

UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALFENAS

JOÃO HENRIQUE DE MORAIS RIBEIRO

**CAPACIDADE PARA O TRABALHO DA PESSOA IDOSA: CARACTERIZANDO
UMA OUTRA IDENTIDADE SOCIAL**

ALFENAS/MG

2014

JOÃO HENRIQUE DE MORAIS RIBEIRO

**CAPACIDADE PARA O TRABALHO DA PESSOA IDOSA: CARACTERIZANDO
UMA OUTRA IDENTIDADE SOCIAL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Alfenas / UNIFAL-MG como requisito para obtenção do Título de Mestre em Enfermagem.

Área de Concentração Enfermagem

Orientadora Dra. Maria Angélica Mendes

Linha de Pesquisa Gestão em Serviços de Saúde

ALFENAS/MG

2014

Ribeiro, João Henrique de Moraes.

Capacidade para o trabalho da pessoa idosa: caracterizando uma outra identidade social / João Henrique de Moraes Ribeiro. - Alfenas, MG, 2014.

147 f. -

Orientadora: Maria Angélica Mendes.

Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal de Alfenas, Alfenas, MG, 2014.

Bibliografia.

1. Avaliação da Capacidade de Trabalho. 2. Idoso. 3. Promoção da Saúde. 4. Geriatria. 5. Saúde Pública. I. Mendes, Maria Angélica. II. Título .

CDD: 610.73



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
Universidade Federal de Alfenas - Unifal-MG
Pró-reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem
Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700 - Alfenas/MG - CEP 37130-000



JOÃO HENRIQUE DE MORAIS RIBEIRO

"CAPACIDADE DE TRABALHO DA PESSOA IDOSA: CARACTERIZANDO UMA OUTRA IDENTIDADE SOCIAL"

A Banca Examinadora, abaixo assinada, aprova a Dissertação apresentada como parte dos requisitos para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal de Alfenas. Área de concentração: Enfermagem.

Aprovado em: 04/11/2014

Profª. Drª. Maria Angélica Mendes
Instituição: Universidade Federal de Alfenas-
MG - UNIFAL-MG

Assinatura: Maria Angélica Mendes

Profª. Drª. Daniele Sirineu Pereira
Instituição: Universidade Federal de Alfenas-
MG - UNIFAL-MG

Assinatura: Daniele Sirineu Pereira

Prof. Dr. José Vitor da Silva
Instituição: Escola de Enfermagem Wenceslau
Braz

Assinatura: José Vitor da Silva

APRESENTAÇÃO

Meu interesse pelo tema - capacidade para o trabalho na pessoa idosa, emergiu durante minha formação em Gerontologia, há quatro anos, quando cursava a especialização na UNIFAL-MG. Na minha prática profissional em Estratégia Saúde da Família (ESF), a questão de manter-se funcional versus pessoa idosa me chamava atenção e ao mesmo tempo me inquietava. Uma vez que grande número de usuários idosos do território de abrangência da ESF apresentavam discretas limitações funcionais, todavia já se encontravam afastados das atividades laborais e, de certa forma aumentavam a demanda da Unidade relacionada ao atendimento médico e à prescrição de medicamentos. Porquanto, me apropriei da ideia que a funcionalidade na pessoa idosa é a chave mestra para o envelhecimento ativo, com menor risco de adoecimento.

Em um Evento sobre Gerontologia na cidade vizinha de Poços de Caldas, tive a oportunidade de conhecer a professora Maria Angélica, hoje minha orientadora. Após conversamos um pouco, ela me fez o convite para participar do Grupo de Pesquisas Tecnologias e Inovações em Saúde. Neste, tive a chance de participar da linha de pesquisa A Pessoa Idosa no Cotidiano de Saúde, além de colaborar na organização do Simpósio Sul Mineiro de Geriatria e Gerontologia, promovido no ano de 2012. Nesse período, durante reunião com a profa. Maria Angélica optamos desenvolver um estudo sobre capacidade para o trabalho na pessoa idosa. Naquele momento, abracei esse propósito e comecei a me preparar para o Curso de Mestrado. E deu certo; fui aprovado!

Já enquanto mestrando, realizei uma Revisão Integrativa da Literatura na busca por evidências sobre tal capacidade para trabalho. E, emergiram algumas indagações: será que a pessoa idosa não se afasta precocemente do mercado de trabalho? O trabalho não poderia fazer bem a ela ou ajuda-la nas limitações do dia a dia? Não dizem, que atingimos o auge do conhecimento com o envelhecimento? Então, é coerente chegar aos 60 anos e se retirar do trabalho? E aquele ditado: “Cabeça vazia, oficina do ...”; seria aplicado à pessoa idosa?

Assim, delinearam-se as principais questões desta pesquisa;

- ✓ Como está a capacidade para o trabalho da pessoa idosa?
- ✓ Está relacionada a fatores econômicos, sociais e de saúde?

Na elaboração e tecitura deste estudo, naturalmente deparei com algumas limitações. A amostragem da coleta de dados privilegiou aqueles indivíduos com mobilidade funcional preservada, uma vez que inicialmente foram abordados idosos em praças públicas com agendamento posterior de entrevista, sendo que esta às vezes aconteceu no domicílio. Na literatura científica específica, dentre os estudos identificados sobre a capacidade para o trabalho, alguns deles se restringiam a caracterizar o cenário social dos mesmos, não apontando o perfil do trabalhador que estava sendo avaliado. Ademais, não encontrei pesquisas que avaliassem a capacidade para o trabalho particularmente de pessoas idosas, obstando dessa forma comparação e discussão dos dados. Tal fato indica que este é o primeiro estudo sobre capacidade para o trabalho da pessoa idosa tanto no Brasil como no mundo, apontando seu ineditismo tanto do ponto de vista de saúde, de saúde ocupacional quanto social.

Inicialmente, contextualizo o problema de pesquisa com a demarcação do seu objeto. A relevância está demonstrada em seguida, ancorada no Referencial Teórico da Promoção da Saúde. Da mesma forma, trago a revisão sobre capacidade para o trabalho na pessoa idosa, a fim de expor o estado da arte e, apresento a Teoria da Identidade Social como Referencial Teórico sobre o tema – capacidade para o trabalho. Após embasamento teórico, descrevo o percurso metodológico, delineando o estudo, expondo variáveis e testes estatísticos. Os resultados estão descritos segundo as categorias; perfil da população estudada, capacidade para o trabalho, características demográficas, socioeconômicas e por fim, condição de saúde. Posteriormente apresento a discussão desses resultados com outros identificados na literatura.

Desejo-lhe boa leitura!

A todas as pessoas idosas que permanecem firmes nos propósitos de seu trabalho, em especial

- Ao Prof. Dr. José Vitor pelos estudos e ensinamentos, pelo seu compromisso sério e ético com o trabalho;
- A Dona Cecília, mãe da profa. Maria Angélica, que com seus 80 anos é ainda uma exímia trabalhadora celetista, além de fazer *patchwork* nas horas de lazer;
- Ao meu sogro Sebastião Marcos, que aos 60 anos permanece trabalhando no ramo da construção civil.
- A Tia Lia, grande educadora nas Ciências Biológicas, que aos 66 anos continua construindo conhecimentos e levando a “célula ao alcance das mãos”.

AGRADECIMENTOS

É chegada a hora de agradecer a todos que se fizeram presentes na conquista deste ideal.

- A Deus, pela presença constante em meu cotidiano, dando-me forças para continuar a caminhada;
- À minha orientadora, Profa. Dra Maria Angélica, por compartilhar todo seu conhecimento em prol da minha formação, e por ser, várias vezes, mãe, amiga, companheira. Agradeço pelos ensinamentos e conselhos necessários para que eu não perdesse o foco do estudo;
- Ao Prof. Dr. José Vitor da Silva, por ceder o banco de dados para análise e pelas valiosas contribuições na construção desta dissertação;
- Ao Prof. Dr. Eric Batista Ferreira pela maestria com que me auxiliou na interpretação da análise estatística;
- Aos meus pais, Manoel e Dulciana e meus irmãos Ana Carolina e Ivan pelo carinho, torcida e por acreditarem nesse ideal;
- À minha esposa, Maria Goreti, por ter sido meu “porto seguro”, entendendo minhas ausências e falhas, e por acreditar e viver junto comigo essa experiência valiosa; a você, dedico todo o meu amor;

- Aos alunos dos atuais 6º e 8º períodos de Enfermagem da UNIFAL - MG, por abrirem as portas para a construção do conhecimento durante as práticas do Estágio Docente, com carinho especial para Abner, Amanda, Bárbara, Daniela, Geovana, Marcos, Patrícia, Raiza e Roberta que se fizeram mais que companheiros durante esta fase;
- Aos professores do Programa de Pós-graduação em Enfermagem pela dedicação e disponibilidade no período de aulas e Martha pela atenção e cortesia;
- A profa. Dra. Daniele Sirineu Pereira pela leitura e contribuição nos manuscritos e a profa. Dra. Sueli de Carvalho Vilela pela ajuda, conselhos, conversas e alegrias nesses anos que convivemos na UNIFAL-MG;
- Aos membros do Colegiado e da Comissão de Bolsas pelo aprendizado e trocas de experiências durante os encontros e reuniões;
- Aos colegas do Mestrado pelo convívio e parceria durante esse período;
- Por fim, agradeço a Nailza e Raquel pelo carinho dispensado nas conversas de corredores.

“Persevera no teu trabalho, faz dele a tua vida, e envelhece no cumprimento do dever”.

RESUMO

O fenômeno mundial do envelhecimento é decorrente das transformações demográficas ocorridas nas décadas pregressas, associado às mudanças no perfil epidemiológico e na caracterização socioeconômica. De tal modo, esse fenômeno condicionou o envelhecimento da população trabalhadora, fato esse que tem repercutido na população economicamente ativa. O declínio na funcionalidade do indivíduo idoso é dependente de fatores como genética, estilo de vida e presença de patologias crônicas, o que pode ocasionar impacto na capacidade para o trabalho e na produtividade do trabalhador. Sendo assim, este estudo teve como objetivo avaliar a capacidade para o trabalho de indivíduos idosos residentes em cidades do Sul de Minas Gerais e comparar essa capacidade com variáveis demográficas, socioeconômicas e condição de saúde. Trata-se de um estudo quantitativo, descritivo, transversal, analítico e documental fundamentado em dois Referenciais Teóricos, quais são: Promoção da Saúde e Teoria da Identidade Social. A amostra foi composta por 510 pessoas idosas residentes nas cidades de Pouso Alegre, Santa Rita do Sapucaí e Itajubá, no ano de 2010. Para avaliar a capacidade para o trabalho das pessoas idosas participantes deste estudo foi empregado o Índice de Capacidade para o Trabalho – ICT, instrumento este que contempla as exigências físicas e mentais do trabalho, o estado de saúde e os recursos do trabalhador, abrangendo um escore de 07 a 49 pontos. A análise estatística foi realizada empregando o teste t-Student para variáveis com duas categorias e Análise de Variância – ANOVA para variáveis com três ou mais categorias. Quando não verificada a homogeneidade dos dados, realizou-se então ajuste por meio do Teste de Brown-Forsythe. Na presença de diferença significativa entre as variáveis foram aplicados testes *post hoc* como Teste de Dunnet e Bonferroni, este último também quando não houve ajuste. A maioria dos participantes deste estudo é do gênero masculino (66,9%), com média de idade de 68,7 anos (dp: 7,73), casados (60%), com ensino fundamental incompleto (43,3%), católicos (83,3%) e vivem em famílias do tipo nuclear (50%) e extensa (46,7%). No que se refere à capacidade para o trabalho, 43,5% apresentam boa capacidade para trabalhar, uma patologia diagnosticada por médico, não registram faltas ou impedimentos para o trabalho, além de apresentarem prognóstico positivo à continuidade no trabalho. As comparações exibiram interações significativas para gênero, religião, grau de escolaridade, estado civil, situação de trabalho e situação de saúde; demonstrando que pessoas idosas do gênero feminino, evangélicas, com escolaridade fundamental completa, solteira ou divorciada, com trabalho autônomo e autopercepção de saúde ótima apresentaram melhor capacidade para o trabalho. Historicamente, o indivíduo idoso assumia a identidade social de doença, de incapacidade e perdas. Nessa perspectiva, este estudo proporciona a visualização da pessoa idosa diferente de tal concepção, na qual apresentam disponibilidade para adotar uma outra (não nova) identidade social – a identidade de idoso capaz – enfraquecendo assim a concepção clássica de envelhecimento enraizada na sociedade.

Palavras-chave: Avaliação da Capacidade de Trabalho. Idoso. Promoção da Saúde. Gerontologia. Saúde Pública.

ABSTRACT

The worldwide phenomenon of the aging is a result of demographic changes occurring in previous decades, associated with changes in the epidemiological profile and socioeconomic characteristics. So, this phenomenon has conditioned the aging of the working population, fact that has had repercussions in the economically active population. The decline in the elderly functionality is dependent on factors such as genetics, lifestyle and the presence of chronic diseases, which can cause impact on the ability to work and worker productivity. Thus, this study aimed to evaluate the work ability of elderly residents in southern cities of Minas Gerais and compare this ability with demographic characteristics, socioeconomic and health condition. This is a quantitative study, descriptive, cross-sectional, analytical and documentary with secondary database employment based on two theoretical frameworks, which are: Health Promotion and Social Identity Theory. The sample consisted of 510 elderly people living in cities of Pouso Alegre, Santa Rita do Sapucaí e Itajubá in 2010. To evaluate the work ability of the elderly participants in this study we used the Ability Index for Work - IC this instrument contemplates the physical and mental demands of work health and workers resources, including a score 07-49 points. Statistical analysis was performed using the Student t test for variables with two categories and Analysis of Variance - ANOVA for variables with three or more categories. When the homogeneity of data has not been verified, it was then realized adjustment through the Brown-Forsythe test. In the presence of significant difference between the variables were applied tests post hoc as Dunnet test and Bonferroni, the latter also when there was no adjustment. Most of the study participants are males (66.9%), with a mean age of 68.7 years (SD: 7.73), marrieds (60%), with incomplete primary education (43.3%) Catholics (83.3%) and live in families of type nuclear (50%) and extensive (46.7%). With regard to the ability to work, 43.5% have a good capacity to work, a condition diagnosed by physician, do not register absent or unable to work, in addition to having positive prognosis of continuity at work. The comparisons showed significant interactions for gender, religion, education level, marital status, work status and health status; demonstrating that elderly females, evangelical, with complete elementary schooling, single or divorced, with self-employment and good self-rated health showed better ability to work. Historically, the elderly took the social identity of disease, disability and loss. This perspective, this study provides the visualization of the elderly different from this conception, in which feature availability to adopt another (not new) social identity - the identity of elderly able - thereby weakening the classical conception of aging rooted in society.

Keywords: Work Capacity Evaluation. Aged. Health Promotion. Geriatrics. Public Health.

