02	0,10	0,31	0,36	0,001
Domínio Social	0,19	0,10	-0,11	0,33	0,14	0,23

Continuação Tabela 14 - Correlação entre os preditores tipo de atividade exercida, índice de capacidade para o trabalho, indicativo de depressão e avaliação da qualidade de vida nas facetas e domínios do WHOQOL – Uberaba/MG - 2017.

Domínio Ambiental	0,41	<0,001	0,10	0,34	0,15	0,17
Faceta autonomia	0,21	0,07	-0,12	0,28	0,23	0,04
Faceta atividades presentes, passadas e futuras	0,32	0,005	0,08	0,44	0,12	0,29
Faceta participação social	0,29	0,008	-0,05	0,60	0,25	0,03
Faceta morte e morrer	0,16	0,18	-0,13	0,02	0,01	0,95
Faceta intimidade	-0,11	0,36	-0,15	0,19	0,03	0,77
Faceta função sensorial	0,33	0,002	0,08	0,41	0,29	0,008

Fonte: Dados coletados pela autora, 2017.

* β : coeficiente de regressão padronizada.

**p: estatisticamente significativo para valores $\leq 0,05$.

6 DISCUSSÃO

O processo de envelhecimento é um acontecimento natural ao desenvolvimento do ser humano, caracterizado por francas mudanças que ocorrem ao longo de toda a vida. Pensar sobre o envelhecimento demanda investigar as tensões entre os processos biológicos e psicossociais, considerando as particularidades da vida e do meio no qual os idosos se inserem (MENDES et al., 2005 apud ANTUNES; MORÉ, 2016). Tais alterações, intrínsecas a este processo, podem afetar a qualidade de vida, a capacidade para o trabalho e a saúde mental dos idosos.

O aumento da expectativa de vida e o rápido crescimento populacional não foram amparados pela melhoria das condições de vida, obrigando muitos idosos a se manterem no mercado de trabalho para auxiliar/manter sua situação financeira. Sendo assim, a idade de aposentadoria, a capacidade para o trabalho e a saúde do trabalhador em fase de envelhecimento passam a ser objeto de estudos no âmbito da saúde do trabalhador em um panorama de globalização e de reestruturação produtiva (COSTA, 2005; ILMARINEN, 1991 apud MARTINEZ; LATORRE; FISCHER, 2010)

Diante desse cenário, esse estudo buscou avaliar a qualidade de vida, o indicativo de depressão e a capacidade para o trabalho dos idosos trabalhadores no Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (HC-UFTM).

Pode-se observar uma lacuna na literatura brasileira referente a estudos que caracterizam o trabalhador idoso e sua saúde. Em uma pesquisa de revisão integrativa da literatura, de Antunes e Moré (2016), realizou-se uma busca nas bases de dados SciELO e LILACS acerca de artigos publicados no período entre 2004 e maio de 2015, utilizando-se como descritores as palavras aposentadoria, saúde do idoso e saúde do trabalhador. Foram encontradas 82 produções, das quais apenas 5 abordavam aposentadoria vinculada à saúde do trabalhador e 3 relacionavam saúde do idoso e saúde do trabalhador. No entanto, apesar de terem sido encontrados trabalhos que associavam saúde do idoso e saúde do trabalhador, não foi localizado nenhum trabalho que tratasse, especificamente, da saúde do trabalhador idoso.

Portanto, caracterizar a saúde do trabalhador idoso considerando sua qualidade de vida, saúde mental e capacidade para o trabalho tornou-se um desafio a ser abordado neste estudo.

Sendo assim, com a escassez de literatura brasileira sobre o trabalhador idoso, para melhor embasar o presente estudo, buscou-se levantar-se para discussão outros estudos que caracterizassem tanto a população idosa como a população trabalhadora.

6.1 PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO, ECONÔMICO E DE SAÚDE

Uma característica comum na população estudada é o fato de que a maioria trabalha em assistência direta ao paciente, dado explícito, por se tratar de uma instituição hospitalar.

Nota-se na presente pesquisa que o perfil epidemiológico dos idosos trabalhadores no HC-UFTM teve a predominância do sexo feminino. Tendo em vista que a população idosa é predominantemente feminina, compreendendo 55,7% do total de brasileiros, de acordo com a Síntese dos Indicadores Sociais do IBGE de 2013, é plausível que esta população seja dominante também no mercado de trabalho (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2013).

Quanto à renda, a maioria, 37% da população estudada referiu receber valor entre 03 e 05 salários mínimos e 33,3% mais de 5 salários mínimos, considerando o salário mínimo de R\$ 880,00. A maior parte avaliou sua situação financeira como boa para atender suas necessidades básicas. Esse dado provoca uma reflexão quando comparado aos dados trazidos pela Síntese dos Indicadores Sociais (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2013) que mostrou que idosos, em sua maioria (76,3%), recebiam algum benefício da previdência social; 47,8% tinham rendimento de todas as fontes superior a 1 salário mínimo, mas cerca de 43,5% residiam em domicílios com rendimento mensal per capita igual ou inferior a 1 salário mínimo.

Vale ressaltar que, segundo dados do IBGE, 23,7% dos idosos não recebiam aposentadoria ou pensão. Esta elevada proporção de pessoas sem benefícios da previdência, pode estar relacionada à inserção no mercado de trabalho, em que a taxa de ocupação foi de 27,1% nesta faixa de idade, sendo que 15,3% das pessoas eram ocupadas e aposentadas, corroborando os 29,3 % dos idosos deste estudo que se aposentaram e continuaram trabalhando (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2013).

A proporção de idosos trabalhadores que moram com seus companheiros foi maior que a de viúvos e separados, o que corrobora os índices do IBGE relativos à população idosa brasileira, que aponta uma minoria, 14,8%, de idosos morando em domicílios unipessoais (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2013).

Em relação à moradia, a maioria das pessoas objeto deste estudo relatou ter casa própria, o que se assemelha a um estudo realizado por Barbosa et al. (2014) com 329 idosos residentes em uma área de abrangência da Estratégia de Saúde da Família, em Montes Claros, MG, que apresentou 94% dos idosos residindo em casa própria.

Salerno et al. (2015) descrevem, em seu estudo realizado com 980 idosos comunitários em Uberaba, MG, que 40,8% deles apresentaram boa auto percepção da saúde, o que se assimila ao presente estudo, no qual 48,1% tiveram esta mesma opinião. No entanto o autor retrata que 40,2% dos idosos consideravam sua saúde regular, enquanto entre os idosos trabalhadores este índice foi de 17,3%.

Já em estudo realizado com 485 trabalhadores informais do comércio, na faixa etária de 14 anos ou mais, em Jequié, Bahia, 64% dos trabalhadores avaliaram sua saúde como boa e muito boa. Apesar de se tratar de faixa etária diferente, os dados corroboraram o presente estudo (RIOS; NERY, 2017).

Em pesquisas realizadas por Dias e Tavares (2010) com 2142 idosos em Uberaba-MG, levantaram-se como morbidades autorreferidas mais prevalentes, respectivamente, a hipertensão arterial, problemas de visão e problemas de coluna.

Rios e Nery (2015), constataram que na população de seu estudo, que compreendeu trabalhadores de 14 anos ou mais, houve predomínio de lombalgia 35,9% e hipertensão arterial 22,3%. Na presente pesquisa houve predominância de problemas de visão (40,8%), hipertensão arterial (38,2%) e problemas na coluna (37%), sendo este último considerado o mais prejudicial às atividades da vida diária.

Por não haver nenhum estudo na literatura que contemple o trabalhador idoso, podemos verificar que tanto o estudo que envolve o idoso, independente de trabalhar, quanto a pesquisa que envolve o trabalhador, independentemente de ser idoso, apresentaram como doenças comuns os problemas de visão, a hipertensão arterial e problemas de coluna.

Verificou-se que os passatempos mais comuns dos trabalhadores idosos foram assistir TV, ler e ouvir rádio, respectivamente. Esses hábitos são comumente realizados dentro do ambiente doméstico, uma vez que muitas pessoas não possuem dinheiro ou tempo para a prática do lazer. Além disso, estas foram as principais justificativas levantadas no que diz respeito à insatisfação com as atividades de lazer da população estudada.

6.2 IDENTIFICAÇÃO DE INDICATIVO DE DEPRESSÃO

A presente pesquisa apresentou como resultado uma minoria da população com depressão. Em um estudo realizado por Ramos et al. (2015) com 639 idosos não institucionalizados, em Montes Claros-MG, 26,3% da amostra, na faixa etária de 60 a 79 anos, apresentou indicativo de depressão. Resultado semelhante foi encontrado por Teston, Carreira e Marcon (2014), em um estudo no qual 17% dos 160 idosos comunitários de Maringá-PR apresentaram sintomas depressivos.

Índices maiores de depressão em idosos foram encontrados em pesquisa realizada por Lopes et al. (2015), em Campina Grande-PB, no qual 42,9% de 168 idosos da comunidade apresentaram sintomatologia depressiva. Contrariando os estudos acima mencionados, Chaves et al. (2014), encontrou em seu estudo 88% de indicativo de depressão numa amostra de 287 idosos em Alfenas-MG.