LISTA DE TABELAS

Tabela 01 -	Medidas de tendência central e posição da variável idade. Pouso Alegre, Santa Rita do Sapucaí e Itajubá, 2010.....	68
Tabela 02 -	Perfil da população do estudo segundo gênero, religião, escolaridade, estado civil e tipo de família. Pouso Alegre, Santa Rita do Sapucaí e Itajubá, 2010.....	69
Tabela 03 -	Perfil da população do estudo segundo situação de trabalho. Pouso Alegre, Santa Rita do Sapucaí e Itajubá, 2010.....	70
Tabela 04 -	Perfil da população do estudo segundo situação de saúde. Pouso Alegre, Santa Rita do Sapucaí e Itajubá, 2010.....	70
Tabela 05 -	Medidas de tendência central e posição da variável ICT total – Pouso Alegre, Santa Rita do Sapucaí e Itajubá, 2010.....	70
Tabela 06 -	Capacidade para o trabalho da população do estudo segundo os domínios do ICT. Pouso Alegre, Santa Rita do Sapucaí e Itajubá, 2010.....	73
Tabela 07 -	Diferença entre gênero e capacidade para o trabalho em relação aos domínios do ICT. Pouso Alegre, Santa Rita do Sapucaí e Itajubá, 2010.....	76
Tabela 08 -	Diferença entre religião e capacidade para o trabalho em relação aos domínios do ICT. Pouso Alegre, Santa Rita do Sapucaí e Itajubá, 2010.....	78
Tabela 09 -	Diferença entre nível de escolaridade e capacidade para o trabalho em relação aos domínios do ICT. Pouso Alegre, Santa Rita do Sapucaí e Itajubá, 2010.....	81
Tabela 10 -	Diferença entre estado civil e capacidade para o trabalho em relação aos domínios do ICT. Pouso Alegre, Santa Rita do Sapucaí e Itajubá, 2010.....	83
Tabela 11 -	Diferença entre tipo de família e capacidade para o trabalho em relação aos domínios do ICT. Pouso Alegre, Santa Rita do Sapucaí e Itajubá, 2010.....	85
Tabela 12 -	Diferença entre situação de trabalho e capacidade para o	87

	trabalho em relação aos domínios do ICT. Pouso Alegre, Santa Rita do Sapucaí e Itajubá, 2010.....	
Tabela 13 -	Diferença entre situação de saúde e capacidade para o trabalho em relação aos domínios do ICT. Pouso Alegre, Santa Rita do Sapucaí e Itajubá, 2010.....	89

LISTA DE FIGURAS

Figura 01 - Projeção da estrutura etária brasileira segundo o ano. IBGE, 2008.....	28
Figura 02 - Diagrama ilustrativo da exploração teórica nas Bases de Dados. Alfenas, 2014.....	34
Figura 03 - Condições associadas à limitação e perda da capacidade para o trabalho. Alfenas, 2014.....	39
Figura 04 - Promovendo a capacidade para o trabalho e sua rede de relações. Alfenas, 2014.....	43
Figura 05 - Condições que promovem a capacidade funcional e capacidade para o trabalho na pessoa idosa. Alfenas, 2014.	107
Figura 06 - Base teórica do fenômeno “capacidade para o trabalho na pessoa idosa”. Alfenas, 2014.	111

LISTA DE QUADROS

Quadro 01 - Caracterização dos estudos quanto autor, país de origem, fator de impacto, tipo de estudo e objetivos, Alfenas, 2014...	35
Quadro 02 - Descrição das variáveis quantitativas e qualitativas do estudo. Alfenas, 2014.....	58
Quadro 03 - Classificação da faixa de pontos do ICT com os objetivos da medida.....	64

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 01 - Capacidade para o trabalho atual da população do estudo comparada com a melhor de toda vida. Pouso Alegre, Santa Rita do Sapucaí e Itajubá, 2010.....	71
Gráfico 02 - Capacidade para o trabalho (CT) atual da população do estudo comparada com a melhor de toda vida em intervalos. Pouso Alegre, Santa Rita do Sapucaí e Itajubá, 2010.....	72
Gráfico 03 - Índice de Capacidade para o trabalho (ICT) da população do estudo de acordo com os objetivos da medida. Pouso Alegre, Santa Rita do Sapucaí e Itajubá, 2010.....	74
Gráfico 04 - Diferença entre gênero, CT comparada e ICT total o trabalho. Pouso Alegre, Santa Rita do Sapucaí e Itajubá, 2010.....	75
Gráfico 05 - Diferença entre religião, CT comparada e ICT total o trabalho. Pouso Alegre, Santa Rita do Sapucaí e Itajubá, 2010.....	77
Gráfico 06 - Diferença entre grau de escolaridade, CT comparada e ICT total o trabalho. Pouso Alegre, Santa Rita do Sapucaí e Itajubá, 2010.....	79
Gráfico 07 - Diferença entre estado civil, CT comparada e ICT total o trabalho. Pouso Alegre, Santa Rita do Sapucaí e Itajubá, 2010.....	82
Gráfico 08 - Diferença entre tipo de família, CT comparada e ICT total o trabalho. Pouso Alegre, Santa Rita do Sapucaí e Itajubá, 2010.....	84
Gráfico 09 - Diferença entre situação de trabalho, CT comparada e ICT total o trabalho. Pouso Alegre, Santa Rita do Sapucaí e Itajubá, 2010.....	86
Gráfico 10 - Diferença entre situação de saúde, CT comparada e ICT total o trabalho. Pouso Alegre, Santa Rita do Sapucaí e Itajubá, 2010.....	88

LISTA DE ABREVIações E SIGLAS

ACT	Aposentado, continua trabalhando
ANOVA	Análise de Variância
ANR	Atividade não remunerada
BF	Bron-Fourshty
Cas.	Casado
CT Comparada	Capacidade de trabalho comparada com a melhor de toda vida
DeCS	Descritores em Ciências da Saúde
EF-C	Ensino fundamental completo
EF-I	Ensino fundamental incompleto
EM-C	Ensino médio completo
EM-I	Ensino médio incompleto
ESF	Estratégia Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICT Total	Índice de capacidade para o trabalho total
MeSH	Medical Subject Headings
SP	Superior completo
SE	Sem escolaridade
Solt.	Solteiro
TIS	Teoria da Identidade Social
TPC	Trabalha por conta própria
UNIFAL-MG	Universidade Federal de Alfenas
Viúv.	Viúvo

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	20
2	OBJETIVOS	26
2.1	OBJETIVO GERAL	26
2.2	OBJETIVO ESPECÍFICO	26
3	RELEVÂNCIA	28
4	A CAPACIDADE DE TRABALHO DA PESSOA IDOSA	33
4.1	LIMITANDO A CAPACIDADE PARA O TRABALHO	37
4.1.1	Presença de doença crônica	37
4.1.2	Sedentarismo e obesidade	38
4.1.3	Pesada carga de trabalho físico	38
4.1.4	Discriminação do trabalhador idoso	38
4.2	PROMOVENDO A CAPACIDADE PARA O TRABALHO	39
4.2.1	Promovendo saúde e vitalidade no ambiente de trabalho	40
4.2.2	Promovendo a aprendizagem e desenvolvendo novas habilidades ..	41
4.2.3	Ajustando o ambiente físico e psicossocial	42
5	A TEORIA DA IDENTIDADE SOCIAL	46
5.1	ASPECTOS HISTÓRICOS	46
5.2	IDENTIDADE SOCIAL E PECULIARIDADES	47
5.3	TEORIA DA IDENTIDADE SOCIAL	49
5.4	TEORIA DA IDENTIDADE SOCIAL E O DESEMPENHO DO GRUPO NAS ORGANIZAÇÕES	52
5.5	A TEORIA DA IDENTIDADE SOCIAL E A CAPACIDADE PARA O TRABALHO DA PESSOA IDOSA	53
6	MATERIAL E MÉTODOS	57
6.1	DELINEAMENTO DO ESTUDO	57
6.2	VARIÁVEIS.....	58
6.3	BANCO DE DADOS	59
6.4	LOCAL DO ESTUDO.....	59
6.4.1	Pouso Alegre	59
6.4.2	Santa Rita do Sapucaí	60

6.4.3	Itajubá	60
6.5	PARTICIPANTES	61
6.6	AMOSTRA	61
6.7	AMOSTRAGEM	61
6.8	CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE.....	62
6.9	INSTRUMENTOS	62
6.10	LEVANTAMENTO DA CASUÍSTICA	64
6.11	PRÉ-TESTE	65
6.12	TREINAMENTO DO AUXILIAR DE PESQUISA	65
6.13	ANÁLISE ESTATÍSTICA	65
7	RESULTADOS	68
7.1	PERFIL DA POPULAÇÃO EM ESTUDO	68
7.2	CAPACIDADE PARA O TRABALHO	70
7.3	VARIÁVEIS DEMOGRÁFICAS, SOCIOECONOMICAS E SITUAÇÃO DE SAÚDE	75
7.3.1	Gênero	75
7.3.2	Religião	77
7.3.3	Grau de escolaridade	79
7.3.4	Estado Civil	82
7.3.5	Tipo de família	84
7.3.6	Situação de trabalho	86
7.3.7	Situação de saúde	88
8	DISCUSSÃO	92
9	CONCLUSÃO E CONSIDERAÇÕES FINAIS	109
9.1	CONCLUSÃO	109
9.2	CONSIDERAÇÕES FINAIS	109
9.3	IMPLICAÇÕES PRÁTICAS	113
	REFERENCIAS	116
	APÊNDICES	138
	ANEXOS	140

Introdução

1 INTRODUÇÃO

A ênfase deste estudo é a capacidade de trabalho da pessoa idosa. Porquanto, o fenômeno mundial do envelhecimento é decorrente das transformações demográficas ocorridas nas décadas pregressas, associado às mudanças no perfil epidemiológico e na caracterização socioeconômica (CHAIMOWICZ, 2009 p. 16). Igualmente, a população brasileira bem como da América Latina e do Caribe vem sofrendo, de forma radical, transições nos níveis de mortalidade e fecundidade. Transições essas as quais fizeram com que a população passasse do padrão demográfico de alta natalidade e mortalidade para outro já com queda nas taxas de mortalidade e fecundidade, levando o País brasileiro a ficar de cabelos brancos (VERAS, 1994 p. 180). Por sua vez, a população idosa brasileira passa por importantes transformações; tanto na estrutura etária quanto na distribuição dos gêneros (LEBRÃO, 2007 p. 136; WONG; CARVALHO, 2006 p. 603).

O envelhecimento pode ser caracterizado como um processo dinâmico, progressivo, irreversível e incontestável, exibindo diferentes interações entre fatores biológicos, psíquicos e sociais (BRITO; LITOVIC, 2004 p. 6; RODRIGUES; TERRA, 2006 p. 53) e; refere-se às mudanças na estrutura etária de uma população, proporcionando aumento no número de indivíduos acima de uma idade que demarca o início da velhice (CARVALHO; GARCIA, 2003 p. 726). Para este estudo, adota-se a idade de 60 anos como definidora para indivíduos idosos em países em desenvolvimento, segundo a Organização Mundial da Saúde (WHO, 2002 p. 5).

O processo de envelhecimento, em países desenvolvidos, se deu de forma lenta, em situação de melhorias nas condições de vida e de redução das desigualdades sociais, em cenário socioeconômico favorável, permitindo a expansão dos sistemas de proteção social. Já, naqueles em desenvolvimento, o envelhecimento ganha maior importância nos anos mais recentes, com aumento acelerado da população de mais de sessenta anos em relação à população geral, exibindo carências nos aspectos políticos e sociais, além de extremas desigualdades econômicas; o que por sua vez tem dificultado a expansão dos sistemas de proteção social (CAMARANO; PASINATO, 2004 p. 253, MENDES et al. 2005 p. 423, TRUELSEN; BONITA. JAMROZIK, 2001 p. 11).

Tal processo tem sido acompanhado e discutido pela academia, por gestores e, por profissionais de saúde no sentido de proteger as pessoas idosas como cidadãos que são (RODRIGUES et al. 2007 p. 537). Com isso, no contexto da Gerontologia, os propósitos nos serviços de saúde deixam de ter foco apenas no prolongamento da vida e, passam a investir, também, na manutenção e promoção da capacidade funcional do indivíduo idoso, de forma que esse permaneça autônomo e independente (COSTA; NAKATANI; BACHION, 2006 p. 44); uma vez que o desenvolvimento mental e a experiência no trabalho se tornam mais vigorosos com o avanço da idade (COSTA; SARTORI, 2007 p. 1915).

Nesse sentido a Gerontologia, configurada como área de saber multidisciplinar, tem como escopo o estudo das alterações do processo de envelhecimento e seus determinantes biológicos, psicológicos e socioculturais. O estabelecimento da Gerontologia como disciplina científica ocorreu, no final do século XX, por meio de contribuições da Demografia, das Ciências Sociais e, também do saber popular. Ademais, a Sociologia e a Psicologia colaboraram para esse estabelecimento, proporcionando olhar especializado para aspectos psicossociais que envolvem a velhice. Sendo assim o foco no corpo envelhecido, objeto da Geriatria, se perde em meio ao saber especializado da Gerontologia, que atualmente, inclui novos aspectos em sua definição e transforma a velhice em uma categoria mais complexa (CALDAS, 2006 p. 18, CAMACHO, 2002 p. 232, SILVA, 2008 p. 159). Como área de conhecimento em formação, a Gerontologia tem, na contemporaneidade, encontrado uma série de dilemas teóricos e éticos que parecem ser decisivos para sua consolidação, indicando longo caminho para sua afirmação como campo dinâmico e consolidado de pesquisa (RIFIOTIS, 2007 p.173; PRADO; SAYD, 2006 p. 492). Nessa perspectiva, o envelhecimento possui características próprias, com múltiplas dimensões que abrangem questões de ordem social, política, cultural e econômica. Essas dimensões conferem à Gerontologia abertura de novos espaços e experiências a serem vivenciadas com possibilidades de desenvolvimento contínuo, focadas na longevidade e na qualidade de vida, destacando a independência e o estilo de vida da pessoa idosa (CAMACHO, 2002 p. 230).

Com as referidas quedas nas taxas de mortalidade e fecundidade, a sociedade brasileira também passou por grandes mudanças no que se refere à

expectativa de vida ao nascer, o que proporcionou aumento da longevidade. Na Década de 70, a expectativa de vida da população estava em torno de 52,6 anos; atualmente, tal expectativa encontra-se em 74,6 anos para ambos os gêneros, ressaltando aumento significativo dos anos de vida da população brasileira (IBGE, 2013a p. 6, SILVA, 2005 p. 3). Atualmente, tem-se grande possibilidade de celebrar oitenta anos e, o centenário passa a ser considerado uma idade atingível. Nessa perspectiva a longevidade, alcançada por meio das conquistas referentes ao desenvolvimento socioeconômico e científico da humanidade, traz em si um novo desafio - conseguir que os anos vividos a mais sejam plenos de significado, com vida digna, respeitosa e autônoma (PASCHOAL, 2004 p. 12).

Diante da longevidade da população e do expressivo aumento no número de indivíduos idosos, a inquietação com a capacidade funcional surge como nova evidência em relação à avaliação de saúde da pessoa idosa; visto que o diagnóstico baseado somente na avaliação clínica é inadequado para aferir as reais condições de saúde desse segmento etário. No cenário de urgente reorganização da assistência à saúde do idoso, a avaliação da capacidade funcional passa ser alternativa essencial na escolha de intervenções e monitorização do estado clínico e funcional da pessoa idosa (MARCHON; CORDEIRO; NAKANO, 2010 p. 2, RICCI; KUBOTA; CORDEIRO, 2005 p. 656). Deste modo, avaliar a capacidade funcional da pessoa idosa é identificar habilidades de executar atividades cotidianas que envolvam funções físicas, mentais e psicossociais. Por meio dessa avaliação pode-se classificar as pessoas idosas em independentes ou dependentes e, o grau de dependência é fator determinante do tipo de cuidado necessário para o indivíduo (DUARTE, 2003 p. 187). Sendo assim, a capacidade funcional emerge com novo paradigma na saúde da pessoa idosa, proporcionando vida independente e autônoma, capaz de manter a capacidade no cumprimento das atividades básicas, instrumentais e avançadas da vida diária, tais como: higiene pessoal, banho, vestimenta, preparo das refeições, alimentação, continência nas eliminações, arrumação da casa, fazer as compras, uso do telefone e do transporte coletivo, fazer caminhadas, controle das finanças, entre outras (GUIMARÃES et al. 2004 p. 131).

O envelhecimento populacional traz consigo aumento expressivo nos gastos sociais (STRIJK et al. 2009 p. 2) devido a procura maior por serviços de saúde, às internações hospitalares mais frequentes, com tempo de ocupação de

leitos maior quando comparados às outras faixas etárias (VERAS, 2009 p. 549). Associado a isso, as desvantagens da aposentadoria, a perda do papel social reconhecido e valorizado e, a saída precoce da vida laboral podem provocar graves consequências; tanto na dimensão individual como social do indivíduo idoso. Por isso aposentadoria precoce, desemprego e incapacidade física têm sido relacionados às piores condições de saúde, a maior prevalência de hábitos nocivos e de sintomas psiquiátricos, além das maiores taxas de mortalidade (ILMARINEN; RANTANEN, 1999 p. 21, MENDES et al. 2005 p. 424,).

O impacto do envelhecimento na funcionalidade do indivíduo idoso é dependente de alguns fatores, como genética, estilo de vida e presença de patologias crônicas. O declínio na capacidade funcional pode ocorrer após os 45 anos, com aumento de 12% a cada ano e, acentuar-se posteriormente aos 50 anos (HÉBERT, 1997 p. 1044). Tal declínio pode afetar a capacidade para o trabalho, bem como a produtividade do trabalhador. Geralmente esse impacto apresenta frequência maior em profissões que têm mais demanda física, quando comparadas com ocupações que requerem maior atividade mental (ILMARINEN, 2001 p. 547, PADULA, et al. 2013 p. 383, TUOMI, et al. 1997 p. 9).

O envelhecimento da força de trabalho é considerado realidade na sociedade contemporânea. No Brasil, no ano de 2012, apenas 27% das pessoas com mais de 60 anos de idade encontravam-se inseridas no mercado de trabalho (IBGE, 2013b p. 42).

Questões sobre capacidade para o trabalho vêm sendo tratadas, mundialmente, desde o início dos anos 90. E, no Brasil, há 15 anos iniciaram-se estudos sobre envelhecimento funcional e capacidade para o trabalho, posteriormente à tradução e adaptação cultural do questionário Índice de Capacidade para o Trabalho (ICT), este originário da Finlândia. Nesse sentido, capacidade para o trabalho pode ser representada como processo dinâmico e multidimensional, resultante da combinação do recurso humano com relação às demandas físicas, mentais e sociais do trabalho, da cultura organizacional e, do ambiente de trabalho (ILMARINEN, 2001 p. 547, MARTINEZ; LATORRE, 2006 p. 852). Ademais, tal capacidade é concebida como base para o bem estar do trabalhador e engloba, de forma concreta, o contexto e a temporalidade da atividade laboral, cultivando como idéia central a preservação desta capacidade, bem como a

prevenção de incapacidades. Assim, avaliação da capacidade para o trabalho propicia alicerce sólido à tomada de decisão e implementação de intervenções no ambiente laboral (SAMPAIO; AUGUSTO, 2012 p. 95; VASCONCELOS et al., 2011 p. 689).

Logo, a manutenção da capacidade de trabalho tem consequências positivas na determinação da saúde, no bem-estar e na empregabilidade; gerando benefícios tanto para a Organização como para a sociedade.

No Brasil, o tema capacidade para o trabalho necessita, ainda, de maior implementação de pesquisas e, disseminação de resultados aos diversos atores sociais – gestores e profissionais de saúde, envolvidos com a problemática; para que o efeito prático das intervenções seja experimentado na realidade individual da pessoa idosa e, na realidade social do País (MARTINEZ; LATORRE; FISCHER, 2010 p. 1559; VERAS, 2009 p. 550).

Objetivos

2 OBJETIVOS

Neste capítulo apresenta-se o objetivo geral e os específicos deste estudo.

2.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar a capacidade da pessoa idosa para o trabalho residente em cidades do Sul de Minas Gerais.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Comparar características demográficas da pessoa idosa com sua capacidade para o trabalho;

Comparar características socioeconômicas da pessoa idosa com sua capacidade para o trabalho;

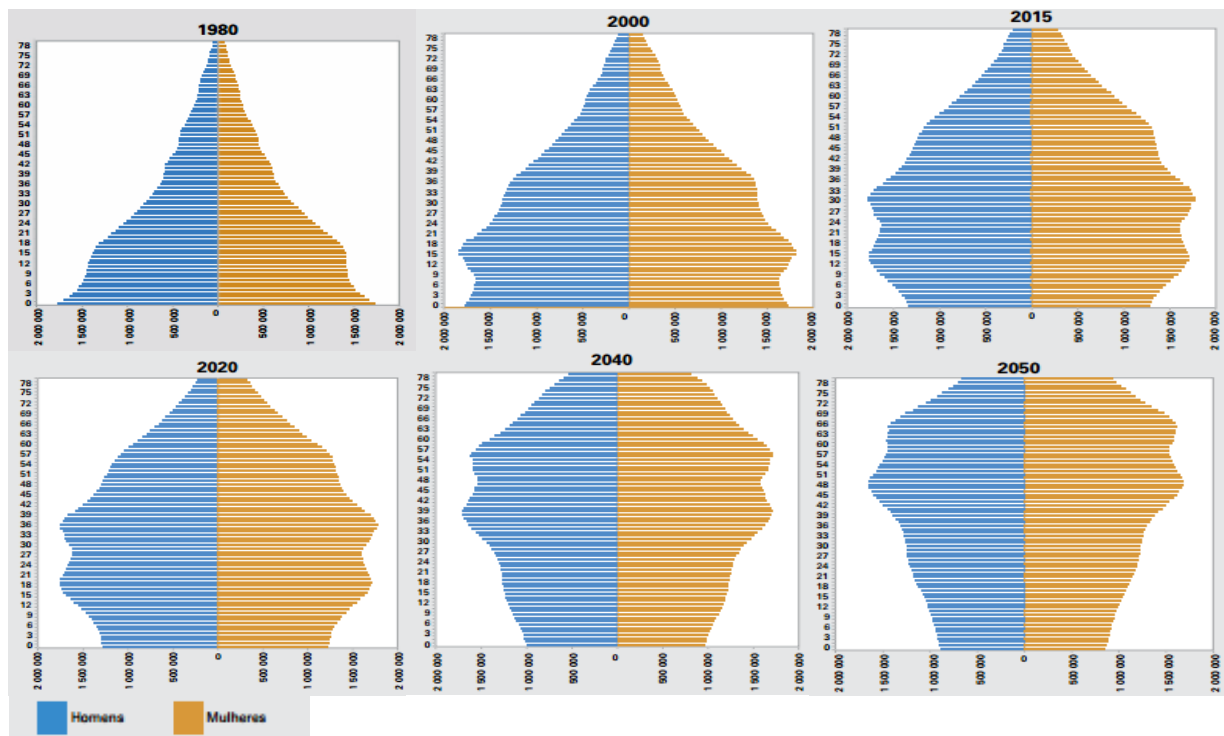
Comparar condições de saúde da pessoa idosa com sua capacidade para o trabalho.

Relevância

3 RELEVÂNCIA

Até meados dos anos 40, o Brasil apresentava padrão demográfico relativamente estável, diferenciado por uma população jovem e com rápido crescimento; sustentado por taxas de fecundidade e mortalidade em patamares regularmente elevados, com pequenas oscilações. O comportamento reprodutivo da família brasileira durante esse período se caracterizava pela concepção de família numerosa, típica de sociedades agrárias e precariamente urbanizadas e industrializadas (CARVALHO; WONG, 2008 p. 598, IBGE, 2009 p. 24). A partir do final da década de 60, a redução da fecundidade generalizou-se rapidamente e desencadeou o processo de transição da estrutura etária, gerando novo padrão de estrutura populacional, com perfil envelhecido e ritmo de crescimento baixo ou negativo. O formato piramidal da estrutura etária começou a modificar, anunciando rápido processo de envelhecimento com distribuição praticamente retangular, no futuro próximo (CARVALHO; GARCIA, 2003 p. 726), como ilustrado na figura 01.

Figura 01 - Projeção da estrutura etária brasileira, segundo o ano.



Fonte: IBGE, 2008 p. 59.

Com o, também, envelhecimento da população trabalhadora, questões referentes à saúde do trabalhador, capacidade para o trabalho e idade de aposentadoria configuram-se como objetos de estudo no contexto de globalização e de reestruturação produtiva. Considerando a precoce inserção no mercado de trabalho e inadequadas condições de vida, trabalho e saúde da população brasileira, o processo de transição demográfica condicionou, igualmente, o envelhecimento da força de trabalho; refletindo assim, na população economicamente ativa. Relativa diminuição na força de trabalho tem sido enfrentada com intervenções destinadas à promoção da saúde, no sentido de encontrar meios de prolongar a participação ativa e saudável dos trabalhadores idosos (ANDRADE; MONTEIRO, 2007 p. 538, MARTINEZ; LATORRE; FISCHER, 2010 p. 1554).

Historicamente, o tema “promoção da saúde” era identificado como nível de Atenção da Medicina Preventiva, quando epidemiologistas buscavam formas de prevenir causas de doenças incapacitantes. Em meados da Década de 70, o Governo Canadense publicou o Relatório Lalonde, considerado a primeira Declaração Teórica Geral da Saúde Pública (BUSS, 2003 p.16, DERNTL; WATANABE, 2004 p. 37). O Relatório concluiu que todos os esforços da sociedade canadense para melhoria da saúde concentravam-se na organização da assistência médica e identificaram que as principais causas de morbimortalidade estavam relacionadas a outros três componentes do conceito de campo de saúde, ou seja, a biologia humana, o meio ambiente e o estilo de vida. Deste modo, a estratégia da “promoção da saúde” foi então estabelecida para informar, influenciar e assistir indivíduos e organizações para que assumam maiores responsabilidades e sejam mais ativos em matéria de saúde. O Informe Lalonde ofereceu uma nova abordagem para a análise da política de saúde, podendo ser considerado um dos documentos que influenciou fortemente o movimento da “promoção da saúde” (BUSS, 2003 p. 23, CARVALHO, 2004 p. 670).

Já, em Alma-Ata, na Década de 80, durante a I Conferencia Internacional sobre Promoção da Saúde emerge um novo conceito de “promoção da saúde”, passando a ser considerado um processo de capacitação da população para agir, de forma mais participativa, na melhoria de sua saúde e qualidade de vida. Nesse sentido, a saúde é vista como algo positivo e inter-relacionado com recursos pessoais, capacidade física e ambiente social, indo além de um estilo de vida

saudável. Assim, a “promoção da saúde” trabalha com o princípio da autonomia dos indivíduos e reforça que ações de planejamento e mobilização social são ferramentas necessárias para solução de problemas de saúde de uma comunidade (BRASIL, 2002 p. 11).

Na contemporaneidade, a “promoção da saúde” evidencia o papel de protagonista do sujeito nos Determinantes Sociais de Saúde e entende saúde como resultado da relação entre qualidade de vida, alimentação e nutrição, habitação e saneamento, boas condições de trabalho, oportunidades de educação ao longo de toda a vida, ambiente físico limpo, apoio social para famílias e indivíduos bem como estilo de vida responsável e conjunto adequado de cuidados de saúde. As atividades para promover saúde estariam, então, voltadas ao coletivo de indivíduos e ao ambiente físico, social, político, econômico e cultural, por meio de políticas públicas e de condições favoráveis à saúde e ao empoderamento dos indivíduos e das comunidades (BUSS, 2000 p. 167).

No contexto da “promoção da saúde” e das profundas transformações no âmbito político social, geradas pela mudança no perfil etário da nossa população, originam-se muitos desafios para a sociedade. Portanto, faz-se necessário repensar questões relacionadas à pessoa idosa, na perspectiva da revisão de seu papel social, a fim de contribuir para diminuição de preconceitos e marginalização, resgatando sua dignidade; além disso, propiciar melhor qualidade de vida e transformar suas reivindicações em conquistas que possam preparar o caminho para um futuro melhor em todas as idades (ALBUQUERQUE, 2005 p. 6).

A promoção da capacidade para o trabalho da pessoa idosa está relacionada diretamente com o processo de adaptação do trabalho às capacidades, às competências e ao estado de saúde dos trabalhadores idosos. Tal processo, permanente e dinâmico, está fundamentado na cooperação entre empresa e trabalhador e na avaliação dos riscos ocupacionais. Esse processo adaptativo não deve ser encarado como encargo adicional, uma vez que a idade é apenas um aspecto da diversidade da mão de obra. A cooperação entre empresa e trabalhador idoso pode reforçar suas capacidades laborais mantendo-o produtivo, além de favorecer visão positiva sobre a vida e suas competências como trabalhador. Quando tais ações de cooperação e adaptação não são efetivas; o trabalhador perde seu espaço no ambiente de trabalho, o que contribui para aumento de

patologias e estresse, redução do poder aquisitivo, configurado pela falta de oportunidades de progressão na carreira e de formação, bem como dificuldades na adaptação às novas tecnologias e reingresso ao mercado de trabalho (ILMARINEN, 2012 p. 6, OSHA, 2014 p. 2).

Assim, o envelhecer deve ser com saúde, de forma ativa, o que exige “promoção da saúde” em todas as idades. A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, em suas diretrizes, vem ao encontro dos princípios da “promoção da saúde”; com o propósito de favorecer a permanência do indivíduo idoso na comunidade, junto à família, de forma independente e confortável (DERNT; WATANABE, 2003 p. 39). Portanto, promover o envelhecimento ativo, isto é, envelhecer mantendo a capacidade funcional e autonomia é meta de toda ação de saúde, com reconhecimento dos direitos da pessoa idosa, esses amparados nos princípios de independência, participação, dignidade, assistência e autorealização (BRASIL, 2006 p. 5).

Diante do crescimento da população idosa, da valorização da representação social da velhice, das dificuldades e desafios encontrados pela sociedade brasileira contemporânea é crescente o interesse pela Gerontologia como área de estudo (FREITAS et al., 2002 p. 222). Porquanto, o Brasil está à frente de uma janela de oportunidades; para a qual a sociedade deve se preparar, mediante reformas institucionais na área de seguridade social e saúde para, logo, conviver com altas e sustentadas taxas de indivíduos idosos (WONG; CARVALHO, 2006 p. 9).

A capacidade
de trabalho da pessoa idosa

4 A CAPACIDADE DE TRABALHO DA PESSOA IDOSA

Com o intuito de buscar uma compreensão abrangente e ao mesmo tempo apropriar-se do objeto deste estudo, foi pesquisada a capacidade para o trabalho da pessoa idosa na literatura empírica e teórica.

A pesquisa bibliográfica foi realizada por meio de uma Revisão Integrativa da Literatura, sendo essa a mais ampla abordagem metodológica referente às revisões; provendo uma concepção mais abrangente de determinado fenômeno ou problema de saúde do qual se deseja pesquisar. Além disso, compreende análise de pesquisas relevantes que servirão de suporte à tomada de decisão e melhoria da prática clínica (JENSEN; LOPES, 2011 p. 3, MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008 p. 759, SOUZA; SILVA; CARVALHO, 2010 p. 102, WHITTEMORE; KNAFL, 2005 p. 546).

Para tanto, foram empregadas cinco etapas metodológicas (WHITTEMORE; KNAFL, 2005 p. 548) na estruturação deste estudo, quais são:

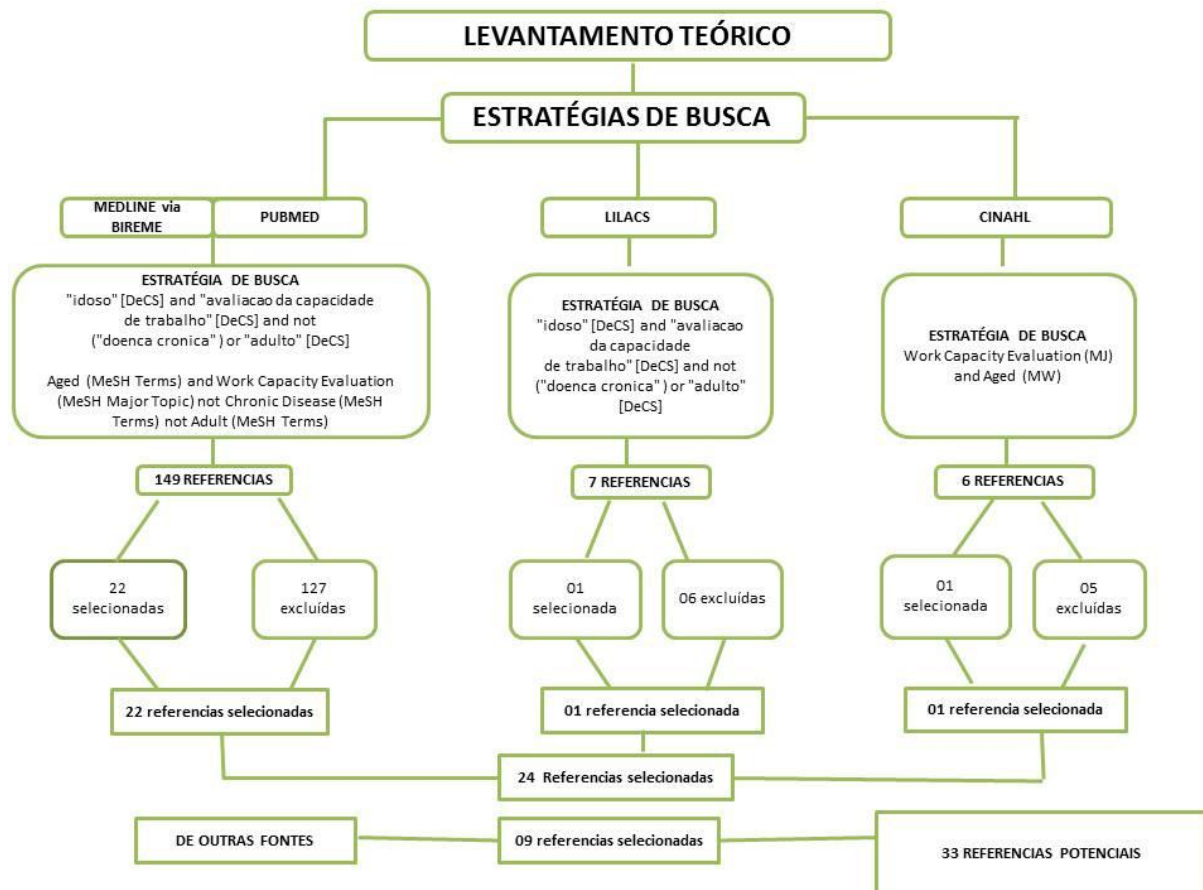
- a) Identificação do problema;
- b) Busca na literatura;
- c) Avaliação dos dados;
- d) Análise dos dados;
- e) Apresentação dos resultados.