Quando se trata de trabalhadores, em pesquisa realizada por Coimbra (2013) com 519 profissionais de enfermagem entre 19 e 67 anos, de três instituições hospitalares de Uberaba-MG (HC-UFTM, Hospital Universitário e Hospital Hélio Angotti), foram encontrados percentis de 21,9% de indicativo de depressão na população estudada. Corroborando esse estudo, Vargas e Dias (2011) encontraram 28,4% de sintomatologia depressiva em sua amostra de 67 trabalhadores de enfermagem das Unidades de Terapia Intensiva em três hospitais gerais de uma cidade do noroeste do Estado de São Paulo.

Os resultados destes estudos se diferenciam do encontrado na presente pesquisa, onde um percentual menor (6,2%) apresentou indicativo de depressão. Apesar disso, a sintomatologia depressiva deve servir de alerta, tendo em vista os efeitos negativos que pode causar na vida e saúde das pessoas.

6.3 CLASSIFICAÇÃO DA CAPACIDADE PARA O TRABALHO

No que se refere à capacidade laboral da população estudada, a maioria apresentou boa e ótima capacidade laboral, o que representa 48,1% e 23,5% dos entrevistados. Ratificando esses resultados, outro estudo feito por Formenton (2014), com trabalhadores de enfermagem num Centro de Terapia Intensiva em Ribeirão Preto-SP, evidenciou que 39,5% e 26,3% de sua amostra, na faixa etária de 40 anos ou mais (38 pessoas), apresentaram boa e ótima capacidade para o trabalho, respectivamente.

Silva et al. (2010) encontrou resultados parecidos, ao utilizar o ICT, em uma população de 84 profissionais de higiene e limpeza num hospital universitário em Londrina-PR, com faixa etária de 41 anos ou mais, onde 47,6% apresentaram boa e 17,9%, ótima capacidade para o trabalho.

Diferentemente dos estudos acima mencionados, em uma pesquisa realizada em um hospital de ensino em Niterói-RJ com 131 profissionais de enfermagem, a faixa etária acima de 50 anos (20 pessoas – 15,3%) teve média de 35,80 pontos, apontando para uma capacidade de trabalho moderada (MOREIRA, 2013).

De acordo com Alcântara (2009) o significado do trabalho está relacionado a um papel ativo, que significa produtividade e geração de renda, a exigências físicas, psíquicas e sociais, ritmo mais intenso, obrigação, carga e responsabilidade; já o idoso é relegado a um papel passivo, ou seja, não produtivo, receptor de pensão, com pouca aptidão física, ritmo vital lento, com isenção de obrigações e de responsabilidades. No entanto, vale refletir sobre o que o presente estudo nos demonstrou: idosos ativos e em sua maioria com capacidade boa e ótima para o trabalho.

6.4 IDENTIFICAÇÃO DA PERCEPÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA

A qualidade de vida mensurada pelo WHOQOL-BREF evidenciou que os idosos trabalhadores apresentaram escores semelhantes nos domínios físico (76,76), seguidos dos domínios psicológico (75,67) e social (74,69). O domínio ambiental foi o que impactou mais negativamente na qualidade de vida, apresentando escore de 68,18. Resultado divergente foi encontrado por Tavares, Dias e Munari (2012), cujo

trabalho obteve o menor de seus escores no domínio físico. Este estudo foi realizado com 1255 idosos residentes na zona urbana de Uberaba-MG, e seu resultado pode ser relacionado ao fato de estudo ter apresentado grande número de morbidades relatadas.

Vitorino, Paskulin e Vianna (2013) encontraram resultados semelhantes com os do presente estudo em idosos da comunidade no Rio Grande do Sul, com escores maiores nos domínios físico, psicológico e social e inferior no domínio ambiental, resultado este que corrobora com Stival et al. (2014).

Em um estudo realizado por Alves (2013) com profissionais de saúde do HC-UFTM, foram encontrados valores convergentes com a presente pesquisa: maiores escores nos domínios físico, psicológico e social. Resultados semelhantes também foram encontrados por Martins et al. (2013), em estudo realizado entre enfermeiros da atenção básica, no qual os maiores escores de QV também foram encontrados nos domínios físico, psicológico e nas relações sociais e inferior no domínio ambiental.

O domínio de qualidade de vida menos afetado neste trabalho foi o físico, o qual se relaciona com algumas necessidades humanas básicas, como a dor física, energia para o dia a dia, desempenho nas atividades diárias, capacidade para o trabalho, locomoção e sono. O menor escore evidenciado no domínio ambiental pode estar relacionado ao fato de idosos e trabalhadores não se sentirem seguros no ambiente em que convivem.

A maior média nas facetas do WHOQOL-OLD, foi a faceta função sensorial, enquanto a menor foi a faceta participação social. Resultados semelhantes foram encontrados em Tavares, Dias e Munari (2012). Já em estudo realizado por Marchiori et al. (2013), a faceta função sensorial apresentou maior média, mas foi a faceta autonomia que apresentou menor média.

O maior escore na faceta de função sensorial pode se dever ao fato de a população estudada ainda estar no mercado de trabalho e não ter tido suas habilidades sensoriais muito afetadas. Em contrapartida, o fato de ter que trabalhar e cumprir uma carga horária pode vir a diminuir sua participação em atividades na comunidade, o que pode justificar o menor escore nesta faceta.

6.5 DETERMINAÇÃO DO PODER PREDITIVO DO TIPO DE ATIVIDADE EXERCIDA, INDICATIVO DE DEPRESSÃO E DA CAPACIDADE PARA O TRABALHO SOBRE A QUALIDADE DE VIDA

Na análise das variáveis sociodemográficas, clínicas, e da capacidade laboral sobre a qualidade de vida, utilizou-se como preditores o tipo de atividade (assistência direta ou não ao paciente), indicativo de depressão e índice de capacidade para o trabalho, considerando o referencial teórico e a relevância clínica e conceitual.

6.5.1 Análise da influência do tipo de atividade profissional sobre a qualidade de vida

A mensuração da qualidade de vida pelo WHOQOL-BREF apresentou escores maiores nos domínios físico, psicológico e ambiental no grupo que presta assistência direta ao paciente quando comparado ao grupo que não o faz, sendo o domínio físico o que mais influenciou positivamente a qualidade de vida. Somente o domínio relações sociais apresentou escores maiores neste último grupo quando comparado ao primeiro. Este domínio está relacionado à satisfação do idoso com suas relações pessoais (amigos e familiares), ao suporte e apoio recebido e à prática de atividade sexual. O maior escore, neste domínio, para este grupo, pode estar atrelado ao fato de eles participarem mais de atividades de lazer e de convivência com amigos que o outro grupo.

Stival et al. (2014), Marchiori et al. (2013), Vitorino, Paskulin e Vianna (2013) e Tavares, Dias e Munari (2012), em diferentes estudos realizados com idosos da comunidade, encontraram resultados semelhantes ao encontrado no grupo que não presta assistência direta ao paciente, evidenciando uma melhor qualidade de vida no domínio relações sociais. Entretanto, vale ressaltar, que estes estudos não foram realizados apenas com idosos trabalhadores.

No entanto, ao se pesquisar sobre a qualidade de vida do trabalhador de saúde, foram encontrados estudos com resultados semelhantes ao do grupo que presta assistência direta ao paciente, evidenciando escores maiores no domínio físico. Ferigollo, Fedosse e Santos Filha (2016), encontraram em sua pesquisa realizada com trabalhadores de saúde entre 22 e 62 anos, escores maiores no domínio físico.

Resultado semelhante foi encontrado por Marques et al. (2015), em estudo realizado com profissionais de enfermagem de uma Estratégia de Saúde da Família.

Souza e Stancato (2010) encontraram resultado equivalente em pesquisa com trabalhadores de saúde no Hospital de Clínicas da Universidade Estadual de Campinas. Neste domínio foram avaliados dor e desconforto, energia e fadiga, sono e repouso, mobilidade, atividades da vida cotidiana, dependência de medicação ou tratamentos e capacidade de trabalho.

Ao se avaliar a qualidade de vida através do WHOQOL-OLD, pode-se observar que não houve diferença estatisticamente significativa para nenhum dos domínios e facetas de qualidade de vida em relação ao tipo de atividade exercida pelo indivíduo. As facetas função sensorial e participação social foram as que apresentaram os maiores e menores escores, respectivamente.

A faceta de função sensorial avalia o funcionamento sensorial e o impacto da perda das habilidades sensoriais. Essa faceta pode não ter influenciado negativamente a qualidade de vida, por se tratar de idosos ativos cuja habilidades sensoriais não foram muito prejudicadas, por outro lado, o desgaste do trabalho e a obrigatoriedade de cumprir uma carga horária pode vir a diminuir sua convivência com amigos e suas atividades de lazer, o que pode justificar o menor escore na faceta de participação social.

6.5.2 Análise da influência do indicativo de depressão sobre a qualidade de vida

Quando comparamos o grupo com indicativo de depressão ao que não apresenta indicativo de depressão, foi evidenciado que todos os domínios do WHOQOL-BREF e facetas do WHOQOL-OLD apresentaram maiores escores no grupo sem indicativo de depressão, com exceção da faceta intimidade. Esses dados corroboram um estudo realizado por Silva e Andrade (2013) em São Luís-MA, no qual observaram que quanto maior a pontuação na escala de depressão Geriátrica pior era a qualidade de vida dos idosos.