O levantamento bibliográfico foi realizado entre os meses de setembro a dezembro de 2013, em quatro Bases de Dados, quais são: MEDLINE via BIREME e PUBMED, LILACS e CINAHAL, empregando a combinação de descritores “avaliação da capacidade para o trabalho” AND “idoso” AND NOT “doença crônica” OR “adulto” e seus equivalentes em inglês, de acordo com os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), bem como do Medical Subject Headings (MeSH). Para tal, não foi definido limite de tempo, compreendendo assim, todos os artigos publicados até o momento da busca. Ao final, foram levantados 165 artigos.

Após busca do material bibliográfico, procedemos a leitura dos títulos e resumos das referências a fim de identificar àquelas pertinentes a este estudo. Sendo excluídas as que não se tratavam da temática estudada ou publicadas em

outro idioma diferente do português, inglês e espanhol; aquelas que não eram artigos científicos ou se encontravam duplicadas nas Bases de Dados. As estratégias de busca, as Bases pesquisadas e o processo de seleção bibliográfica estão sintetizados na figura 02.

Figura 02 - Diagrama ilustrativo da exploração teórica nas Bases de Dados. Alfenas, 2014.



Fonte: Do autor.

Do material selecionado, procedeu-se a leitura cuidadosa das 33 referências potenciais para este estudo, sendo extraídas as informações relevantes ao objeto do mesmo. A fim de organizar e tabular os dados, foi confeccionada planilha no Excel[®] contendo objetivos, metodologia adotada, população do estudo, instrumentos empregados, variáveis, principais resultados, periódico no qual o estudo foi publicado, bem como, o fator de impacto da publicação. As principais características das publicações selecionadas encontram-se dispostas no Quadro 01.

Quadro 01 – Caracterização dos estudos quanto autor, país de origem, fator de impacto, tipo de estudo e objetivos, Alfenas, 2014.

Continua				
Autor/ Ano	País de Origem	Fator de Impacto	Tipo de Estudo	Objetivos do Estudo
ILMARINEN et al., 1991	Finlândia	3.775	Teórico	Refletir sobre a promoção da capacidade do trabalhador idoso.
TUOMI et al., 1997	Finlândia	3.775	Empírico	Identificar mudanças no trabalho, no estilo de vida e de saúde, na capacidade funcional e sintomas de estresse de funcionários municipais finlandeses.
SEITSAMO; ILMARINEN, 1997	Finlândia	3.775	Empírico	Determinar as associações entre estilo de vida e capacidade para o trabalho, bem como o papel do envelhecimento nas mudanças que ocorrem no estilo de vida e capacidade para o trabalho.
TUOMI et al., 1997	Finlândia	3.775	Empírico	Buscar meios de prevenir doenças e invalidez entre trabalhadores municipais que se aproximam da idade de aposentadoria
SEITSAMO; KLOCKARS, 1997	Finlândia	3.775	Empírico	Explorar as mudanças na saúde de trabalhadores idosos.
TUOMI et al., 1997	Finlândia	3.775	Empírico	Explicar mudanças na capacidade para o trabalho.
ILMARINEN et al., 1997	Finlândia	3.775	Empírico	Identificar e caracterizar mudanças na capacidade de trabalho entre funcionários.
PUDARIC et al., 1998	Suécia	3.192	Empírico	Analisar a influência de variáveis sobre a mobilidade e a capacidade de trabalho prejudicada.
ROBERTSON; TRACY, 1998	Canadá	3.775	Teórico	Sintetizar uma revisão crítica da literatura sobre idade, saúde e trabalho.
BELLUSCI; FISCHER, 1999	Brasil	1.328	Empírico	Avaliar o envelhecimento funcional associado às condições de trabalho.
SHEPHARD, 1999	Canadá	1.113	Teórico	Discutir sobre as perdas que o envelhecimento causa no organismo e sua influencia no trabalho.
ILMARINEN; RANTANEN, 1999	Finlândia	1.973	Teórico	Refletir sobre a promoção da capacidade de trabalho da pessoa idosa nas empresas.
SEITSAMO; MARTIKAINEN, 1999	Finlândia	1.113	Empírico	Avaliar a diferença entre capacidade física e mental para o trabalho.
CHAN et al., 2000	Singapura	1.451	Teórico	Analisar a capacidade para o trabalho na pessoa idosa nas dimensões física, mental e social.
KUMASHIRO, 2000	Japão	1.674	Teórico	Refletir sobre a gestão do ambiente de trabalho nas empresas em resposta ao envelhecimento.
TAYLOR, 2000	Reino Unido	0.61	Teórico	Refletir sobre as políticas e as perspectivas de emprego de trabalhadores idosos.
GIATTI; BARRETO, 2003	Brasil	0.89	Empírico	Determinar características de saúde dos idosos segundo sua inserção no mercado de trabalho.
SALONEN et al., 2003	Finlândia	1.451	Empírico	Identificar condições associadas com saída precoce do trabalho.

				Conclusão
Autor/ Ano	País de Origem	Fator de Impacto	Tipo de Estudo	Objetivos do Estudo
MILIDONIS; GREENE, 2005	USA	0.513	Empírico	Investigar fatores associados à incapacidade para o trabalho em pessoas com autorelato de artrite.
MONTEIRO et al., 2005	Brasil	0.2821	Empírico	Descrever e discutir aspectos relativos à capacidade para o trabalho de trabalhadores por grupos de idade.
RAFFONE; HENNINGTON, 2005	Brasil	1.328	Empírico	Avaliar a capacidade funcional dos trabalhadores de enfermagem de um complexo hospitalar.
LIN et al., 2006	China	1.451	Empírico	Avaliar a capacidade de trabalho entre os trabalhadores na China Ocidental.
MONTEIRO et al., 2006	Brasil	0.494	Empírico	Associar dados demográficos, condições de trabalho, estilo de vida, trabalhos domésticos com a capacidade de trabalho de trabalhadores de uma instituição pública no Brasil.
PÉREZ et al., 2006	Brasil	0.4167	Empírico	Analisar os determinantes das condições de atividade física e das horas trabalhadas dos indivíduos de 60 anos e mais.
KENNY et al., 2008	Canadá	1.973	Teórico	Examinar adaptações fisiológicas e o impacto do envelhecimento sobre a aptidão física e o desempenho na capacidade funcional para o trabalho em pessoas idosas.
FELDT et al., 2009	Finlândia	3.775	Empírico	Investigar a trajetória da capacidade para o trabalho de gerentes de desenvolvimento.
STRIJK et al., 2009	Holanda	2.08	Empírico	Desenvolver e avaliar um programa de intervenção no estilo de vida de pessoas idosas.
MARTINEZ et al., 2010	Brasil	0.4305	Teórico	Apresentar uma revisão de literatura sobre a capacidade para o trabalho e envelhecimento funcional.
MONTEIRO et al., 2011	Brasil	0.387	Empírico	Analisar a capacidade para o trabalho de auxiliares de enfermagem de uma Instituição Pública de Saúde.
VAN DEN BERG et al., 2011	Holanda	2.097	Empírico	Verificar influência das características relacionadas ao trabalho na permanência de trabalhadores ativos.
MAZLOUMI et al., 2012	Irã	1.55	Empírico	Determinar o ICT de trabalhadores de uma indústria petroquímica iraniana.
WULTSCH et al., 2012	Austria	3.775	Empírico	Investigar o valor do gasto energético durante os turnos de trabalho.
EI FASSI et al., 2013	Luxemburgo	2.08	Empírico	Comparar a capacidade para o trabalho baseado no uso do Índice de Capacidade para o Trabalho – ICT com fatores sociodemográficos e de trabalho.

Fonte: Do autor.

Neste estudo, as pesquisas referentes à capacidade de trabalho da pessoa idosa estão concentradas no Canadá, Holanda, Brasil e Finlândia, sendo este último o precursor de pesquisas relacionados à temática.

Por fim, os artigos foram comparados e agrupados por afinidade de conteúdo sob a forma de categorias empíricas, na qual foram construídas duas categorias de análise: Limitando a capacidade para o trabalho e Promovendo a capacidade par

a o trabalho. Nessa perspectiva, primeiramente são apresentadas as condições que podem influenciar na limitação ou perda da capacidade de trabalho na pessoa idosa. E, em seguida são evidenciadas características preditoras da promoção da capacidade para o trabalho na pessoa idosa.

4.1 LIMITANDO A CAPACIDADE PARA O TRABALHO

Queda nas taxas de natalidade e evidente envelhecimento da população irão propiciar escassez na oferta de trabalho, provocando grande impacto no mercado financeiro, além de acarretar riscos de declínio econômico para algumas nações (KUMASHIRO, 2000 p. 1008). Nesse contexto, identificar causas que favoreçam a limitação e perda da capacidade para o trabalho devem ser encorajadas, uma vez que somente nos últimos 20 anos, o envelhecimento da força de trabalho tornou-se uma prioridade política de domínio público e corporativo (ROBERTSON; TRACY, 1998 p. 85). Sendo assim, assinala-se condições que estão associados a perda e limitação da capacidade para o trabalho.

4.1.1 Presença de doença crônica e hábitos nocivos

A condição de portador de doença crônica está associada à perda da capacidade para o trabalho e saída precoce da vida ativa, além de aumentar o gasto público do serviço de saúde e de empresas (SALONEM et al. 2003 p. 67). Nessa perspectiva, o uso de álcool e tabaco influem de forma negativa no padrão de saúde da população. Uma vez que, ao assumir tais hábitos, os indivíduos passam a apresentar risco elevado para mortalidade por diversas causas, dentre elas; doença cardiovascular, diabetes, doença hepática, doença pulmonar obstrutiva crônica e câncer de boca, pulmão, esôfago, entre outros (STRIJK et al. 2009 p. 7). Ademais, artrite e dores nas articulações são responsáveis pelo afastamento do trabalho por longos períodos (MILIDONIS, GREENE, 2005 p. 71).

4.1.2 Sedentarismo e obesidade

A ausência de atividades físicas, baixa capacidade musculoesquelética, ingestão inadequada de alimentos tem demonstrado valor preditivo na perda da capacidade para o trabalho, além de aumentar o risco de aposentadoria precoce (EL FASSI et al. 2013 p. 2). Com a automação nas indústrias existe tendência que desencoraja a realização de atividades físicas, aumentando naturalmente, o risco de doenças crônicas (KENNY, 2008 p. 611).

4.1.3 Pesada carga de trabalho físico

Declínio na capacidade para o trabalho está comumente associado à atividades laborais fisicamente exigentes, em ambos os gêneros, quando comparado com trabalhos que exigem maior esforço mental. Essa perda pode ser resultante de reduções nas funções cardiovascular, respiratória, metabólica e muscular inerentes ao envelhecimento. Além disso, exposições prolongadas ao trabalho físico podem conduzir à fadiga e problemas de saúde e; movimentos repetidos dos membros superiores associados com trabalho ao computador podem levar a patologias crônicas na região cervical, braço e ombros ao longo do tempo (TUOMI et al. 1997 p. 68). Apesar desses achados, estudo realizado com trabalhadores de um campus universitário público no Brasil, na faixa etária de 41 a 60 anos, contesta essa relação entre carga de trabalho físico com diminuição da capacidade de trabalho, associando esta redução à intimidação e falta de aceitação, por conta de trabalhador, de sua real capacidade de trabalho (MOURA et al. 2013 p. 135).

4.1.4 Discriminação do trabalhador idoso

Grande parte na limitação da capacidade para o trabalho e na inatividade econômica da pessoa idosa é decorrente da discriminação que essa enfrenta no mercado de trabalho. A extensão real dessa discriminação por idade é difícil de ser avaliada; porém consequências dessas barreiras são apontadas no recrutamento, treinamento e desenvolvimento dos trabalhadores idosos. Em especial, esses são alvos certos quando demissões de funcionários são indispensáveis (TAYLOR, 2000, p. 266).

Em síntese, a figura 03 delinea as condições associadas à limitação e perda da capacidade para o trabalho na pessoa idosa.

Figura 03: Condições associadas à limitação e perda da capacidade para o trabalho. Alfenas, 2014.



Fonte: Do autor.

4.2 PROMOVENDO A CAPACIDADE PARA O TRABALHO

Na sociedade moderna, trabalhadores idosos podem ser considerados importantes membros da força de trabalho e, garantir a estabilidade na vida

profissional torna-se um precioso requisito para que esses trabalhadores permaneçam ativos. Assim sendo, existe a necessidade de assegurar investimentos no envelhecimento ativo por meio de ações que promovam a capacidade para o trabalho. Tais ações podem auxiliar trabalhadores idosos a evitar doenças, garantindo melhor habilidade cognitiva e física, além de provocar atitudes positivas frente ao processo de envelhecimento e qualidade de vida (ILMARINEN, 2012 p. 8).

Aumento no número de trabalhadores idosos tem sido encarado como novo desafio para empresas e sociedade, uma vez que ao prolongar a empregabilidade saudável, é garantido à pessoa idosa direito à manutenção ou mesmo reinserção no mercado de trabalho (GIATTI; BARRETO, 2003 p. 770). Dessa forma, planejar intervenções que visem à promoção da saúde pode incrementar a participação efetiva no serviço de trabalhadores idosos, além de favorecer o envelhecimento ativo e produtivo (STRIJK et al. 2009 p. 12).

Por sua vez, o conceito de promoção no trabalho é fundado em quatro diferentes pilares ou neste estudo categorias de análise, a saber; (1) ajustes no ambiente de trabalho físico e (2) psicossocial, (3) promoção da saúde e estilo de vida e (4) atualização das competências profissionais. Em regra, ações de melhorias na promoção do trabalho são proveitosas para todas as idades; entretanto trabalhadores idosos são mais beneficiados com tais ajustes, devido aos resultados positivos em sua capacidade de trabalho (ILMARINEN; RANTANEN, 1999 p. 22).

4.2.1 Promovendo saúde e vitalidade no ambiente de trabalho

Saúde e vitalidade são apontadas como principais determinantes para permanência no trabalho, bem como para retorno ao trabalho após aposentadoria em países desenvolvidos (FLIPPEN; TIENDA, 2000 p. 27). Nesse sentido, atividade física traz consigo benefícios para a saúde física e mental, uma vez que diminui o risco de doenças crônicas e sintomas de depressão. Além dos benefícios metabólicos, o treinamento físico regular pode atenuar ou retardar perdas provenientes do avanço da idade, evitando declínios na capacidade funcional; oferecendo efeito protetor sobre dor lombar e outras patologias, bem como

influenciar, de forma positiva, na produtividade e na taxa de absenteísmo. Ademais, uma dieta saudável com consumo de frutas e vegetais, também favorece a saúde e a vitalidade devido à associação com risco menor de hipertensão. Outros fatores relacionados à saúde do trabalhador são os exercícios de relaxamento como yoga, *tai chi* e meditação; os quais apresentam efeitos favoráveis sobre o bem estar, percepção do estresse, ansiedade, fadiga e qualidade de vida (STRIJK et al. 2009 p. 5, KENNY, 2008 p. 612).

A estabilidade de pessoas idosas no mercado de trabalho está relacionada com menor número de doenças crônicas e fortemente determinada pela capacidade física. Entretanto, alguns indivíduos podem trabalhar mais tempo que outros, sendo essa diferença relacionada a fatores genéticos, estilo de vida e ambiente social e laboral (KENNY, 2008 p. 612). A postura das empresas frente ao envelhecimento da população trabalhadora deve consistir de políticas que enfatizem diferenças individuais, pois a idade cronológica e a funcional não são iguais para todos os trabalhadores. Dessa forma, o trabalho deve ser projetado levando em consideração a idade funcional do trabalhador, sem impor encargos excessivos e de acordo com a capacidade de trabalho do indivíduo (KUMASHIRO, 2000 p. 1013). Baseado no fato da grande variação existente entre os indivíduos, atualmente é aconselhado que o critério, para determinar se a pessoa é capaz de realizar um trabalho específico, está relacionado à sua capacidade física ao invés da idade. Quando tal capacidade estiver insuficiente, as empresas devem oferecer treinamento físico regular a fim de manter a função motora, cardiorespiratória e osteomuscular dos trabalhadores (KENNY, 2008 p. 612). Logo, ao prevenir doenças e promover a capacidade para o trabalho contribui-se, sem dúvidas, para a inibição da saída precoce do trabalhador idoso da vida ativa (CHAN; TAN; KOH, 2000 p. 483, SALONEM, 2003 p. 67).