A prevalência de depressão em idosos varia entre 5% e 35% na população, considerando-se as diferentes formas e gravidade da doença (DUARTE; REGO, 2007). Neste estudo não se evidenciou valores significativos de indicativo de

depressão, o que justifica os escores mais elevados nos domínios e facetas do WHOQOL, evidenciando a melhor qualidade de vida.

A faceta intimidade, única que apresentou escore maior no grupo com indicativo de depressão, avalia a capacidade de se ter relações pessoais e íntimas. Serbim e Figueiredo (2011) em seu estudo com idosos de um grupo de convivência, associaram o menor escore na faceta intimidade ao fato de a maioria de sua amostra ser viúva e divorciada, o que não corrobora o presente estudo, em que a maioria da população estudada mora com companheiro.

6.5.3 Análise da capacidade para o trabalho sobre a qualidade de vida

Ao se analisar os resultados do Índice de Capacidade para o Trabalho e dos domínios do WHQOL-BREF, constatou-se que houve uma relação direta e forte entre a capacidade laboral e os domínios físico, psicológico e social. Isso significa que quanto maior a capacidade para o trabalho, melhor a qualidade de vida avaliada nesses domínios.

Marcacine (2015) em seu estudo com mulheres trabalhadoras em Uberaba-MG, relatou que, ao correlacionar essas variáveis, encontrou significância com todos os domínios, resultando, então, que a qualidade de vida está diretamente relacionada à capacidade para trabalho, corroborando o presente estudo.

Corroborando este estudo, Da Costa et al. (2012), em pesquisa com trabalhadores industriais, encontrou em seus resultados que a capacidade para o trabalho também estava relacionada com a qualidade de vida em todos os seus domínios.

Queiroz e Sousa (2012), em abordagem com profissionais de enfermagem de um hospital do interior do Mato Grosso do Sul observaram a relação do ICT com a qualidade de vida nos domínios psicológico, relações sociais e meio ambiente, e relataram que quanto melhor a capacidade para o trabalho melhor a qualidade de vida, concordando com a informação observada neste estudo.

Ao se analisar as facetas do WHOQOL-OLD foi constatada uma relação direta, no entanto, moderada, entre a capacidade para o trabalho e a qualidade de vida expressas nas facetas autonomia, atividades passadas, presentes e futuras, participação social e função sensorial.

Para Da Costa et al. (2012), é crucial que sejam implementados programas que enfoquem na promoção da saúde do trabalhador sob uma nova concepção, que abordem os aspectos que envolvem os trabalhadores transcendendo seu ambiente laboral, tendo em vista que os resultados dos estudos traduzem que a capacidade para o trabalho não envolve apenas fatores relacionados ao trabalho, mas também a percepção da qualidade de vida fora deste ambiente.

6.5.4 Análise do poder preditivo que o tipo de atividade profissional, o indicativo de depressão e o índice de capacidade para o trabalho exercem sobre a qualidade de vida

Considerando a análise do tipo de atividade profissional, indicativo de depressão, e ICT sobre a qualidade de vida, foi constatado que no domínio físico e psicológico, os preditores capacidade para o trabalho e indicativo de depressão foram estatisticamente significantes para a qualidade de vida. Portanto, quanto maiores os escores do ICT, melhor a qualidade de vida nestes domínios, e a qualidade de vida é maior quando não há indicativo de depressão.

Referente ao domínio ambiental, o preditor apontado como estatisticamente significativo para a qualidade de vida foi a capacidade laboral, isto é, necessidades como segurança física e proteção; ambiente no lar; recursos financeiros; cuidados de saúde e sociais; disponibilidade e qualidade; oportunidade de adquirir novas informações e habilidades; participação e oportunidades de lazer; ambiente físico e transporte são avaliadas positivamente de acordo com a melhor capacidade para o trabalho. O ICT também foi estatisticamente significativo para a qualidade de vida na faceta atividades passadas, presentes e futuras, no WHOQOL-OLD. Esses dados reforçam a necessidade de enxergar o trabalhador como um todo, além dos muros de sua instituição de trabalho.

Em abordagem realizada por Marcacine (2015), o ICT foi estatisticamente significativo além do domínio físico, como no presente estudo, também no domínio de relações sociais, ou seja, tanto a dor quanto o desconforto, energia e fadiga, sono e repouso, quanto relações sociais, suporte, e atividade sexual foram diretamente relacionados ao ICT.

Camerino et al. (2006) destaca que para a melhoria e manutenção da capacidade laboral é necessária a implementação de políticas institucionais a fim de melhorar as condições e qualidade do ambiente de trabalho.

Em relação as facetas do WHOQOL-OLD, apenas a de intimidade não demonstrou preditor estatisticamente significativo para qualidade de vida, esta faceta avalia a capacidade para relações pessoais e íntimas.

Na faceta autonomia evidenciou-se significância do preditor de indicativo de depressão na qualidade de vida, ou seja, quanto menores os escores da GDS, maior é a qualidade de vida.

Os resultados de Rios, Barbosa e Belasco (2010) e Coimbra (2013), em estudos realizados com profissionais de enfermagem, se assemelharam aos do presente estudo, ao afirmarem que quanto menor a qualidade de vida, maior o escore de indicativo de sintomas depressivos.

O tipo de atividade exercida foi estatisticamente significativa para a qualidade de vida na faceta morte e morrer, o que significa que o tipo de atividade exercida pode influenciar na qualidade de vida, quando avaliada através dessa faceta. O fato de os participantes trabalharem numa instituição de saúde na qual se lida todos os dias com doenças, incapacitações e morte, pode ter sido um fator relevante para esse resultado.

Quando avaliada a faceta de participação social e função sensorial, tanto o ICT como o indicativo de depressão foram preditores estatisticamente relevantes. O índice de capacidade para o trabalho e a ausência de depressão influenciaram positivamente a qualidade de vida através dessas facetas.

7 CONCLUSÃO

Quanto à caracterização sociodemográfica da amostra, foi encontrada uma maioria de pessoas do sexo feminino (67,9%), sendo todos os participantes idosos jovens, 96,3% dos quais na faixa etária de 60 a 69 anos de idade. 46,9% relataram que moram com seus companheiros e 70,3% dos trabalhadores tinham renda individual a partir de 3 salários mínimos.

Em relação à atividade laboral, a maioria, 61,7%, prestava assistência direta ao paciente. Do total da amostra, 29,6% se aposentaram e se mantiveram no mercado de trabalho.

No que diz respeito à satisfação com a situação financeira para atender suas necessidades básicas como alimentação, saúde, moradia, dentre outras, 64,2% dos profissionais a consideraram boa, e ao compararem sua situação econômica com a de outras pessoas da sua idade, 53,1% acreditaram que estão em situação melhor. Houve predomínio de pessoas que possuem casa própria e quitada (72,8%) e pôde-se observar que 64,2% da população estudada obtém seus recursos através do trabalho contínuo.

Quanto às variáveis de saúde, 48,1% da população estudada considerou sua saúde boa. Quando se comparou a saúde atual com a de 12 meses atrás, a maioria, 59,3%, julgaram-na como igual, e ao comparar sua saúde com a de outras pessoas da mesma idade, um maior número (60,5%) considerou sua saúde melhor.

Os problemas de saúde mais prevalentes foram problemas de visão (40,8%), pressão arterial alta (38,2%) e problemas na coluna (37%). Quando questionados sobre quais doenças interferiam na vida diária, houve predominância de problemas na coluna (66,6%), artrite/artrose (59,1%) e problemas para dormir (52,6%). Ressalta-se que 79% dos trabalhadores entrevistados referiram usar algum medicamento regularmente.

Os passatempos habituais mais comuns e predominantes na população estudada foram assistir TV (88,9%), ler (61,7%) e ouvir rádio (56,8%). 63% dos trabalhadores consideraram-se satisfeitos com suas atividades de lazer, e quando não satisfeitos, não ter dinheiro suficiente foi a principal justificativa para esta insatisfação (55,5%).

A minoria da população, 6,2%, apresentou indicativo de depressão.

Quanto à classificação do índice da capacidade para o trabalho, observou-se que a maioria dos entrevistados apresentou boa e ótima capacidade laboral, o que representa 48,1% e 23,5% dos trabalhadores, sendo que os domínios que obtiveram a maior média, ou seja maior pontuação por parte dos entrevistados, foram os referentes à “capacidade atual para o trabalho comparada com o melhor de toda a vida” e a “capacidade para o trabalho em relação às exigências do trabalho”, o que impactou positivamente na classificação do índice da capacidade para o trabalho.

A análise da qualidade de vida pelo WHOQOL-BREF apresentou médias aproximadas entre seus quatro domínios, dos quais a maior média encontrada referiu-se ao domínio físico, 76,76, e a menor foi no ambiental, 68,18.

Nas facetas do WHOQOL-OLD, a maior média foi da faceta de função sensorial alcançou 86,94, enquanto a menor média ficou na faceta de participação social, 68,99.

Evidenciou-se na avaliação da qualidade de vida pelo WHOQOL-BREF que o domínio social foi o único que apresentou escores maiores, 75,80, no grupo que não presta assistência direta ao paciente, em comparação ao outro grupo, que obteve 73,81 pontos de média.

Já a qualidade de vida mensurada no WHOQOL-OLD apresentou maiores escores nas facetas de função sensorial em ambos os grupos e menores escores na faceta de participação social com valores de 69 e 68,35.