4.2.2 Promovendo a aprendizagem e desenvolvendo novas habilidades

Da mesma forma, escolaridade está associada à conservação no mercado de trabalho em idades avançadas, além de proporcionar melhores

condições de saúde quando comparado com pessoas idosas que não tiveram acesso a educação (GIATTI; BARRETO, 2003 p. 766, PÉREZ; WAJNMAN; OLIVEIRA, 2006 p. 278). Estudo realizado na Suécia no ano de 1998, evidenciou que trabalhadores na faixa etária de 55 a 74 anos, que apresentavam baixo nível de escolaridade exibiam maiores prejuízos na capacidade para o trabalho e na mobilidade em relação àqueles com escolaridade intermediária (PUDARIC; SUNDQUIST; JOHANSSON, 1998 p. 39).

No cenário contemporâneo, faz-se necessário a atualização constante dos conhecimentos e habilidades; tendo em vista o incremento impetuoso das tecnologias no mundo do trabalho, o que pode gerar medo e insegurança nas pessoas idosas. As diferenças no nível educacional, igualmente podem dificultar a continuidade no trabalho; já que a força jovem de trabalho apresenta ensino superior como educação básica a despeito do ensino primário entre os trabalhadores idosos. Tal questão pode ser encarada de forma positiva, pois com o avançar da idade a pessoa torna-se mais responsável e experiente do que o mais jovem. Sendo assim, deve-se promover a aprendizagem e desenvolvimento de novos conhecimentos e habilidades, com cursos de formação voltados para a necessidade do trabalhador idoso, a fim de reduzir a ansiedade e o medo de encarar o novo trabalho (ILMARINEN; RANTANEN, 1999 p. 21).

4.2.3 Ajustando o ambiente físico e psicossocial

Ao promover a capacidade para o trabalho, empresas poderiam adotar o princípio básico - *empresa com trabalhador saudável é, literalmente, uma empresa saudável*.¹ Dessa maneira, o gerenciamento dos recursos humanos seria voltado a uma abordagem saudável e integral dos trabalhadores; com ajustes no ambiente de trabalho físico e psicossocial, além do oferecimento de segurança e conforto ao trabalhador. Por meio dessas adaptações, seria possível reduzir taxas de absenteísmo, aperfeiçoar a gestão, aumentar a produtividade, garantir mão de obra competente, enfim propiciar uma imagem de empresa amiga do trabalhador e em

¹ Grifo nosso

particular daquele que é idoso, favorecendo o bem-estar e qualidade de vida de todos (ILMARINEN; RANTANEN, 1999, p. 23; KUMASHIRO, 2000 p. 1010). Dentre tais ajustes; melhoria nas condições de trabalho como redução na carga física de trabalho, períodos de descanso, espaços de lazer e treinamento no serviço, diminuição de movimentos repetitivos e redução de possíveis lesões no trabalho, valorização da individualidade dos profissional idoso, atitude positiva frente ao envelhecimento, gestão da idade e satisfação com supervisores são vistos como fatores responsáveis na execução de políticas públicas que enfatizem a necessidade emergente de valorização do indivíduo idoso no ambiente laboral (ILMARINEN, 2001 p. 550 , ILMARINEN; RANTANEN, 1999 p. 22, KENNY, 2008 p. 611, SEITSAMO; MARTIKAINEN, 2010 p. 351).

Nessa perspectiva, as intervenções que promovem e mantem a capacidade para o trabalho estão interrelacionadas, como mostra a figura 04.

Figura 04 - Promovendo a capacidade para o trabalho e sua rede de relações. Alfnas, 2014.



Fonte: Do autor.

Em síntese, promoção da capacidade para o trabalho está relacionada diretamente com o processo de adaptação da Organização às capacidades, competências e estado de saúde do trabalhador idoso; abalizada pela avaliação de riscos ocupacionais e pela cooperação entre empresa e trabalhador, constituindo-se portanto em um processo de ajustamento permanente e dinâmico. Tal processo não

deveria ser encarado com um encargo adicional, uma vez que a idade é apenas um aspecto da diversidade da mão de obra. A cooperação entre empresa e trabalhador pode criar melhor equilíbrio no local de trabalho e reforçar a capacidade dos trabalhadores idosos às atividades laborais. Quando ações de cooperação e adaptação não são efetivas, configuradas pela falta de oportunidades de progressão na carreira e de formação, bem como dificuldades na adaptação às novas tecnologias; o trabalhador tem grande chances de perder seu espaço no trabalho, o que poderá contribuir para o aumento de estresse e consequentes patologias (ILMARINEN, 2012 p. 6, OSHA, 2014 p. 2).

Na exploração teórica do tema capacidade para o trabalho da pessoa idosa destacam-se os estudos que enfatizam a promoção dessa capacidade, assim como estratégias de adaptação e associações entre fatores demográficos, físicos e psicossociais em detrimento dos estudos que demarcam a limitação dessa capacidade. Assim sendo, há um distanciamento entre o que está descrito na literatura e a prática em si, uma vez que muitas empresas costumam afastar trabalhadores em processo de envelhecimento, dos treinamentos por motivos financeiros, relacionados ao fator investimento/ retorno do treinamento, dificuldades de aprendizagem, além de serem ainda incipientes os programas de preparação para o envelhecimento nas Organizações (NERI, 2009 p. 55).

As ações de promoção da capacidade de trabalho na pessoa idosa elencadas neste estudo propiciam uma base de conhecimento para fundamentar discussões sobre a temática e podem ser empregadas como recurso para aperfeiçoar a gestão, a oferta e a efetividade das Organizações e também nos serviços de saúde.

A TEORIA DA IDENTIDADE SOCIAL

5 A TEORIA DA IDENTIDADE SOCIAL

Considerando o objeto de estudo desta pesquisa – capacidade para o trabalho e o objetivo de avaliar a capacidade da pessoa idosa para o trabalho, na tentativa de apreender o reconhecimento social dessa pessoa no mercado de trabalho; a Teoria da Identidade Social foi proposta como Referencial Teórico. Inicialmente, para contextualização, apresenta-se breve retrospectiva histórica da TIS, além das peculiaridades da identidade social; em seguida a Teoria é exposta em sua totalidade e, por fim, descreve-se a Teoria no contexto das Organizações.

5.1 ASPECTOS HISTÓRICOS

No período pós Segunda Guerra Mundial, psicólogos sociais avistaram uma oportunidade para compreender as relações entre participantes de grupos sociais. Já, ao final dos anos 60 e início dos anos 70, sobreveio extenso debate sobre a Teoria Psicológica Social e suas pesquisas, movendo uma crise denominada “crise de confiança”. Nesta comentaristas criticaram a tendência de negligenciar construções como a linguagem, a história e a cultura, em detrimento de processos intrapsíquicos e interpessoais. Porém, essa crise não foi mais abrangente do que as discussões sobre processos grupais e interrelacionais (HORNSEY, 2008 p. 204, HOGG; WILLIANS, 2000 p. 81).

Em meio a esse contexto emerge a Teoria da Identidade Social (TIS), considerada como ambiciosa e abrangente coleção de idéias lançadas como antídoto para o excedente das tendências individualistas e reducionistas existentes nas Teorias de interrelação entre os grupos. Primeiramente, a TIS foi apresentada ao público europeu por meio de monografias, livros e capítulos para depois, atrair a atenção da comunidade internacional, já nas Décadas de 1980 e 1990. Atualmente, a TIS é uma das Teorias mais influentes no processo de entendimento da interação de grupo, redefinido a forma como se pensa sobre fenômenos mediados por esse grupo; atingindo limites extramuros da Psicologia Social (HORNSEY, 2008 p. 205).

5.2 IDENTIDADE SOCIAL E PECULIARIDADES

No meio social, a pessoa tende a se apresentar ou se classificar como membro de uma empresa, como adepta a grupo religioso, ou de gênero, ou ainda idade, ou outro; podendo pertencer, ao mesmo tempo, a diferentes grupos e se classificar em diferentes categorias dentro desses grupos. Assim sendo, essa classificação social combina duas funções – primeiramente, de fornecer à pessoa um meio sistemático de definição do outro em relação ao ambiente social e, ademais tal classificação permite à pessoa definir a si própria perante a sociedade. Logo, autoconceito é constituído por uma identidade pessoal que combina características idiossincráticas, tais como traços psicológicos, interesses, habilidades e atributos corporais; além de uma identidade social originada da classificação social e orientada pela internalização de valores e atitudes do grupo ou dos grupos pertencentes (ASHFORTH; MAEL, 1989 p. 21).

Em outras palavras, a aquisição da identidade social pode ser definida pelo entendimento da posição que a pessoa ocupa na sociedade, em decorrência de sua filiação a diferentes grupos sociais; além de possibilitar a formação do autoconceito individual, gerado por meio do reconhecimento de sua filiação a um ou vários grupos sociais, juntamente com o significado emocional e o valor ligado àquela filiação (PRETTE; PRETTE, 2003 p. 127, TAJFEL, 1981 p. 63). Nesse sentido, identidade social pode ser compreendida como a representação individual pautada na pertença de determinado grupo. É concebida por meio de interações psicológicas e sociais, de forma dinâmica e evolutiva, guiada pela necessidade do ser humano de pertencer a grupos sociais, bem como de sua autopercepção. Ao aderir a um grupo específico, o indivíduo passa a sentir-se como integrante do mesmo, refletindo e atuando segundo a posição social que desenvolve no grupo (MACHADO, 2003 p. 53).

Identidade social é o fundamento da TIS, essa é interpretada sob três enfoques, a saber: identidade social evidente, identidade aninhada e, por fim, identidade transversal (HOGG et al. 2004 p. 253, WILLETTS; CLARKE, 2013 p. 166). Identidade social evidente é o fundamento chave da Teoria e, seu significado está orientado pela mobilização do grupo no alcance de seus propósitos. Tal

identidade tem impacto significativo na identificação, no autoconceito e no desempenho da pessoa dentro do grupo social; com caráter identitário flexível mas dependente do contexto no qual o grupo está inserido. As pessoas exibem a identidade social mais relevante para sua percepção no ambiente social, fato este que pode influenciar, de modo significativo, no desempenho pessoal dentro do grupo a qual pertence. A fim de exemplificar a identidade evidente, pode-se pensar na condição de uma enfermeira que lidera uma unidade clínica hospitalar e, que no contexto familiar desempenha o papel de mãe, de irmã, de filha, entre outros.

Por sua vez, a identidade aninhada é aquela atrelada às categorias sociais formais, como funções ou cargos na empresa ou em grupos formais de trabalho. É também classificada em ordem superior quando refere-se a um grupo maior e, inferior quando diz respeito a uma equipe menor. A identidade de ordem inferior tem impacto mais significativo sobre a identidade social da pessoa e é particularmente importante dentro da categoria social da Organização; justamente por ser destaque dentro desse conjunto menor. A identidade aninhada pode, ainda, ser vista pelas dimensões: incluído/ excluído, quando refere-se a inclusão ao grupo social, considerando que fazem parte de tal grupo somente àqueles que são iguais sob certo ponto de vista e, de exclusão, visto que, na mesma visão, são diferentes de outros (BERGER; LUCKMANN, 2004 p. 228), e proximal/distal, sendo que essa última está relacionada ao impacto da identidade na pessoa. Porquanto, a identidade de ordem superior tem impacto indireto ou seja distal nessa pessoa e, identidade de ordem inferior tende a ter impacto proximal, afetando diretamente o indivíduo, por conta da característica pequena da equipe.

Por fim, a identidade transversal é um conceito aplicado, geralmente, em contextos organizacionais, sendo igualmente relevante no cenário profissional. Esta identidade está ligada categorias sociais, que são: formais, liderado pelo pertencimento à um comitê organizacional e, informais, guiados pelos grupos de amizade, assumindo caráter de ordem menor e proximal.

Também, a identidade social pode ser subdividida em virtual e real; virtual quando está relacionada às exigências que o grupo social faz em relação ao que o indivíduo precisaria ser diante desse grupo; já a real, inclui os atributos que o indivíduo prova ter (GOFFMAN, 1988 p. 12). Nesse contexto, pode haver uma discrepância entre a identidade virtual e real, ocasionando o que se denomina

estigma. Este pode ser caracterizado por um atributo que torna o indivíduo diferente dos outros que se enquadram na mesma categoria social, ou seja, um defeito, uma fraqueza ou até mesmo uma desvantagem que o caracteriza como uma pessoa diminuída frente ao grupo social.

5.3 TEORIA DA IDENTIDADE SOCIAL

Elaborada com enfoque nos processos grupais e fenômenos pertinentes às relações entre os grupos, a TIS tem intuito de realçar o impacto existente no comportamento de uma pessoa quando esta se percebe como membro de categoriais sociais. E, tem como resultado a procura por maximização das diferenças intergrupais e das semelhanças intragrupais, tais como comportamentos, conhecimentos e emoções (HOGG; ABRAMS, 1988 p. 12, TAJFEL; TURNER, 1986 p. 15). Ela se caracteriza como um julgamento psicológico e social do papel de autoconcepção de um grupo de pessoas relacionado aos processos grupais e suas relações intergrupos. Abarca conceitos interrelacionados e pequenas Teorias com foco nos aspectos cognitivo-social, motivacional, na interação social e macrossocial da vida de um grupo. Sua abordagem é estruturada pela convicção de que um fenômeno coletivo não pode ser adequadamente discutido em termos isolados de processos individuais ou somente de interações interpessoais (HOGG, 2006 p. 111).

Para a TIS, grupo social é a interação entre duas ou mais pessoas que se percebem e são percebidas pelos outros membros de uma mesma categoria social, e que compartilham, de algum modo, sentimentos e emoções resultantes dessa pertença comum. O grupo é o primeiro *socius* do indivíduo; além de constituir base para formação da identidade social. É no grupo que a pessoa internaliza suas crenças, estabelece expectativas de autoeficiência, dispõe de possibilidades para acentuar e atenuar sua vida, o que pode depender de sua posição na sociedade e das redes de proteção em que se insere (PRETTE; PRETTE, 2003). Assim, um grupo é visto socialmente enquanto existir um consenso social dentro e fora do mesmo, sobre o que o grupo representa e quais as características necessárias para pertencer ao mesmo (TAJFEL; TURNER, 1986 p. 22). A interação humana varia de

um espectro puramente interpessoal de um lado e, puramente intergrupar de outro. A interação puramente interpessoal envolve pessoas relacionadas inteiramente com indivíduos, com nenhuma consciência de sua categoria social. Já na interação puramente intergrupar, as pessoas se relacionam inteiramente como representantes de seu grupo (HORNSEY, 2008 p. 206). Nesse sentido, o grupo somente se manterá se contar com pessoas que apresentam esse último comportamento.

O reconhecimento de pertença a um grupo está relacionado a alguns fatores, entre os quais se destacam; a pessoa elege um novo grupo quando este contribui para melhorias no aspecto positivo de sua identidade social; ou deixa o grupo, quando este não contribui para sua identidade. Nos casos em que há impossibilidade de abandonar o grupo, a pessoa pode reinterpretar os atributos desse, tornando-os mais aceitáveis ou esforçar-se para melhorar a posição que o grupo ocupa na sociedade (TAFJEL, 1981 p. 256).

A TIS traz três elementos indispensáveis e articulados entre si, a saber: motivação para adquirir uma identidade social positiva; a diferença de status entre grupos específicos na sociedade; e a possibilidade das pessoas lidarem com dificuldades associadas a essa identidade por meio de estratégias individuais ou coletivas (TURNER; REYNOLDS, 2003 p. 134). Porquanto, os processos grupais são gerados pela motivação das pessoas em atingir, manter e reforçar uma autoimagem positiva, sendo esta demarcada com base na coletividade de conceitos que uma pessoa dispõe para se autoidentificar, seja enquanto indivíduo ou membro de determinado grupo. A parte do Eu que deriva da pertença em grupos corresponde à identidade social. Dessa forma, a pessoa irá se esforçar para que esta seja positiva, o que pode ser alcançado pela diferenciação positiva do endogrupo - grupo a qual pertence, em relação ao exogrupo – grupo dos outros (TURNER; REYNOLDS, 2003 p. 138).

Para a TIS, a construção do Eu social envolve a operação de três processos psicológicos, quais são: categorização social, identificação social e, por fim, a comparação social.

- a) *Categorização social*²- processo cognitivo que busca a compreensão do ambiente e estabelece um esquema de classificação, na qual

² Grifo nosso

separa objetos e pessoas com base em características comuns (PRETTE; PRETTE, 2003 p. 127); sendo tal processo indispensável para que a pessoa possa lidar e se relacionar com o complexo mundo social (TAJFEL; TURNER, 1986 p. 16). A categorização exibe como função a organização de informações recebidas do ambiente, o que pode facilitar a orientação da pessoa em sua realidade social. É por meio da caracterização que se formam os estereótipos com função cognitiva, quando refere-se a preservação do sistema de valores; e ideológica, quando da diferenciação em relação a outros grupos (GALIINKIN; ZAULI, 2011 p. 258).