Houve predomínio de maiores escores em todos os domínios do WHOQOL-BREF dos entrevistados que não apresentaram indicativo de depressão, sendo que os domínios que mais favoreceram a percepção positiva da qualidade de vida foram os domínios físico e psicológico (78,76 e 77,03).

Na avaliação da qualidade de vida pelo WHOQOL-OLD, apenas a faceta intimidade não apresentou média superior no grupo de pessoas que não apresentaram indicativo de depressão.

Para a análise da capacidade para o trabalho sobre a qualidade de vida pelo WHOQOL-BREF, verificou-se que no domínio físico, psicológico e social houve uma correlação forte ($r > 5$), e estatisticamente significativa ($p < 0,001$), o que significa uma relação direta entre a capacidade para o trabalho e a qualidade de vida. Na análise da capacidade para o trabalho com as facetas do WHOQOL-OLD, observou-se que as facetas autonomia, atividades passadas, presentes e futuras, participação social e

função sensorial apresentaram uma correlação moderada ($0,5 > |r| > 0,3$) e estatisticamente significativa ($p < 0,001$).

Foram utilizados como preditores o tipo de atividade (assistência direta ou não ao paciente), indicativo de depressão e índice de capacidade para o trabalho, sobre a qualidade de vida. Como resultados, observou-se que no domínio físico, os preditores foram capacidade para o trabalho ($\beta = 0,51$, $p < 0,001$) e indicativo de depressão ($\beta = 0,31$, $p = 0,001$); no domínio psicológico, o preditores foram o indicativo de depressão ($\beta = 0,36$, $p = 0,001$) e a capacidade para o trabalho, e em relação ao domínio ambiental, o preditor apontado como estatisticamente significativo para a qualidade de vida foi a capacidade laboral ($\beta = 0,41$, $p < 0,001$).

Em relação ao WHOQOL-OLD, a faceta autonomia teve significância para o preditor de indicativo de depressão ($\beta = 0,23$, $p = 0,04$), o ICT foi estatisticamente significativo na faceta atividades passadas, presentes e futuras ($\beta = 0,32$ e $p = 0,005$), e o tipo de atividade exercida foi estatisticamente significativo para a qualidade de vida na faceta morte e morrer ($\beta = -0,13$, $p = 0,02$).

Na faceta de participação social e função sensorial, tanto o ICT como o indicativo de depressão foram preditores estatisticamente relevantes, com escores de $\beta = 0,29$, $p = 0,008$ e $\beta = 0,25$, $p = 0,03$, na primeira faceta e $\beta = 0,33$, $p = 0,002$ e $\beta = 0,29$, $p = 0,008$ na segunda faceta.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados desse estudo devem retornar aos gestores do HC-UFTM, principalmente ao setor de recursos humanos, para que possam buscar estratégias e desenvolvimento de ações com a finalidade de promover a qualidade de vida e preservar a capacidade para o trabalho dos seus funcionários.

Este estudo é relevante pois alerta a respeito de um tema atual e recentemente muito discutido em nosso país: a idade da aposentadoria. Com a proposta de se aumentar a idade mínima para aposentadoria, os idosos se manterão por mais tempo no mercado de trabalho e o presente estudo será norteador como referencial a ser adotado, uma vez que apresentou os resultados da situação atual de trabalhadores idosos economicamente ativos. Além disso, essa pesquisa proporciona subsídios para a formação de propostas que visem a melhoria da qualidade de vida, a prevenção de doenças relacionadas ao trabalho, a preservação, manutenção e recuperação da capacidade laborativa do trabalhador idoso e a reformulação da política de recursos humanos.

A necessidade de se manter no mercado de trabalho na terceira idade e a condição de saúde para tal gera reflexões sobre as peculiaridades do processo de trabalho para esta faixa etária, trazendo à luz a discussão segundo a qual a melhoria da capacidade para o trabalho é concomitante à melhoria das condições de vida, de saúde e de qualidade de vida.

Este estudo teve como limitação a pesquisa com um grupo de trabalhadores específicos de instituição hospitalar. Estudos futuros, ampliando a população estudada, poderão contribuir para uma melhor avaliação da qualidade de vida, depressão, e capacidade para o trabalho de idosos.

REFERÊNCIAS

ALCÂNTARA, A. O. **Velhos institucionalizados e família: entre abafos e desabafos**. 2. ed. Campinas: Editora Alínea, 2009. Coleção velhice e sociedade.

ALMEIDA, O. P.; ALMEIDA, S. A. Confiabilidade da versão brasileira da Escala de Depressão em Geriatria (GDS) versão reduzida. **Arq Neuropsiquiatria**, v.57, n. 2-B, p. 421-426, 1999. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/anp/v57n2B/1446.pdf>
Acesso em: 15 jun 2017.

ALVES, A. P. **Transtornos mentais comuns e qualidade de vida entre profissionais de saúde em um hospital de ensino**. 81f. 2013. Dissertação (Mestrado em Atenção à Saúde) – Programa de Pós Graduação em Atenção à Saúde, Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba, 2013.

AMORIM, J. S. C.; SALLAL, S.; TRELHAL, C. S. Fatores associados à capacidade para o trabalho em idosos: revisão sistemática. **Rev. bras. epidemiol.**, v. 17, n. 4, p. 830-841, 2014. Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2014000400830&lng=pt&tlng=pt. Acessado em: 15 jun. 2017.

ANTUNES, M. H.; MORÉ, C. L. O. O. Aposentadoria, saúde do idoso e saúde do trabalhador: revisão integrativa da produção brasileira. **Rev. psicol. organ. trab.**, v. 16, n. 3, p. 248-258, 2016. Disponível em:
<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rpot/v16n3/v16n3a04.pdf>. Acessado em: 03 jul. 2017.

BARBOSA, B. R. et al . Avaliação da capacidade funcional dos idosos e fatores associados à incapacidade. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 8, p. 3317-3325, 2014 . Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014000803317&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 03 jul. 2017.

BENETTI, C.; ROSA, R. **Depressão e Envelhecimento**. 2009. Disponível em:<
http://www.inesul.edu.br/revista/arquivos/arq-idvol_6_1253735143.pdf>. Acesso em 03 mar. 2016.

BRASIL. Lei 5.452 de 1 de maio 1945. Aprova a consolidação das leis trabalhistas. **Diário Oficial da União**, Rio de Janeiro, RJ, 1943. Seção 1, p. 11937.

BRASIL. Decreto nº 1948 de 03 de julho de 1996. Regulamenta a Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994, que dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 1996. Seção 1,p.12277.

BRASIL. Lei n. 10.741, de 1º de setembro de 2003. **Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências**. São Paulo, SP, Sugestões Literárias, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. 1. ed. Brasília: MS, 2007. 192 f

BRASIL. Governo Federal. **Comissão encerra votação de destaques à proposta da reforma da Previdência**. 2017. Disponível em:

<<http://www.brasil.gov.br/economia-e-emprego/2017/05/comissao-encerra-votacao-de-destaques-a-proposta-da-reforma-da-previdencia>>. Acesso em: 01 jul. 2017.

CACHIONI, M.; FALCÃO, D. V. S. Velhice e educação: possibilidades e benefícios para a qualidade de vida. In: FALCÃO, D. V. S.; ARAÚJO, L. F. (Org.). **Psicologia do envelhecimento: relações sociais, bem-estar subjetivo e atuação profissional em contextos diferenciados**. Campinas: Alínea, 2009. p. 175-194

CALDAS, C. P. Envelhecimento com dependência: responsabilidades e demandas da família. **Cad. Saúde Pública**, v. 19, n. 3, p. 773-781, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v19n3/15880.pdf>. Acesso em: 03 jul. 2017.

CAMARANO, A. A. **O idoso brasileiro no mercado de trabalho**. Rio de Janeiro: IPEA, 2001. 27 f.

CAMERINO, D. et al. Low perceived work ability, ageing and intention to leave nursing: a comparison among 10 European countries. **Journal of Advanced Nursing**, v. 56, n. 5, p. 542-552, 2006. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/labs/articles/17078829/>. Acesso em: 03 jul. 2017.

CARVALHO, J. A. M.; GARCIA, R. A. O envelhecimento da população brasileira: um enfoque demográfico. **Caderno de Saúde Pública**, v. 19, n. 3, p. 726-727, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v19n3/15876.pdf>. Acesso em: 15 jun. 2017.

CASELA, G.; BERGER, R. L. **Inferência Estatística**. 2. ed. São Paulo: Cengage Learning, 2010.

CHACHAMOVICH, C. **Qualidade de vida em idosos: desenvolvimento e aplicação do módulo WHOQOL-OLD e teste do desempenho do instrumento WHOQOL-BREF em uma população idosa brasileira**. 2005. 154 f. Dissertação (Mestrado em Ciências Médicas) – Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas, Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2005. Disponível em: <http://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/5779>. Acesso em: 03 jul. 2017.

CHACHAMOVICH, E.; TRENTINI, C. M.; FLECK, M. P. A. Qualidade de vida em idosos - conceito e investigação. In: NERI, A. L. **Qualidade de vida na velhice: enfoque multidisciplinar**. Campinas: Alínea, 2007. p.61-81

CHACHAMOVICH, E. et al. Impact of major depression and subsyndromal symptoms on quality of life and attitudes toward aging in an international sample of older adults. **Gerontologist**, v. 48, no. 5, p. 593-602, 2008. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18981276>. Acesso em: 03 jul. 2017.

CHAVES, E. C. L. et al. Qualidade de vida, sintomas depressivos e religiosidade em idosos: um estudo transversal. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 23, n.

3, p. 648-655, 2014. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072014000300648&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 03 jul. 2017.

COELHO FILHO, J. M.; RAMOS, L. R. Epidemiologia do envelhecimento no Nordeste do Brasil: resultados de inquérito domiciliar. **Rev. Saúde Pública**, vol.33, n.5, pp. 445-453, 1999. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v33n5/0629.pdf>. Acesso em: 03 jul. 2017.

COHEN, J. **Statistical power analysis for the behavioral sciences**. 2. ed. Hillsdale, NJ: Lawrence Earlbaum Associates, 1988.

COIMBRA, M. A. R. **Qualidade de vida e depressão entre profissionais de enfermagem em um Hospital de Ensino**. 2013.100f. Dissertação (Mestrado em Atenção à Saúde) – Programa de Pós Graduação em Atenção à Saúde, Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba, 2013.

COOMER, K.; HOUDMONT, J. Occupational health professional's knowledge, understanding and use work ability. **Occup. Med**, London, v. 63, n. 6, p. 405-409, 2013. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3748362/pdf/kqt070.pdf>> Acesso em: 07 dez. 2016.

COSTA, K. S. **Práticas educativas em obesidade e envelhecimento desenvolvidas por profissionais de saúde de Goiânia** : significados e desafios. 2005. 193 f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) - Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, 2005.

DA COSTA, C. S. N. 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 em: 16 jun. 2017.

DA SILVA JUNIOR, S. H. A. 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.scielo.org/pdf/csp/v27n6/05.pdf>> Acesso em: 13 dez. 2016.

DAWALIBI, N. W. et al. Envelhecimento e qualidade de vida: análise da produção científica da SciELO. **Estud. psicol. (Campinas)**, v. 30, n. 3, p. 393 -403, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-166X2013000300009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 01 jul. 2017.

DIAS, F. A.; TAVARES, D. M. S. Fatores associados à participação de idosos em atividades educativas grupais. **Rev Gaúcha Enferm**, v. 34, n. 2, p. 70-77, 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472013000200009. Acesso em: 01 jul. 2017.

DUARTE, M. B.; REGO, M. A. Comorbidade entre depressão e doenças clínicas em um ambulatório de geriatria. **Cad Saude Publica**, v. 23, n. 3, p. 691-700, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v23n3/27.pdf>. Acesso em: 01 jul. 2017.

FERIGOLLO, J. P.; FEDOSSE, E.; SANTOS FILHA, V. A. V. Qualidade de vida de profissionais da saúde pública. **Cad. Ter. Ocup**, São Carlos, v. 24, n. 3, p. 497-507, 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.4322/0104-4931.ctoAO0722>. Acesso em: 01 jul. 2017.

FERREIRA, P. C. S.; TAVARES, D. M. S. Prevalência e fatores associados ao indicativo de depressão entre idosos residentes na zona rural. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 47, n. 2, p. 401-407, abr. 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342013000200018&lng=es&nrm=isoAcesso em: 01 jul. 2017.

FISCHER, F. M. Breve histórico desta tradução. In: TUOMI, K.; ILMARINEN, J.; JAHKOLA, A.; KATAJARINNE, L.; TULKKI, A. (Org). **Índice de capacidade para o trabalho**. São Carlos: EduFSCar, 2005. p. 9-10

FLECK, M. P. A. et al. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida "WHOQOL-bref". **Rev. Saúde Pública**, v. 34, n. 2, p. 178-183, 2000. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-8910200000200012. Acesso em: 01 jul. 2017.

FLECK, M. P. A. **A avaliação de qualidade de vida: guia para profissionais da saúde**. Porto Alegre: Artmed, 2008.

FORMENTON, A. **Avaliação para a capacidade para o trabalho e absenteísmo da equipe de enfermagem de unidade de terapia intensiva de um hospital de ensino**. 2014. 92f. Dissertação (Mestrado da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP) – Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2014.

GAZALLE, F. K. et al. Sintomas depressivos e fatores associados em população idosa no Sul do Brasil. **Rev. de Saúde Pública**, São Paulo, v. 38, n. 3, p. 365-71, 2004. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102004000300005. Acesso em: 01 jul. 2017.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008. 216p.

ILMARINEN, J. E. Aging workers. **Occup Environ Med**, v. 58, n. 8, p. 546-551, 2001. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1740170/pdf/v058p00546.pdf>. Acesso em: 01 jul. 2017.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Sinopse do censo demográfico Brasil, Minas Gerais 2010**. Rio de Janeiro: IBGE, 2010. Disponível em: <http://www.censo2010.ibge.gov.br/sinopse/>. Acesso em: 15 ago. 2016.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Síntese de indicadores sociais**: uma análise das condições de vida da população brasileira 2011. Rio de Janeiro: IBGE, 2011. Disponível em: <http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv66777.pdf>. Acesso em: 15 ago. 2016.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Sala de Imprensa**. Rio de Janeiro: IBGE, 2012. Disponível em: <<http://saladeimprensa.ibge.gov.br/>>. Acesso em: 09 ago. 2016.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Síntese de indicadores sociais**: uma análise das condições de vida da população brasileira. 2015 / IBGE. Rio de Janeiro: IBGE, 2015. Disponível em: <http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv95011.pdf>. Acesso em: 09 ago. 2016.

LOPES, J. M. et al. Associação da depressão com as características sociodemográficas, qualidade do sono e hábitos de vida em idosos do Nordeste brasileiro: estudo seccional de base populacional. **Rev. bras. geriatr. gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, p. 521-531, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232015000300521&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 03 jul. 2017.

MARCACINE, P.R. **A avaliação para a capacidade para o trabalho, qualidade de vida, perfil sociodemográfico e ocupacional em mulheres economicamente ativas da cidade de Uberaba-MG**. 2015.133f. Dissertação (Mestrado em Atenção à Saúde) – Programa de Pós Graduação em Atenção à Saúde, Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba, MG, 2015.

MARCHIORI, G. F.; DIAS, F. A.; TAVARES, D. M. S. Qualidade de vida entre idosos com e sem companheiro. **Rev enferm UFPE**, Recife, v. 7, n. 4, p. 1098-1106, abr., 2013. Disponível em: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/4053>. Acesso em: 03 jul. 2017.

MARQUES, A. L. N. et al. Qualidade de vida e contexto de trabalho de profissionais de enfermagem da Estratégia Saúde da Família. **Rev Rene**, v. 16, n. 5, p. 672-681, 2015. Disponível em: <http://www.periodicos.ufc.br/rene/article/view/2794>. Acesso em: 03 jul. 2017

MARTINEZ, M. C.; LATORRE, M. R. D. O. Saúde e capacidade para o trabalho em trabalhadores de área administrativa. **Rev. Saúde Pública**. v. 40, n. 5, p. 851-858, out., 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v40n5/15.pdf>. Acesso em: 15 jun. 2017

MARTINEZ, M. C.; LATORRE, M. R. D. O.; FISCHER, F. M. Capacidade para o trabalho: revisão de literatura. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. supl. 1, p. 1553-1561, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000700067&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 03 jul. 2017.

MARTINS, M. B. et al.. Qualidade de vida dos enfermeiros da atencao primaria a saude de Brasilia. **Revista Eletronica Gestao & Saude**, v. 4, n. 02, p. 293-302, 2013. Disponível em: <<http://gestaoesaude.unb.br/index.php/gestaoesaude/article/view/497/pdf>>. Acesso em: 15 jun. 2017.

MINAYO, M. C. S.; HARTZ, Z. M. A.; BUSS, P. M. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p.7-18, 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v5n1/7075.pdf>. Acesso em: 15 jun. 2017.

MOREIRA, M. M. S. **Trabalho, qualidade de vida e envelhecimento**. 2000. 92 f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2000. Disponível em: <http://portaldesic.iciict.fiocruz.br/pdf/FIOCRUZ/2000/moreirammsm/capa.pdf>. Acesso em: 15 jun. 2017.

MOREIRA, P. S. V. Aplicação do índice de capacidade para o trabalho. 2013. 102f. Dissertação (Mestrado Profissional em Enfermagem Assistencial) - Universidade Federal Fluminense, Rio de Janeiro, RJ, 2013. Disponível em: <http://www.repositorio.uff.br/jspui/bitstream/1/1170/1/Patr%C3%ADcia%20Santos%20Vieira%20Moreira.pdf>. Acesso em: 15 jun. 2017.

NERI, A. L. Palavras-chave em gerontologia. 3. ed. Campinas: Alínea. 2008. 220 f.

NEVES, R. T. et al. Envelhecimento e doenças cardiovasculares: depressão e qualidade de vida em idosos atendidos em domicílio. **Psicol. hosp.**, São Paulo, v. 11, n. 2, p. 72-98, jul. 2013. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-74092013000200006&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 01 jul. 2017.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. Assembleia Mundial sobre envelhecimento: Resolução 39/125. Viena: ONU, 1982.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Envelhecimento e capacidade de trabalho**: relatório de um grupo de estudo da OMS . Genebra: OMS, 1993.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL de SAÚDE. Declaração elaborada pelo grupo de Trabalho da Qualidade de Vida da OMS. **Glossário de Promoção de Saúde da OMS de 1998**. OMS/HPR/HEP/98.1. Genebra: OMS, 1994.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Envelhecimento ativo: uma política de saúde**. Trad. Suzana Gontijo. Brasília: OPAS, 2005.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. **La salud de las personas de edad**. Genebra: OMS, 1989. Disponível em: <http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_779_spa.pdf>. Acesso em: 05 ago. 2016

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. **Salud mental: la depresión**. Nota descriptiva N°369. Genebra: OMS, 2012. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/es/>. Acesso em: 10 nov. 2016.