- b) *Identificação social*³- resulta na percepção que a pessoa tem ao pertencer a uma determinada categoria social. A despeito disso, o pertencer a um grupo não torna a categoria social como identificativa; para tanto, faz-se necessário que a pessoa aceite e adote a pertença ao grupo como autodefinidora; que o grupo atribua significado, importância e valor à pessoa e, finalmente, que os membros do grupo reconheçam essa pertença (HOGG; ABRAMS, 1988 p. 24). Para se definir uma identidade social, é necessário que haja a articulação de três componentes, a saber: *cognitivo*, que remete à categorização e ao pertencimento a um grupo social; *avaliativo* associado ao valor social de pertencer ao grupo e, posteriormente o *emocional*, que corresponde as emoções geradas pelo valor atribuído pelos outros e pelo indivíduo ao grupo que ele pertence (PRETTE, 2006 p. 258).
- c) *Comparação social*⁴- processo psicológico empregado para a definição da identidade social, particularmente de seu valor. Uma vez que a pessoa se autodefine como pertencente a um grupo e este a define como membro, exibe um valor de pertencimento, ou seja, um valor para seu Eu social, sendo que esse valor é derivado da comparação entre seu grupo com os demais. Nesse sentido, as pessoas buscam uma identidade social positiva nesse processo de comparação com outros grupos, procurando pertencer a grupos

³ Grifo nosso

⁴ Grifo nosso

socialmente valorizados. Sendo assim, as pessoas partilham algum tipo de envolvimento emocional com determinado grupo antes de se considerar parte dele (GALIINKIN; ZAULI, 2011 p. 259).

Portanto existe uma relevante relação entre os processos de categorização e comparação social, uma vez que a categorização cria e define o lugar da pessoa na sociedade; e a comparação atribui caráter objetivo à categorização, ao basear-se na pertença da pessoa a um grupo social concreto (GALVÃO, 2009 p. 37).

5.4 A TEORIA DA IDENTIDADE SOCIAL E O DESEMPENHO DO GRUPO NAS ORGANIZAÇÕES

No contexto das Organizações, a identidade é fenômeno psicossocial relevante e importante para estruturar a ação. Desse modo, o sentimento de identificação do indivíduo com a Organização atua como fonte simbólica de proteção, desencadeando processos emocionais, que tendem a contribuir para a criatividade no trabalho, bem como para o desempenho do grupo em relação à Organização (MACHADO, 2003 p. 68).

A TIS assume a perspectiva de que a Organização é dependente de seus funcionários para que possa se envolver em atos espontâneos de cooperação, ajuda e inovação, destacando três categorias significativas para isso, tais como: (1) motivação; (2) objetivos do grupo e normas de desempenho e por fim, (3) eficiência (WILLETTS, CLARKE, 2013 p. 167, BURFORD, 2012 p. 145).

O interesse na motivação, para a TIS, está centrado na coletividade, uma vez que se preocupa em compreender o que motiva a pessoa a trabalhar em nome do coletivo, em detrimento de sua motivação individual; o que pode levar a uma confusão entre motivação e identificação com o grupo. No entanto, essa relação entre identificação e desempenho não é simples; para isso, uma identidade social evidente poderá auxiliar na mediação de tal conflito.

Com relação as metas de desempenho do grupo e normas, a TIS aponta que tais normas são internalizadas por meio da identificação, o que pode afetar as atitudes dos membros do grupo, na medida em que as pessoas se identificam ou não com tais normas. Em termos de Organização, a relevância dos objetivos e normas do grupo está diretamente relacionada com os padrões individuais de desempenho.

Finalmente, a eficácia refere-se a motivação induzida pela identificação; é impulsionada pela percepção que a pessoa tem em relação ao controle de seu desempenho durante as atividades laborais. Dessa forma, as tarefas são mais melhor executadas quando é esperado, pelo grupo ou pela pessoa, o sucesso no desempenho.

5.5 TEORIA DA IDENTIDADE SOCIAL E CAPACIDADE PARA O TRABALHO NA PESSOA IDOSA

Os conceitos apresentados pela TIS proporcionam a compreensão do objeto deste estudo e podem trazer grandes contribuições para a temática capacidade de trabalho da pessoa idosa. A TIS oferece oportunidade de compreensão da adesão da pessoa idosa a grupos sociais, bem como as articulações necessárias para pertencer e ser percebido pelo grupo.

Pensando na capacidade para o trabalho da pessoa idosa, com o emprego dos conceitos da TIS, podemos assumir que:

- ✓ O determinante cronológico da idade não impede à pessoa idosa de manter-se no mercado de trabalho, uma vez que o processo de envelhecimento é heterogêneo e multifatorial, sendo que a idade é apenas uma das dimensões utilizadas no planejamento das ações para este grupo etário;
- ✓ A sociedade globalizada contempla a pessoa idosa sobre o “signo da falta”. Por exemplo: no mundo tecnológico, falta no indivíduo idoso a habilidade do jovem para manusear as tecnologias, até mesmo digitar;

contudo a pessoa idosa pode proporcionar experiência informada para aprimorar o trabalho desse jovem. Enfim, sempre falta alguma coisa para que a pessoa idosa seja verdadeiramente incluído na sociedade;

- ✓ Na sociedade moderna, o grupo dos trabalhadores exige força, habilidades para desenvolver atividades tecnológicas e agilidade. O indivíduo idoso apresenta maior conhecimento quando comparado com jovens, maior concentração, responsabilidade, comprometimento e disposição para encarar novos desafios e aprendizagens;
- ✓ O estigma marginalizado e carente, seja pela modificação das características pessoais ou “ausência” de papel produtivo pode ser atribuído ao indivíduo idoso, o que cultiva a discriminação pelas pessoas mais jovens;
- ✓ As diferenças culturais podem interferir na adesão do indivíduo idoso aos grupos sociais. Nos países orientais, o “ser velho” está relacionado com sabedoria e respeito pelos membros sociais, situação esta que favorece valorização do indivíduo idoso. Já nos países ocidentais, como o Brasil, a representação social da pessoa idosa está ligada a fatores depreciativos como doenças, inutilidade e peso social;
- ✓ A pessoa idosa é caracterizada pela sociedade como pertencente ao grupo *aposentados* que, sob a ótica capitalista, considera essas pessoas como improdutivas, tendo sua identidade atrelada à trabalhadores que já atuaram no mercado de trabalho; mas, recentemente não atuam mais e são beneficiários de Programas Sociais;
- ✓ A identidade social é construída por meio da conexão que o indivíduo estabelece com a sociedade. Cabe ao indivíduo idoso lançar mão de diferentes estratégias para se identificar como trabalhador e buscar o reconhecimento e pertença nesse grupo social;
- ✓ A classificação social de trabalhador favorece a autoestima e a participação do indivíduo idoso na sociedade, reafirmando seu valor como pessoa e como membro da comunidade;
- ✓ Ao se classificar como pertencente ao grupo de trabalhadores, a pessoa idosa passa a assumir valores do grupo social como

autodefinidores e espera pelo reconhecimento de sua pertença pelos demais membros do grupo. Ao ser reconhecido, passa a buscar uma identidade social positiva e melhorar a posição do grupo entre a sociedade. Esse sentimento de pertença promove uma valorização do trabalhador idoso na sociedade;

- ✓ Nas Organizações, pertencer a determinado grupo pode simbolizar proteção para a pessoa idosa, além de favorecer a criatividade e o desempenho no trabalho;
- ✓ O processo de envelhecimento associado à atividade laboral, aprendizagem, flexibilidade, satisfação pessoal, além dos novos vínculos favorece a identidade social positiva; como consequência da valorização da pessoa idosa pelos novos hábitos, imagens e práticas;
- ✓ No contexto da identidade social, a pessoa idosa trabalhadora busca mudanças nos atributos desse grupo social no qual está inserida, revelando à sociedade que é capaz de permanecer no mercado e na força de trabalho;
- ✓ Um saudável relacionamento intragrupal pode fortalecer a participação do indivíduo idoso no mercado de trabalho e auxiliar na identidade positiva do grupo a qual ele pertence.

Material e Métodos

6 MATERIAL E MÉTODOS

Neste capítulo está apresentado a trajetória metodológica deste estudo, composta pelo seu delineamento, pela descrição das variáveis, com informações sobre o Banco de Dados, o local do estudo, bem como seus participantes. Em seguida, exibe-se a amostra e a técnica de amostragem empregada, os critérios de elegibilidade e os instrumentos empregados para levantamento dos dados. Por fim, apresenta-se o levantamento da casuística, o pré-teste, o treinamento do auxiliar de pesquisa e informações referentes à análise estatística.

6.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO

Trata-se de um estudo de abordagem quantitativa, descritiva, documental, transversal e analítico; empregando Banco de Dados secundário.

A abordagem quantitativa quantifica opiniões, dados, formas de coleta de informações, assim como o emprego de recursos e técnicas estatísticas; com vistas à garantia da precisão dos resultados e, evitação das distorções de análises e interpretações (OLIVEIRA, 2005 p. 47). Por sua vez o estudo descritivo registra, analisa e correlaciona fatos ou fenômenos sem manipulá-los, com o objetivo de delinear o objeto de estudo, estabelecendo a inter-relação entre os fenômenos e a população estudada; além de procurar descobrir a frequência com que fatos acontecem no ambiente pesquisado (CERVO; BERVIAN, 2002 p. 66, REIS, 2008 p. 56). Nesse contexto, a pesquisa descritiva pode assumir diversas formas, entre elas, a pesquisa documental; assim, esta se ampara em fontes documentais, como o próprio nome diz, capazes de proporcionar ao pesquisador dados em quantidade e qualidade suficientes. Tal pesquisa tem o propósito de descrever e comparar usos, costumes, tendências, diferenças e outras características, que favorecem a obtenção de dados sem o constrangimento dos sujeitos, com menor custo, além de possibilitar a investigação de processos de transformação social e cultural (GIL, 2002 p. 151, CERVO; BERVIAN, 2002 p. 67).

Já o estudo transversal, também chamado de *cross-sectional* ou estudo de prevalência, tem como objetivo principal medir a prevalência de um determinado evento ou desfecho. Esse delineamento tem sido o mais empregado em estudos epidemiológicos, devido sua rapidez, baixo custo, maior facilidade operacional e por não haver perdas de seguimento (MENEZES, 1999 p. 213, HOCHMAN, 2005 p. 3). E, o estudo analítico é aquele desenhado para examinar a existência de associação entre exposição e doença ou condições relacionadas à saúde (LIMA-COSTA; BARRETO, 2003 p. 194). Por fim, dados secundários são aqueles que já foram coletados, tabulados, ordenados e são derivados de estudos primários (MATTAR, 2012 p. 48).

6.2 VARIÁVEIS

As variáveis independentes e dependentes estão definidas no Quadro 02, sendo que neste estudo, somente a variável idade é classificada como quantitativa e as demais como qualitativas.

Quadro 02 - Descrição das variáveis quantitativas e qualitativas do estudo, Alfenas, 2014.

Continua		
VARIÁVEIS	DESCRIÇÃO	CLASSIFICAÇÃO DA VARIÁVEL
Gênero	Considera-se o gênero masculino e feminino.	Qualitativa nominal
Idade	É período de tempo medido em anos completos referente à idade do participante, indicado por qualquer número ≥ 60 (BRASIL, 2010 p.11)	Quantitativa ordinal
Estado Civil	Corresponde à situação conjugal do participante do estudo.	Qualitativa nominal
Escolaridade	Relativa à frequência nos períodos de Ensino Escolares.	Qualitativa nominal
Tipo de trabalho	Descreve o cargo ou função ocupada pelo participante do estudo.	Qualitativa nominal
Religião	Apresenta a crença na qual as pessoas buscam satisfação na fé para superar sofrimentos e alcançar felicidade.	Qualitativa nominal
Tipo de família	Delimita o sistema interpessoal formado por pessoas que interagem por motivos variados, dentro de um processo histórico de vida (ELSEN et al. 1994, p. 97),	Qualitativa nominal
Situação de saúde	Expõe o estado atual de saúde relatado pelo participante.	Qualitativa nominal

		Conclusão
VARIÁVEIS	DESCRIÇÃO	CLASSIFICAÇÃO DA VARIÁVEL
CT Comparada	Apresenta a percepção do trabalhador quanto a sua capacidade para o trabalho.	Qualitativa nominal
ICT Total	Somatório do índice de capacidade para o trabalho. Essa variável será tratada com quantitativa e também como qualitativa.	Quantitativa contínua e Qualitativa nominal

Fonte: Do autor.

6.3 BANCO DE DADOS

O Banco de Dados empregado neste estudo foi cedido pelo pesquisador prof. Dr. José Vitor da Silva (APÊNDICE A), relativo ao estudo intitulado Avaliação da Qualidade de vida e da Capacidade para o Trabalho da Pessoa Idosa com Trabalho Formal ou Informal. Este estudo recebeu anuência do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Vale do Sapucaí, Pouso Alegre - MG, sob o protocolo nº 1210/09 (ANEXO A).

6.4 LOCAL DE ESTUDO

O estudo foi realizado em três municípios do Sul de Minas Gerais; Pouso Alegre, Santa Rita do Sapucaí e Itajubá. A seguir, serão apresentadas informações relacionadas às cidades.

6.4.1 Pouso Alegre

Localizada no sul de Minas Gerais, no médio do Rio Sapucaí, é uma cidade com área de 543,068 km², com população total de 130.615 pessoas, sendo 64.519 homens e 66.096 mulheres, com Índice de Desenvolvimento Humano Municipal de 0,774. A população idosa do Município é composta por 1588 homens e

2138 mulheres. Na assistência à saúde, dispõe de 45 estabelecimentos credenciados pelo Sistema Único de Saúde – SUS, dentre eles, o Hospital das Clínicas Samuel Libânio, cuja média de internação é de 1.041 internações mensais (IBGE, 2010).

6.4.2 Santa Rita do Sapucaí

Conta com área total de 352.969 km² e população de 37.754, sendo 18.863 homens e 18.891 mulheres; apresentando Índice de Desenvolvimento Humano Municipal de 0,721. A população idosa de Santa Rita é composta por 1938 homens e 2287 mulheres. O Município conta com 14 estabelecimentos de saúde credenciados pelo SUS. Suas principais fontes de renda são as indústrias agropecuárias, além da área da eletrônica, telecomunicações e informática (IBGE, 2010).

6.4.3 Itajubá

Com área total de 294.835 km² e população de 90.658 habitantes, está localizada no Alto do Rio Sapucaí, com Índice de Desenvolvimento Humano Municipal de 0,787. A população é composta por 44.489 homens, dos quais 2170 são idosos e, 46.169 mulheres, das quais 1993 são idosas. A assistência à saúde é composta por 37 estabelecimentos de saúde credenciados pelo SUS e conta com dois hospitais; Santa Casa de Misericórdia de Itajubá e Hospital Escola da Faculdade de Medicina de Itajubá, com níveis de atendimento de atenção básica até alta complexidade (IBGE, 2010).

6.5 PARTICIPANTES

Os participantes do estudo foram pessoas idosas, com idade igual ou superior a 60 anos, tanto do gênero masculino quanto do feminino, residentes nas cidades Itajubá, Pouso Alegre e Santa Rita do Sapucaí e, que estavam realizando trabalho formal ou informal, no período de levantamento da casuística do estudo Avaliação da Qualidade de vida e da Capacidade para o Trabalho da Pessoa Idosa com Trabalho Formal ou Informal.

6.6 AMOSTRA

A amostra final deste estudo foi composta por 510 pessoas idosas. O tamanho amostral variou de acordo com a proporção dos participantes e, também segundo faixa etária e gênero.

6.7 AMOSTRAGEM

Foi empregada a amostragem não-probabilística por conveniência, também denominada amostragem por acessibilidade. Tal amostragem é aquela na qual os participantes são selecionados por serem mais acessíveis ou então, mais fáceis de serem avaliados (GRESSLER, 2004 p. 144), uma vez que não é requerido elevado nível de precisão para compor a amostra (GIL, 2011 p. 94). Esta técnica de amostragem pode ser empregada para realização de testes ou obtenção de idéias sobre determinado assunto de interesse (MATTAR, 2012 p. 10).

6.8 CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE

Os critérios de elegibilidade, empregados na composição da amostra, estão descritos a seguir:

- a) Concordância em participar do estudo;
- b) Capacidade de comunicar-se verbalmente, isto é, lúcidos e não portadores de desordens cognitivas, de acordo com o Questionário de Avaliação Mental (ANEXO B);
- c) Estar desenvolvendo algum tipo de trabalho, seja formal ou informal;
- d) Residência nas cidades de Itajubá, Pouso Alegre ou Santa Rita do Sapucaí, MG.