PAPALÉO, N. M. **Tratado de Gerontologia**. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2007.

PAPALÉO NETTO, M. O estudo da velhice: histórico, definição do campo e termos básicos. In: FREITAS, E. V. et al. **Tratado de geriatria e gerontologia**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. p. 2-12.

PARADELA, E. M.; LOURENÇO, R. A.; VERAS, R. P. Validation of geriatric depression scale in a general outpatient clinic. **Rev Saúde Pública**, v. 39, n. 6. p. 918-923, 2005. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102005000600008&script=sci_arttext&lng=en. Acesso em: 10 nov. 2017.

PASCHOAL, S. M. P. Independência e Autonomia. In: JACOB FILHO, W.; KIKUCHI, E. L. (Org.). **Geriatría e gerontologia**. Rio de Janeiro: Elsevier; 2011. p. 417-31.

PASCHOAL, S. M. P.; SALLES, R. F. N.; FRANCO, R. P. Epidemiologia do envelhecimento. In: FILHO-CARVALHO, E.T.; NETTO, M.P. **Geriatría: fundamentos, clínica e terapêutica**. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2006. p.19-34

PEREIRA, M. G. **Epidemiologia: teoria e prática**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.

PIZZORNO, J. E.; MURRAY, M. T. **Textbook of Natural Medicine**. 2. ed. Churchill Livingstone: Orlando, 1999.

QUEIROZ, D. L.; SOUZA, J. C. 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 mai. 2017.

QUEVEDO, J; SILVA, A. G. (Org.). **Depressão: teoria e clínica**. Porto Alegre: Artmed, 2013. p. 40.

RAMOS, L. R. **Growing old in São Paulo, Brazil: assessment of health status and family support of the elderly of different socio-economic strata living in the community**. 1987. 326 f. Tese (Doutorado) - London School of Hygiene and Tropical Medicine, London, 1987.

RAMOS, G. C. F. et al. Prevalência de sintomas depressivos e fatores associados em idosos no norte de Minas Gerais: um estudo de base populacional. **J. bras. psiquiatr.**, Rio de Janeiro, v. 64, n. 2, p. 122-131, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0047-20852015000200122&lng=en&nrm=iso>. Acessado em: 03 jul. 2017.

RIOS, K. A.; BARBOSA, D. A.; BELASCO, A. G. S. Avaliação de qualidade de vida e depressão de técnico e auxiliares de enfermagem. **Revista Latino-Americana Enfermagem**, v. 18, n. 3, p. 122-130, 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n3/pt_17. Acesso em: 03 jul. 2017.

RIOS, M. A.; NERY, A. A. Condições laborais e de saúde referidas por trabalhadores informais do comércio. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 24, n. 2, p. 390-398, 2015. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072015000200390&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 03 jul. 2017.

ROCHA, F. R. F. A previdência social no Brasil: uma política em reestruturação.

Temporalis, Brasília (DF), v. 15, n. 30, p. 453-473, 2015. Disponível em: <http://periodicos.ufes.br/temporalis/article/view/10943/8405>. Acesso em: 03 jul. 2017.

RUDY, S.; HARRIS, E. D.; SLEDGE, C. B. **Kelley's textbook of rheumatology**. 6. ed. Philadelphia: Saunders Company, 2001.

SALERNO, M. C. et al. Auto estima de idosos comunitários e fatores associados: estudo de base populacional. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 20, n. 4, p. 775-782, 2015. Disponível em: <<http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/41895>>. Acesso em: 03 jul. 2017.

SAMPAIO, R. F.; AUGUSTO, V. G. Envelhecimento e trabalho: um desafio para a agenda de reabilitação. **Rev. bras. fisioter.**, v. 16, n. 2, p. 94-101, mar./abr., 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rbfis/v16n2/en_a03v16n2.pdf. Acesso em: 03 jul. 2017.

SERBIM, A. K.; FIQUEIREDO, A. E. P. L. Qualidade de vida de idosos em um grupo de convivência. **Scientia Medica**, v. 21, n. 4, p. 166-172, 2011. Disponível em: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/scientiamedica/article/view/9405/7236>. Acesso em: 03 jul. 2017.

SILVA, I. M. C.; ANDRADE, K. L. Avaliação da qualidade de vida de idosos atendidos em um ambulatório de Geriatria da região nordeste do Brasil. **Rev Bras Clin Med.**, São Paulo, v. 11, n. 2, p. 129-134, 2013. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/1679-1010/2013/v11n2/a3561.pdf>. Acesso em: 15 jun. 2017.

SILVA, L. G. et al. Capacidade para o trabalho entre trabalhadores de higiene e limpeza de um hospital universitário público. **Rev. Eletr. Enf**, v. 12, n. 1, p. 158-163, 2012. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v12/n1/v12n1a19.htm>. Acesso em: 03 jul. 2017.

SOUZA, M. A.; STANCATO, K. Avaliação da qualidade de vida de profissionais de saúde em Campinas. **Rev. Adm. Saúde**, v. 12, n. 49, p. 154-162, 2010.

STIVAL, M. M. et al. Fatores associados à qualidade de vida de idosos que frequentam uma unidade de saúde do Distrito Federal. **Rev. bras. geriatr. gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, p. 395-405, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232014000200395&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 03 jul. 2017.

TAVARES, D. M. S.; DIAS, F. A.; MUNARI, D. B. Qualidade de vida de idosos e participação em atividades educativas grupais. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v.

25, n. 4, p. 601-606, 2012. Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002012000400019&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 03 jul. 2017.

TESTON, E. F.; CARREIRA, L.; MARCON, S. S. Sintomas depressivos em idosos: comparação entre residentes em condomínio específico para idoso e na comunidade. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 67, n. 3, p. 450-456, 2014 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672014000300450&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 03 jul. 2017.

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

UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO. Nossa História. Disponível em: <http://www.ebserh.gov.br/web/hc-uftm/historia>. Acesso em: 03 jul.2017.

VARGAS, D.; DIAS, A. P. Prevalência de depressão em trabalhadores de enfermagem de unidade de terapia intensiva: estudo em hospitais de uma cidade do noroeste do Estado São Paulo. **Rev Lat Am Enfermagem**, v. 19, n. 9. p. 9 telas, 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n5/pt_08.pdf. Acessado em: 07 jun 2016.

VIEIRA, K. F. L.; REIS, I. D.; MORAIS, J. B. Representações Sociais da Qualidade de Vida na Velhice. **Psicol. cienc. prof.**, v. 32, n. 3, p. 540-551, 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932012000300002. Acesso em: 07 jun. 2017.

VITORINO, L. M.; PASKULIN, L. M. G.; VIANNA, L. A. C. Qualidade de vida de idosos da comunidade e de instituições de longa permanência: estudo comparativo. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 21, n. (esp.), p. 3-11, 2013. Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692013000700002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 03 jul. 2017.

YESAVAGE, J. A. et al. Development and validation of a geriatric screening scale. **Journal of Psychiatry Research**, v. 17, n. 37, p. 37-49, 1983. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7183759>. Acesso em: 03 jul. 2017.

ANEXO A – Instrumento para coleta de dados sociodemográficos e econômicos e de saúde

BOMFAQ

IDENTIFICAÇÃO

Nome: _____

Registro: _____

Profissão atual: _____ Carga horária de trabalho semanal: _____

Início da entrevista: _____ Término: _____

Data: _____ Local: _____

Endereço: _____ Tel: _____

1) DATA DE NASCIMENTO: ____/____/____

Idade: (anos completos).....

ATENÇÃO:

- O entrevistado deve ter idade igual ou acima de 60 anos de idade. No caso de incerteza peça, ao entrevistado, documento de identificação que mostre a data de nascimento.
- Se a pessoa não preencher os critérios acima, agradeça e encerre a entrevista.

2)SEXO.....

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

1- Masculino 2- Feminino

3) QUAL O SEU ESTADO CONJUGAL?.....

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

1- Nunca se casou ou morou com companheiro(a)

2- Mora com esposo(a) ou companheiro(a)

3- Viúvo(a)

4 -Separado(a), desquitado(a) ou divorciado(a)

99- Ignorado

4) Qual a sua renda individual:.....

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

1 - Não tem renda 2 - Menos que 1 salário mínimo 3 - 1 salário mínimo

4 - De 1 a 3 salários mínimo 5 - De 3 a 5 salários mínimo 6 – mais de 5 salários mínimo

5) Seus recursos financeiros atualmente são provenientes de: (Múltipla escolha).....

- 1-Aposentadoria
- 2-Pensão
- 3-Renda/ aluguel
- 4-Doação (família)
- 5-Doação (outros)
- 6-Trabalho contínuo (formal ou não)
- 7- Trabalho eventual
- 8-Renda mensal vitalícia
- 9- Aplicação financeira
- 10- Sem rendimento próprio
- 99- Ignorado

06) Principal atividade profissional exercida atualmente:.....

- 1- Dona de casa
- 2- Empregada doméstica
- 3- Trabalhador braçal
- 4- Trabalhador rural
- 5- Profissional liberal
- 6- Agricultor
- 7- Empresário
- 8- Outro (especifique _____)
- 9- Não exerce
- 99- Ignorado

07) Qual a razão pela qual o (a) sr(a) se aposentou?.....

- 1- Tempo de Serviço
- 2- Idade
- 3- Problema de Saúde:
- 4- Não se aposentou
- 99- Ignorado

08) No seu entender de acordo com sua situação econômica, de que forma o(a) senhor(a) satisfaz suas necessidades básicas (alimentação, moradia, saúde, etc).....

- 1- Mal
- 2- Regular
- 3- Bom
- 99- Ignorado

09) Em geral e em comparação com a situação econômica de outras pessoas de sua idade, o(a) senhor(a) diria que a sua situação econômica é:.....

- 1- Pior
- 2- Igual
- 3- Melhor
- 99- Ignorado

10) A casa onde o sr. mora:.....

- 1- Própria - quitada
- 2- Própria - paga prestação
- 3- É de parente - paga aluguel

4- Estranho - paga aluguel 5- Cedida - sem aluguel 6- Asilo 99- Ignorado

SAÚDE -I

11) Em geral o(a) senhor(a) diria que sua saúde é:.....

1- Péssima 2- Má 3- Regular 4- Boa 5- Ótima

99- Ignorado

12) Comparando sua saúde de hoje com a de 12 meses atrás, o Sr (a) diria que sua saúde está:.....

1- Pior 2- Igual 3- Melhor 99- Ignorado

13) Em comparação com a saúde de outras pessoas da sua

idade, o(a) senhor(a) diria que sua saúde é:.....

1- Pior 2- Igual 3- Melhor 99- Ignorado

14) O(a) senhor(a) no momento tem algum destes problemas de saúde e que pode ou não interferir nas atividades da vida diária?

Problemas de saúde	NÃO	SIM		Ignorado
		Interfere na vida diária	Não interfere na vida diária	
A) Reumatismo	1	2	3	99
B) Artrite/artrose	1	2	3	99
C) Osteoporose	1	2	3	99
D) Asma ou bronquite	1	2	3	99
E) Tuberculose	1	2	3	99
F) Embolia	1	2	3	99
G) Pressão alta	1	2	3	99

H) Má circulação (varizes)	1	2	3	99
I) Problemas cardíacos	1	2	3	99
J) Diabetes	1	2	3	99
K) Obesidade	1	2	3	99
L) Derrame	1	2	3	99
M) Parkinson	1	2	3	99
N) Incontinência urinária	1	2	3	99
O) Incontinência fecal	1	2	3	99
P) Prisão de ventre	1	2	3	99
Q) Problemas para dormir	1	2	3	99
R) Catarata	1	2	3	99
S) Glaucoma	1	2	3	99
T) Problemas de coluna	1	2	3	99
U) Problema renal	1	2	3	99
V) Sequela acidente/trauma	1	2	3	99
W) Tumores malignos	1	2	3	99
X) Tumores benígnos	1	2	3	99
Y) Problema de visão	1	2	3	99
Z) Outras (gripe, diarreia, dor...)	1	2	3	99
Especifique				

15) Número de doenças.....

16) Como o(a) senhor(a) diria que está sua visão no momento? (sem os óculos, se for o caso)?.....

- 1- Cega 2- Péssima 3- Ruim
4- Regular 5- Boa 6- Excelente 99- Ignorado

17) Como o(a) senhor(a) diria que está a sua audição no momento, sem o aparelho, se for o caso)?.....

- 1- Surdo 2- Ruim 3- Boa 4- Excelente 99- Ignorado

18) O(a) senhor(a) utiliza:.....

1- Bengala	6- Aparelho Auditivo
2- Muleta	7- Restrito ao Leito
3- Andador	8- Nenhum
4- Cadeira de Rodas	9- Outro – Especifique:
5- Dentadura	99- Ignorado

19) O sr (a) toma algum remédio regularmente?.....

- 1- Sim, receitado por médico 2- Sim, por conta própria
3- Não 99- Ignorado

--	--

20) Em geral, quais os problemas mais importantes que o (a) sr (a) encontra para obter os remédios que toma regularmente?.....

- 1- Sem problemas 2- Custo 3- Não é fácil de encontrar
4- Dificuldade de transporte 5- Difícil conseguir ajuda para comprar
6- Outras: _____ 7- Não toma remédio regularmente 99- Ignorado

--	--

Utilizar nas perguntas de 21 a 27

- 1- Sim 2- Não 99- Ignorado

O (a) sr (a) tem como hábito utilizar de quais desses passatempos?

21) Assistir a
TV.....

--	--

22) Ouvir
rádio.....

--	--

23)
Ler.....

--	--

.....

24) Jogar (jogos de salão).....

25) Fazer atividades manuais.....

26) Dançar.....

27) Outros.....

28) Qual é a sua satisfação com suas atividades de lazer como um todo?.....

- 1- Muito insatisfeito 2- Insatisfeito 3- Satisfeito
- 4- Muito satisfeito 99- Ignorado

29) Por que não está satisfeito?.....

- 1- Existe pouca coisa para fazer 2- Fica aborrecida facilmente
- 3- Não tem interesse em particular 4- Não tem dinheiro suficiente
- 5- Não tem companhia 6- Tem dificuldade de transporte
- 7- Não se aplica 8- Outros (especifique _____) 99- Ignorado

ANEXO B – Geriatric Depression Scale (GDS)

Para cada questão abaixo responda (circule) Não ou Sim. Em “TOTAL” coloque a pontuação final obtida pelo idoso.

	Questões	Não	Sim
1	Você está basicamente satisfeito com sua vida?	1	0
2	Você deixou muitos de seus interesses e atividades?	0	1
3	Você sente que sua vida está vazia?	0	1
4	Você se aborrece com frequência?	0	1
5	Você se sente com bom humor a maior parte do tempo?	1	0
6	Você tem medo de que algum mal vá lhe acontecer?	0	1
7	Você se sente feliz a maior parte do tempo?	1	0
8	Você sente que sua situação não tem saída?	0	1
9	Você prefere ficar em casa a sair e fazer coisas novas?	0	1
10	Você se sente com mais problemas de memória do que a maioria?	0	1
11	Você acha maravilhoso estar vivo?	1	0
12	Você se sente um inútil nas atuais circunstâncias?	0	1
13	Você se sente cheio de energia?	1	0
14	Você acha que a sua situação é sem esperanças?	0	1
15	Você sente que a maioria das pessoas está melhor que você?	0	1
	TOTAL		

Considere: soma de pontos obtidos maior que 5, indicativo de depressão.

1. Presença de indicativo de depressão? (some os pontos e responda)

1- Sim

2- Não

ANEXO C - WHOQOL-BREF

Instruções

Este questionário é sobre como você se sente a respeito de sua qualidade de vida, saúde e outras áreas de sua vida. **Por favor responda a todas as questões.** Se você não tem certeza sobre que resposta dar em uma questão, por favor, escolha entre as alternativas a que lhe parece mais apropriada. Esta, muitas vezes, poderá ser sua primeira escolha.

Por favor, tenha em mente seus valores, aspirações, prazeres e preocupações. Nós estamos perguntando o que você acha de sua vida, tomando como referência as **duas últimas semanas**. Por exemplo, pensando nas últimas duas semanas, uma questão poderia ser:

Você recebe dos outros o apoio de que necessita?

Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5

Você deve circular o número que melhor corresponde ao quanto você recebe dos outros o apoio de que necessita nestas últimas duas semanas. Portanto, você deve circular o número 4 se você recebeu "muito" apoio como abaixo.

Você recebe dos outros o apoio de que necessita?

Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5

Você deve circular o número 1 se você não recebeu "nada" de apoio.

Por favor, leia cada questão, veja o que você acha e circule no número e lhe parece a melhor resposta.

		Muito ruim	Ruim	Nem ruim nem boa	Boa	Muito boa
1	Como você avaliaria sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5

		Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
2	Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde?	1	2	3	4	5

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

		Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
3	Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	1	2	3	4	5

4	O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	1	2	3	4	5
5	O quanto você aproveita a vida?	1	2	3	4	5
6	Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7	O quanto você consegue se concentrar?	1	2	3	4	5
8	Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?	1	2	3	4	5
9	Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	1	2	3	4	5

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

		Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
10	Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
11	Você é capaz de aceitar sua aparência física?	1	2	3	4	5
12	Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	1	2	3	4	5
13	Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
14	Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **quão bem ou satisfeito** você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas últimas duas semanas.

		Muito ruim	Ruim	Nem ruim nem bom	Bom	Muito bom
15	Quão bem você é capaz de se locomover?	1	2	3	4	5

		Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
16	Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?	1	2	3	4	5
17	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
18	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?	1	2	3	4	5
19	Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?	1	2	3	4	5

20	Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	1	2	3	4	5
21	Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22	Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?	1	2	3	4	5
23	Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?	1	2	3	4	5
24	Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25	Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?	1	2	3	4	5

A questão seguinte refere-se a **com que frequência** você sentiu ou experimentou certas coisas nas últimas duas semanas.