6.9 INSTRUMENTOS

Foram empregados três instrumentos, os quais pertencem ao domínio público, a saber:

- a) **Questionário de avaliação mental**⁵; consiste em uma avaliação resumida do estado cognitivo do indivíduo, podendo ser empregado como meio de triagem para casos suspeitos de déficits na cognição. Este instrumento é composto por dez questões que, basicamente, analisam a orientação temporoespacial e memória para fatos tardios. Apresenta como vantagens rapidez na aplicação, bem como não há necessidade de treinamento para aplicação devido sua simplicidade (KAHN et al., 1960; VENTURA; BOTTINO, 1986; 2014 p.15) (ANEXO B);
- b) **Caracterização biossocial, familiar, econômica e de saúde**⁶; constituído por questões fechadas, relacionadas às características pessoais,

⁵ Grifo nosso

⁶ Grifo nosso

familiares, sociais, econômicas e de saúde do idoso. Tal instrumento foi elaborado por Silva e Kimura (2003) (ANEXO C);

- c) **Índice de Capacidade para o Trabalho (ICT)**; ⁷elaborado por pesquisadores do Instituto Finlandês de Saúde Ocupacional, com finalidade de acompanhar servidores municipais em processo de envelhecimento. Retrata o próprio conceito do trabalhador sobre sua capacidade para o trabalho, revelando quão bem um trabalhador é capaz de realizar seu trabalho. É composto por sete domínios; a saber: 1) capacidade atual para o trabalho comparada com a melhor de toda a vida, com escore de 0 a 10 pontos, no qual o participante assinala o valor que melhor representa sua capacidade; 2) Capacidade para o trabalho em relação às exigências do trabalho, cujo cálculo é realizado com valores ponderados de acordo com o tipo de exigência, seja ela física ou mental; 3) Número de doenças diagnosticadas por médico, contendo uma lista de 51 diferentes patologias; 4) Perda estimada para o trabalho por causa de doenças, com escore variando de 1 a 6 dias; 5) Faltas ao trabalho no último ano; 6) Prognóstico próprio da capacidade para o trabalho daqui a dois anos e, por fim, 7) recursos mentais que abrangem o julgamento sobre as atividades diárias, percepção de estar ativo e esperança para o futuro. Tais itens consideram as exigências do trabalho, estado de saúde e recursos do trabalhador; abrangendo escore entre 07 e 49 pontos (Quadro 03). A partir desse escore o trabalhador pode ser classificado em quatro categorias de capacidade para o trabalho, sendo elas: baixa, moderada, boa e ótima. Essa Classificação tem o propósito de detectar alterações na capacidade do indivíduo para o trabalho e fornecer direcionamentos à medidas preventivas que poderiam ser adotadas para melhoria da capacidade para o trabalho, o que se chamou de “objetivos das medidas”. De tal forma, o ICT pode ser empregado como método de avaliação da capacidade para o trabalho nos exames de saúde periódicos (TUOMI et al., 2005 p. 15).

⁷ Grifo nosso

Quadro 03 – Classificação da faixa de pontos do ICT com os objetivos da medida

Pontos	Capacidade para o trabalho	Objetivos das Medidas
7 – 27	Baixa	Restaurar a capacidade para o trabalho
28 – 36	Moderada	Melhorar a capacidade para o trabalho
37 – 43	Boa	Apoiar a capacidade para o trabalho
44 – 49	Ótima	Manter a capacidade de trabalho

Fonte: Tuomi et al. 2005 p. 11

O ICT (ANEXO D) foi traduzido para a língua portuguesa por profissionais de diferentes Instituições do Brasil (TUOMI et al., 2005 p. 11) e, em especial validado por um grupo de pesquisadores da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. Nesse estudo a versão brasileira do ICT apresentou boa confiabilidade, com coeficiente de alfa de Cronbach de 0,72, além da validade do construto ter sido considerada satisfatória com poder de discriminação superior da versão de outros países (MARTINEZ; LATORRE; FISCHER, 2009 p. 530).

6.10 LEVANTAMENTO DA CASUÍSTICA

Essa foi realizada no ano de 2010 em praças públicas, domicílios, locais de trabalho, igrejas e em outros locais onde houvesse aglomeração de pessoas idosas. Com o intuito de facilitar a localização dos bairros, optou-se por utilizar os mapas existentes nas prefeituras das Cidades participantes do estudo.

A população foi selecionada de acordo com os critérios de elegibilidade descritos anteriormente, respeitando a faixa etária da amostra. Assim que a pessoa idosa era identificada como possível participante da pesquisa, o convite era feito a ela e as entrevistas foram realizadas nos locais determinados pelos participantes, onde não houvesse interferências de ruídos e de terceiros, ou seja, em seu domicílio, na praça mesmo, em Igrejas ou no local de trabalho com agendamento prévio. Antes do início das entrevistas, foram esclarecidos os objetivos do estudo, os instrumentos que o mesmo deveria responder, bem como a garantia de anonimato e sigilo dos dados. Após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido,

os entrevistadores realizaram a leitura dos instrumentos aos participantes, assinalando a resposta selecionada pela pessoa idosa.

6.11 PRÉ-TESTE

A aplicação do pré-teste tem por finalidade evidenciar possíveis situações de constrangimento ao informante bem como exaustão, além de garantir a validade e precisão do processo de aplicação dos instrumentos (GIL, 2011 p. 134). Para este estudo, foi realizado o pré-teste com 30 pessoas idosas que não fizeram parte da amostra definitiva. Ao final, foi possível identificar o tempo médio para cada entrevista, produzindo subsídios para o preparo e treinamento dos auxiliares da pesquisa para a coleta definitiva.

6.12 TREINAMENTO DO AUXILIAR DE PESQUISA

Para auxiliar o pesquisador no levantamento da casuística, foi eleito um auxiliar de pesquisa. O mesmo recebeu treinamento específico quanto aos objetivos do estudo, forma de realização da coleta de dados e, preenchimento dos instrumentos. Ainda, na presença de dúvidas ou insegurança do auxiliar de pesquisa, alguns itens do treinamento foram retomados, a fim de garantir segurança necessária para tal levantamento.

6.13 ANÁLISE ESTATÍSTICA

Inicialmente exibe-se as estatísticas descritivas das variáveis, caracterizando os participantes do estudo. As variáveis qualitativas estão exibidas em termos de seus valores absolutos (n) e relativos (%) e, as quantitativas em

termos de seus valores de tendência central e dispersão, como média, mediana e desvio-padrão, mínimo e máximo para apontar a variabilidade.

Após caracterização dos participantes, demonstra-se a comparação quantitativa entre as variáveis do estudo, empregando o t-Student para variáveis com duas categorias. Para as variáveis com três categorias foi utilizada Análise de Variância (ANOVA) após verificação da homogeneidade dos dados; quando esta não se fez presente, foi efetuado ajuste por meio do teste de Brown-Forsythe (BF). Na presença de diferenças significantes entre as variáveis, foram efetuadas comparações múltiplas dois a dois, aplicando o teste *post hoc* de Dunnett e o teste de Bonferroni; esse último quando não houve o ajuste de BF (MAGALHÃES; LIMA, 2000; NETER et al. 1996). Importante ressaltar que para a variável tipo de família, a comparação foi realizada apenas entre as categorias “extensa” e “nuclear”, uma vez que não houve variabilidade na categoria variante; o mesmo procedimento foi adotado para a variável situação de trabalho, na qual a categoria “outra” não exibiu variabilidade. Ainda, foi utilizado o teste Qui-quadrado para avaliar a interação entre os domínios qualitativos do ICT e as variáveis do estudo.

Por fim, foi considerado nível de significância de 5% ($p < 0,05$) e utilizado software estatístico *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), em sua versão 12.0. Para a confecção dos gráficos, elegeu-se o software Sigma Plot, na versão 10.0.

Resultados

7 RESULTADOS

Esses resultados são apresentados quanto ao perfil da população estudada, à capacidade para o trabalho e, por fim as diferenças entre as variáveis demográfica, socioeconômica e condições de saúde; nessa mesma ordem, por meio de gráficos e tabelas, acompanhados por breve explanação.

7.1 PERFIL DA POPULAÇÃO EM ESTUDO

O perfil da população deste estudo está distribuído de acordo com as variáveis demográficas tais como idade, gênero, religião, escolaridade, estado civil e tipo de família. Em seguida, exibe-se a variável socioeconômica, tipo de trabalho e, por fim, a situação atual de saúde, classificada como variável de condição de saúde.

Tabela 01 – Medidas de tendência central e posição da variável idade. Pouso Alegre, Santa Rita do Sapucaí e Itajubá, 2010.

Variável	n	Média	Mediana	Desvio padrão	Mínimo	Máximo
Idade	510	68,70	67,00	7,73	60	93

Fonte: Do autor.

Tabela 02 – Perfil da população do estudo segundo gênero, religião, escolaridade, estado civil e tipo de família. Pouso Alegre, Santa Rita do Sapucaí e Itajubá, 2010.

Gênero	n	%
Masculino	341	66,9
Feminino	169	33,1
Religião	n	%
Católica	425	83,3
Evangélica	50	9,8
Outras	35	6,9
Escolaridade	n	%
Sem escolaridade	34	6,7
Fundamental completo	50	9,8
Fundamental incompleto	221	43,3
Médio completo	103	20,2
Médio incompleto	34	6,7
Superior completo	68	13,3
Estado civil	n	%
Solteiro	85	16,7
Casado	306	60,0
Viúvo	85	16,7
Divorciado/separado	34	6,7
Tipo de família	n	%
Nuclear	255	50,0
Extensa	238	46,7
Variante	17	3,3
TOTAL	510	100,0

Fonte: Do autor.

Os dados da Tabela 01 e 02 demonstram que a população do estudo é, em sua maioria, pessoas idosas do gênero masculino (66,9%), casados (60%) e com ensino fundamental incompleto (43,3%). Apresentam-se mais adeptos a religião católica (83,3%) e suas famílias são do tipo nuclear (50%), ou seja, àquelas formadas por pais, mães e filhos e fundamentadas em uniões estáveis duradouras (PIZZI, 2012 p. 3) e extensa (46,7%), sendo aquela família que expande a do nuclear ao agregar membros de outras gerações, como avós, tios, primos entre outros (MPEP, 2008 p. 163; PIZZI, 2012 p. 5). Já, a família variante(3,3%) corresponde à família que admite incluir amigos ou outros parentes, se diferenciando dos tipos descritos acima (BERNAL, 2001 p. 213).

Em relação à idade dos participantes, a média dos anos de vida é de 68,7 (dp: 7,73); sendo a idade mínima de 60 anos e máxima de 93 anos.

Tabela 03 – Perfil da população do estudo segundo situação de trabalho. Pouso Alegre, Santa Rita do Sapucaí e Itajubá, 2010.

Situação de Trabalho	n	%
Trabalha por conta própria	306	60,0
Aposentado, continua trabalhando	85	16,7
Atividade não remunerada	102	20,0
Outra	17	3,3
TOTAL	510	100,0

Fonte: Do autor.

O trabalho autônomo foi a atividade laboral declarada pela maioria (60%) dos participantes deste estudo.

Tabela 04 – Perfil da população do estudo segundo situação de saúde. Pouso Alegre, Santa Rita do Sapucaí e Itajubá, 2010.

Situação de saúde	n	%
Ótima	136	26,7
Muito boa	67	13,1
Boa	222	43,5
Regular	85	16,7
TOTAL	510	100,0

Fonte: Do autor.

A maioria dos participantes (43,5%) define sua situação de saúde como boa.

7.2 CAPACIDADE PARA O TRABALHO

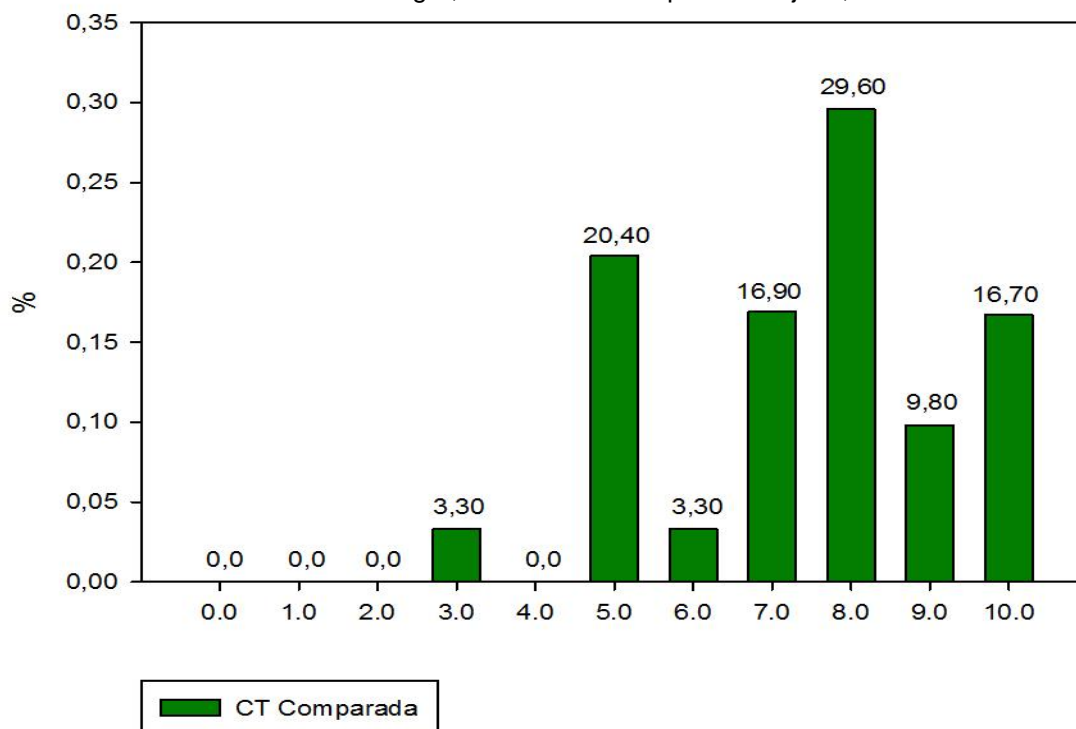
Tabela 05 - Medidas de tendência central e posição da variável ICT total – Pouso Alegre, Santa Rita do Sapucaí e Itajubá, 2010.

Variável	N	Média	Mediana	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
ICT total	510	41,35	42	3,99	32	49

Fonte: Do autor.

A média do ICT total nessa população foi de 41,35; sendo o valor mínimo do ICT de 32 e o máximo de 49.

Gráfico 01 – Capacidade para o trabalho atual da população do estudo comparada com a melhor de toda vida. Pouso Alegre, Santa Rita do Sapucaí e Itajubá, 2010.

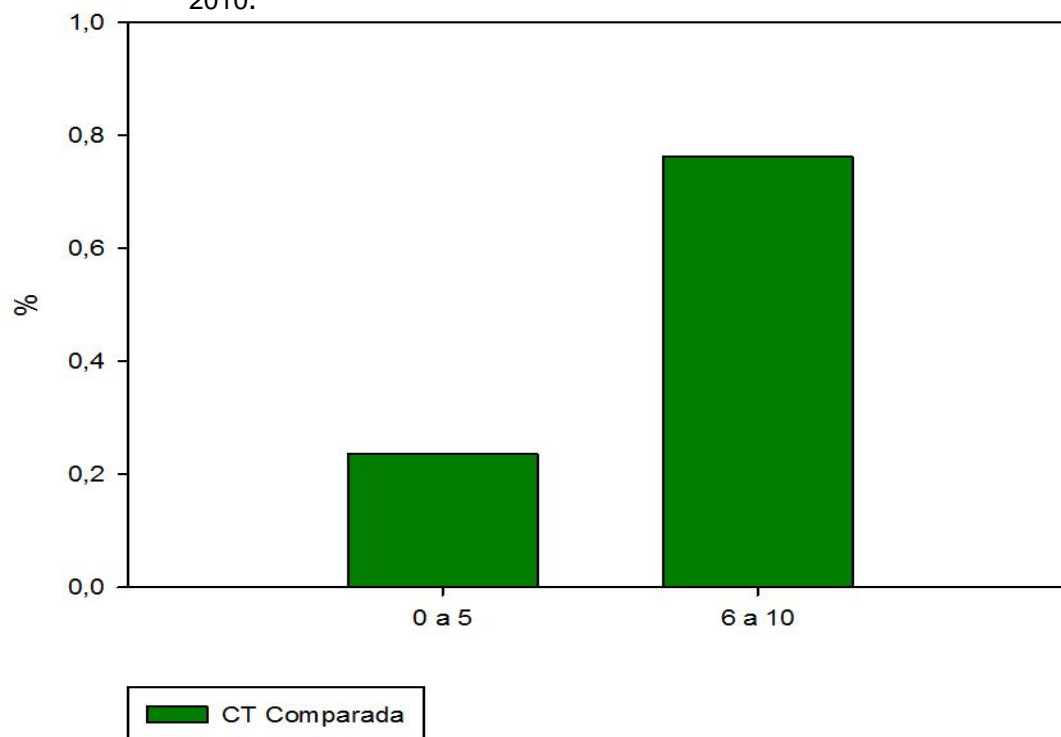


Fonte: Do autor.