		Nunca	Algumas vezes	Freqüentemente	Muito freqüente mente	Sempre
26	Com que freqüência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	1	2	3	4	5

Você tem algum comentário sobre o questionário

ANEXO D - WHOQOL-OLD

Instruções

Este questionário pergunta a respeito dos seus pensamentos, sentimentos e sobre certos aspectos de sua qualidade de vida, e aborda questões que podem ser importantes para você como membro mais velho da sociedade.

Por favor, responda todas as perguntas. Se você não está seguro a respeito de que resposta dar a uma pergunta, por favor escolha a que lhe parece mais apropriada. Esta pode ser muitas vezes a sua primeira resposta.

Por favor tenha em mente os seus valores, esperanças, prazeres e preocupações. Pedimos que pense na sua vida nas duas últimas semanas.

Por exemplo, pensando nas duas últimas semanas, uma pergunta poderia ser:

O quanto você se preocupa com o que o futuro poderá trazer?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

Você deve circular o número que melhor reflete o quanto você se preocupou com o seu futuro durante as duas últimas semanas. Então você circularia o número 4 se você se preocupou com o futuro “Bastante”, ou circularia o número 1 se não tivesse se preocupado “Nada” com o futuro.

Por favor leia cada questão, pense no que sente e circule o número na escala que seja a melhor resposta para você para cada questão.

As seguintes questões perguntam sobre o **quanto** você tem tido certos sentimentos nas últimas duas semanas.

old_01 Até que ponto as perdas nos seus sentidos (por exemplo, audição, visão, paladar, olfato, tato), afetam a sua vida diária?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

old_02 Até que ponto a perda de, por exemplo, audição, visão, paladar, olfato, tato, afeta a sua capacidade de participar em atividades?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

old_03 Quanta liberdade você tem de tomar as suas próprias decisões?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

old_04 Até que ponto você sente que controla o seu futuro?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

old_05 O quanto você sente que as pessoas ao seu redor respeitam a sua liberdade?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

old_06 Quão preocupado você está com a maneira pela qual irá morrer?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

old_07 O quanto você tem medo de não poder controlar a sua morte?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

old_08 O quanto você tem medo de morrer?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

old_09 O quanto você teme sofrer dor antes de morrer?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

As seguintes questões perguntam sobre **quão completamente** você fez ou se sentiu apto a fazer algumas coisas nas duas últimas semanas.

old_10 Até que ponto o funcionamento dos seus sentidos (por exemplo, audição, visão, paladar, olfato, tato) afeta a sua capacidade de interagir com outras pessoas?

Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5

old_11 Até que ponto você consegue fazer as coisas que gostaria de fazer?

Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5

old_12 Até que ponto você está satisfeito com as suas oportunidades para continuar alcançando outras realizações na sua vida?

Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5

old_13 O quanto você sente que recebeu o reconhecimento que merece na sua vida?

Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5

old_14 Até que ponto você sente que tem o suficiente para fazer em cada dia?

Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5

As seguintes questões pedem a você que diga o quanto você se sentiu **satisfeito, feliz ou bem** sobre vários aspectos de sua vida nas duas últimas semanas.

old_15 Quão satisfeito você está com aquilo que alcançou na sua vida?

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5

old_16 Quão satisfeito você está com a maneira com a qual você usa o seu tempo?

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5

old_17 Quão satisfeito você está com o seu nível de atividade?

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5

old_18 Quão satisfeito você está com as oportunidades que você tem para participar de atividades da comunidade?

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5

old_19 Quão feliz você está com as coisas que você pode esperar daqui para frente?

Muito infeliz	Infeliz	Nem feliz nem infeliz	Feliz	Muito feliz
1	2	3	4	5

old_20 Como você avaliaria o funcionamento dos seus sentidos (por exemplo, audição, visão, paladar, olfato, tato)?

Muito ruim	Ruim	Nem ruim nem boa	Boa	Muito boa
1	2	3	4	5

As seguintes questões se referem a qualquer **relacionamento íntimo** que você possa ter. Por favor, considere estas questões em relação a um companheiro ou uma pessoa próxima com a qual você pode compartilhar (dividir) sua intimidade mais do que com qualquer outra pessoa em sua vida.

old_21 Até que ponto você tem um sentimento de companheirismo em sua vida?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

old_22 Até que ponto você sente amor em sua vida?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

old_23 Até que ponto você tem oportunidades para amar?

Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5

old_24 Até que ponto você tem oportunidades para ser amado?

Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5

VOCÊ TEM ALGUM COMENTÁRIO SOBRE O QUESTIONÁRIO?

ANEXO E – Índice de capacidade para o trabalho – ICT

1 – Suponha que sua melhor capacidade para o trabalho tem um valor igual a 10 pontos. Assinale com X um número na escala de zero a dez, quantos pontos você daria a sua capacidade de trabalho atual.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

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

1	2	3	4	5
Muito baixa	Baixa	Moderada	Boa	Muito boa

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)

1	2	3	4	5
Muito baixa	Baixa	Moderada	Boa	Muito boa

4- Na sua opinião quais das lesões por acidente ou doenças citadas abaixo você possui **ATUALMENTE. Marque também aquelas que foram confirmadas pelo médico.**

**Caso não tenha nenhuma doença, deixa em branco a questões e todos os seus sub-
itens.**

	Minha Opinião-1	Diagnóstico Médico-2
• Lesões nas costas.		
• Lesões nos braços/mãos		
• Lesões nas pernas/pés		
• Lesões em outras partes do corpo. Onde? ____ Que tipo de lesão? _____		
• Doença da parte superior das costas ou região do pescoço,		

• Doença da parte inferior das costas com dores frequentes.		
• Dor nas costas que se irradia para a perna (ciática).		
• Doença músculo-esquelética afetando os membros (braços e pernas) com dores frequentes.		
• Artrite reumatoide.		
• Outra doença músculo esquelética. Qual? _____		
• Hipertensão arterial (pressão alta).		
• Doença coronariana, dor no peito durante o exercício (angina pectoris).		
• Infarto do miocárdio, trombose coronariana.		
• Insuficiência cardíaca.		
• Outra doença cardiovascular. Qual? _____		
• Infecções repetidas do trato respiratório (incluindo amigdalite, sinusite aguda, bronquite aguda).		
• Bronquite crônica.		
• Sinusite crônica.		
• Asma.		
• Enfisema.		
• Tuberculose pulmonar.		
• Outra doença respiratória. Qual? _____		
• Distúrbio emocional severo (ex. depressão severa).		
• Distúrbio emocional leve (ex. depressão leve, tensão, ansiedade, insônia).		
• Problema ou diminuição da audição.		
• Doença ou lesão da visão (não assinale se apenas usa óculos e/ou lente de contato de grau).		
• Doença neurológica (acidente vascular cerebral ou “derrame”, neuralgia,		
• Outra doença neurológica ou dos órgãos dos sentidos. Qual?		
• Pedras ou doença da vesícula biliar.		
• Doença do pâncreas ou do fígado.		
• Úlcera gástrica ou duodenal.		
• Gastrite ou irritação duodenal.		
• Colite ou irritação duodenal.		
• Outra doença digestiva. Qual? _____		
• Infecção das vias urinárias.		
• Diarreia.		
• Constipação.		
• Gazes.		
• Doenças dos rins.		
• Doenças nos genitais e aparelho reprodutor (p. ex. problema nas trompas ou na próstata).		
• Outra doença geniturinária. Qual? _____		
• Alergia, eczema.		
• Outra erupção. Qual? _____		
• Outra doença da pele Qual? _____		
• Tumor benigno.		
• Tumor maligno (Câncer). Onde? _____		
• Obesidade.		
• Diabetes.		

• Varizes.		
• Colesterol alto.		
• Bócio ou outra doença da tireoide.		
• Outra doença endócrina ou metabólica. Qual? __		
• Anemia.		
• Outra doença do sangue. Qual? _____		
• Defeito de nascimento. Qual? _____		
• Outro problema ou doença. Qual? _____		

4.a – Não tenho nenhum dos problemas de saúde listados acima.

5 – Sua lesão ou doença é um impedimento para seu trabalho atual? (Você pode marcar mas de uma resposta nesta pergunta).

1 – Na minha opinião **estou totalmente incapacitado** para trabalhar.

2 – Por causa de minha doença sinto-me capaz de trabalhar apenas em tempo parcial.

3 – **Frequentemente** preciso diminuir meu ritmo de trabalho ou mudar meus métodos de trabalho.

4 – **Algumas vezes** preciso diminuir meu ritmo de trabalho ou mudar meus métodos de trabalho.

5 – Eu sou capaz de fazer meu trabalho, mas ele me causa alguns

sintomas. 6 – Não há impedimento / Eu não tenho doenças.

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

1	2	3	4	5
De 100 a 365 dias	De 25 a 99 dias	De 10 a 24 dias	Até 9 dias	Nenhum

7 – Considerando sua saúde, você acha que será capaz de DAQUI A 2 ANOS fazer seu trabalho atual?

1	4	7
É improvável	Não estou muito certo	Bastante provável

8 – Você tem conseguindo apreciar (se sentir satisfeito com) suas atividades diárias?

0	1	2	3	4
Nunca	Raramente	Às vezes	Quase sempre	Sempre

9– Você tem sentido ativo e alerta?

0	1	2	3	4
Nunca	Raramente	Às vezes	Quase sempre	Sempre

10- Você tem se sentido cheio de esperança para o futuro?

0	1	2	3	4
Nunca	Raramente	Às vezes	Quase sempre	Continuamente