O Gráfico 01 apresenta o primeiro domínio do ICT; nesse é solicitado ao participante que assinale, em uma escala numerada de 0 a 10, o total de pontos para sua atual capacidade de trabalho. Dessa forma, pode-se notar que a maioria das pessoas idosas desse estudo (29,6%) assinalaram sua CT Atual em oito pontos.

Na intenção de favorecer o entendimento desse domínio, propõe-se uma divisão deste resultado em dois intervalos, como demonstrado no Gráfico 02.

Gráfico 02 – Capacidade para o trabalho (CT) atual da população do estudo comparada com a melhor de toda vida em intervalos. Pouso Alegre, Santa Rita do Sapucaí e Itajubá, 2010.



* Intervalo **1 0 – 5**: Menor capacidade; Intervalo **1 6 – 10**: Melhor capacidade.

Fonte: Do autor.

Os intervalos foram estipulados por meio do percentil, adotando o valor de 50% para baixo, com intervalo de 0 a 5 indicando que esses participantes apresentam incapacidade para o trabalho e, aceitando o valor de 60% para cima, na qual o intervalo de 6 a 10 aponta que estes participantes exibem melhor capacidade para o trabalho. Assim, fica evidente que a maioria da população idosa deste estudo (76,30%) é capaz de trabalhar.

Tabela 06 - Capacidade para o trabalho da população do estudo segundo os domínios do ICT. Pouso Alegre, Santa Rita do Sapucaí e Itajubá, 2010.

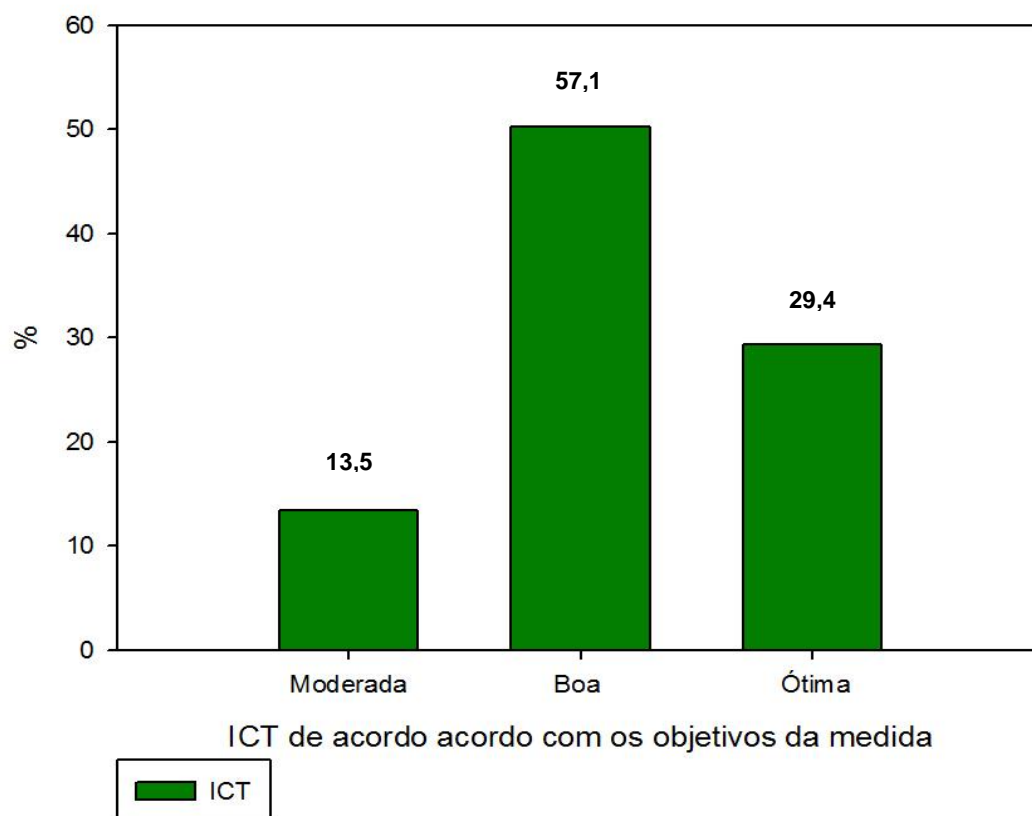
		n	%
	Capacidade de trabalho em relação às exigências físicas do trabalho		
Item 02	Moderada	152	29,8
	Boa	306	60,0
	Muito boa	52	10,2
	Capacidade de trabalho em relação às exigências mentais do trabalho		
Item 02	Moderada	51	10,0
	Boa	155	30,4
	Muito boa	304	59,6
	Número de doenças atuais diagnosticadas pelo médico		
Item 03	5 doenças	34	6,7
	4 doenças	18	3,5
	3 doenças	52	10,2
	2 doenças	34	6,7
	1 doença	220	43,1
	Nenhuma doença	152	29,8
	Perda estimada para o trabalho devido às doenças		
Item 04	Algumas vezes preciso diminuir o ritmo ou mudar meus métodos	70	13,7
	Eu sou capaz de fazer meu trabalho, mas ele me causa alguns sintomas	135	26,5
	Não há impedimento/ não tenho doença	305	59,8
	Faltas ao trabalho por doenças nos últimos 12 meses		
Item 05	De 25 a 99 dias	18	3,5
	De 10 a 24 dias	34	6,7
	Até 9 dias	67	13,1
	Nenhum	391	76,7
	Prognóstico próprio da capacidade para o trabalho daqui a dois anos		
Item 06	É improvável	18	3,5
	Não está muito certo	34	6,7
	Bastante provável	458	89,8
	Apreciação das atividades diárias		
Item 07	Quase sempre	68	13,3
	Sempre	442	86,7
	Sentir-se ativo e alerta		
Item 07	Às vezes	17	3,3
	Sempre	493	96,7
	Esperança para o futuro		
Item 07	Quase sempre	17	3,3
	Sempre	493	96,7
	TOTAL	510	100,0

Fonte: Do autor.

A maioria da amostra deste estudo (60%) apresenta boa capacidade para o trabalho em relação com as exigências físicas e, muito boa (59,6%) quando relacionado às exigências mentais do trabalho. Apresentam, em geral, uma patologia diagnosticada por médico (43,1%) e apontam não haver impedimentos para o trabalho devido tal patologia (76,7%). Na autoavaliação da capacidade para o trabalho para daqui dois anos, os participantes afirmam que será bastante

provável continuarem nas atividades laborais (89,8%) e sempre apreciam suas atividades diárias (86,7%), com esperança no futuro (96,7%).

Gráfico 03 – Índice de Capacidade para o trabalho (ICT) da população do estudo de acordo com os objetivos da medida. Pouso Alegre, Santa Rita do Sapucaí e Itajubá, 2010.



Fonte: Do autor.

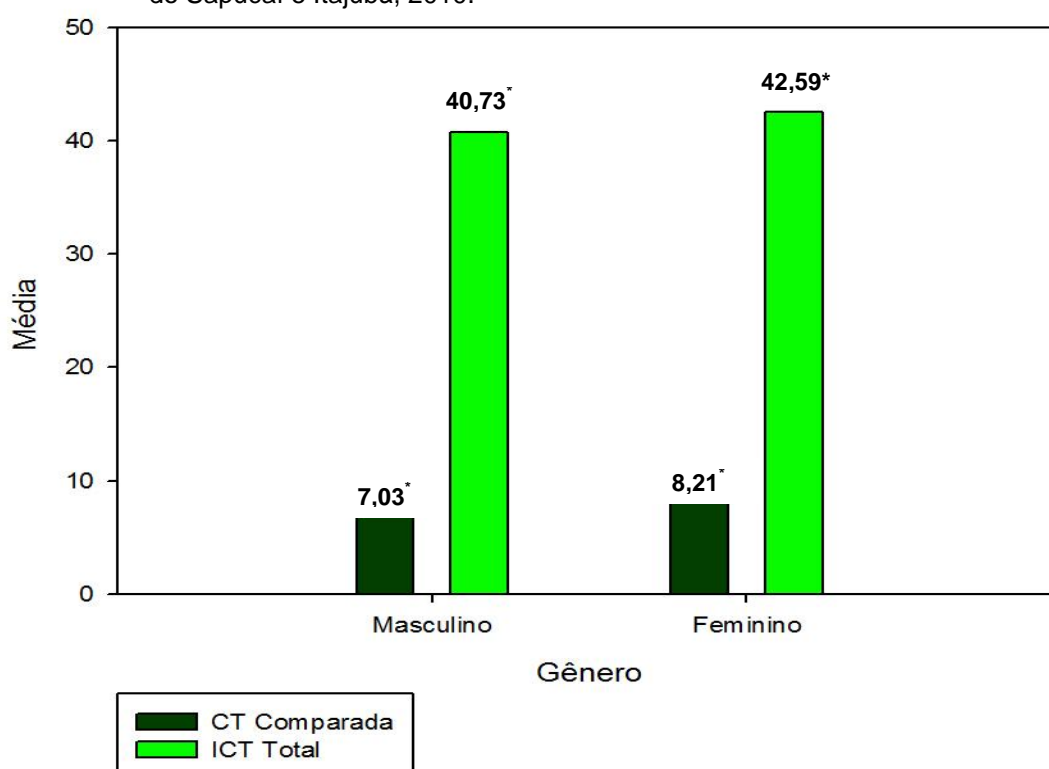
O ICT revela não somente a capacidade que o trabalhador possui para exercer suas atividades laborais, mas ao mesmo tempo aponta para intervenções necessárias a serem realizadas junto ao trabalhador e ao ambiente de trabalho; de acordo com a capacidade, ou seja: baixa; moderada, boa e ótima. As intervenções podem ir desde restaurar, melhorar, apoiar ou manter a capacidade para o trabalho. Deste modo, o Gráfico 03 mostra o ICT de acordo com os objetivos da medida, evidenciando que a maioria (57,1%), dos trabalhadores idosos participantes do estudo apresenta boa capacidade para o trabalho.

7.3 VARIÁVEIS DEMOGRÁFICAS, SOCIOECONÔMICAS E SITUAÇÃO DE SAÚDE

Considerando que o ICT avalia as exigências do trabalho e os recursos do trabalhador, optou-se por comparar cada domínio do instrumento com as variáveis do estudo, a fim de obter uma visão global da capacidade para o trabalho dos participantes deste estudo.

7.3.1 Gênero

Gráfico 04 – Diferença entre gênero, CT comparada e ICT total o trabalho. Pouso Alegre, Santa Rita do Sapucaí e Itajubá, 2010.



* Interação significativa entre as médias pelo teste t-Student ($p < 0,001$).

Fonte: Do autor.

Neste estudo, 66,9% dos participantes são do gênero masculino e 33,1% do gênero feminino. Considerando a comparação entre gênero e capacidade para o trabalho os resultados demonstram diferença significativa entre os mesmos, indicando que o gênero feminino apresenta maior capacidade para o trabalho tanto

na CT Comparada quanto no ICT Total, apesar do número de participantes do gênero masculino (n=341) ser maior que o número de participantes do feminino (n=169).

Tabela 07 – Diferença entre gênero e capacidade para o trabalho em relação aos domínios do ICT. Pouso Alegre, Santa Rita do Sapucaí e Itajubá, 2010.

Domínios	Escore de pontuação do ICT	Gênero				valor de p*
		Masculino		Feminino		
		n	%	n	%	
Capacidade para o trabalho em relação às exigências do trabalho	6	17	5,0%			
	7	68	19,9%	17	10,1%	
	8	104	30,5%	84	49,7%	<0,001
	9	100	29,3%	68	40,2%	
	10	52	15,2%			
Número de doenças atuais diagnosticadas pelo médico (pontos)	5 doenças ou mais	34	10,0%			
	4 doenças	18	5,3%			
	3 doenças	52	15,2%			
	2 doenças	17	5,0%	17	10,1%	<0,001
	1 doença	101	29,6%	119	70,4%	
Perda estimada para o trabalho devido às doenças	nenhuma doença	119	34,9%	33	19,5%	
	Algumas vezes preciso diminuir o ritmo ou mudar meus métodos	36	10,6%	34	20,1%	
	Eu sou capaz de fazer meu trabalho mas ele me causa alguns s	118	34,6%	17	10,1%	<0,001
	Não há impedimento/ não tenho doença	187	54,8%	118	69,8%	
Faltas ao trabalho por doenças nos últimos 12 meses	De 25 a 99 dias	18	5,3%			
	De 10 a 24 dias	17	5,0%	17	10,1%	<0,001
	Até 9 dias	33	9,7%	34	20,1%	
Prognóstico próprio da capacidade para o trabalho daqui a dois anos	Nenhum	273	80,1%	118	69,8%	
	É improvável	18	5,3%			
	Não está muito certo	17	5,0%	17	10,1%	0,001
Recursos mentais	Bastante provável	306	89,7%	152	89,9%	
	4	341	100,0%	169	100,0%	***
Capacidade para o trabalho (ICT)	moderada capacidade	52	15,2%	17	10,1%	
	boa capacidade	206	60,4%	85	50,3%	0,001
	ótima capacidade	83	24,3%	67	39,6%	

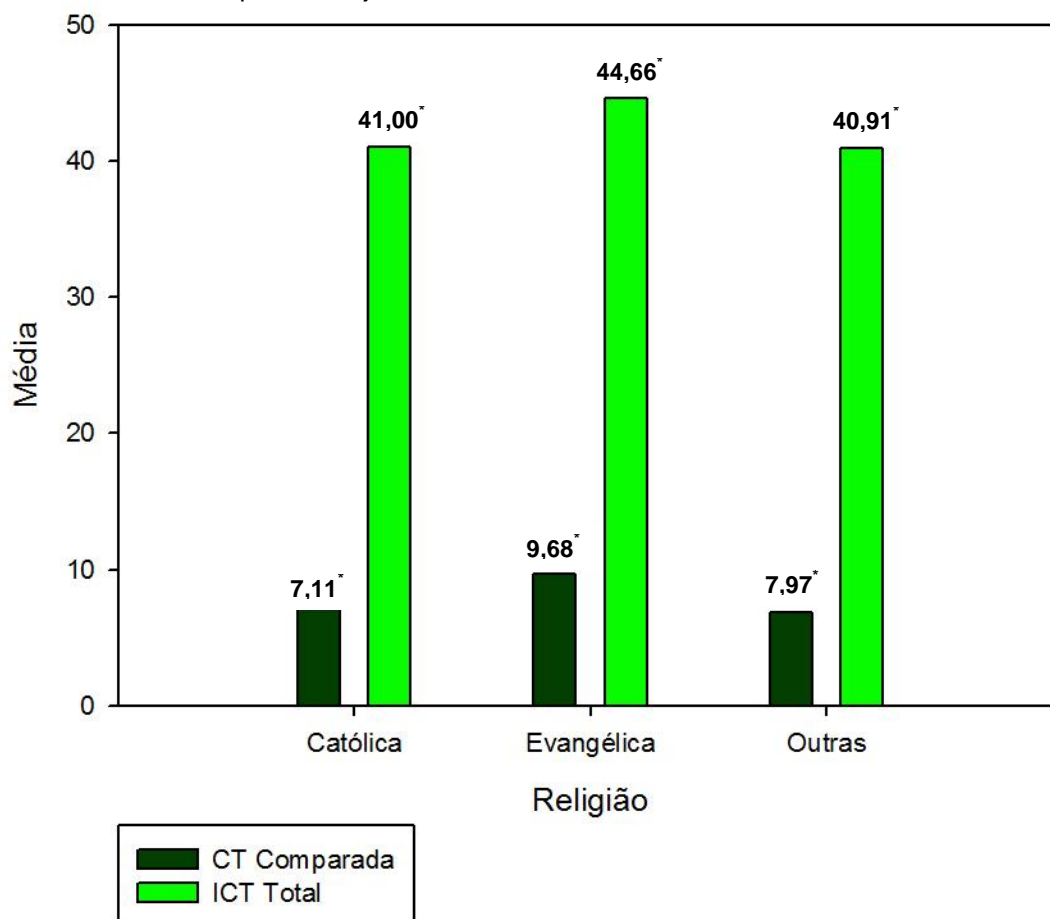
* Interação significativa pelo teste Qui-quadrado ($p < 0,05$)

Fonte: Banco de Dados

Há evidências de que os participantes do gênero masculino apresentem CT relacionado às exigências do trabalho entre oito e nove, maior número de doenças diagnosticadas em relação ao feminino e não apresentam faltas ao trabalho. Já para o gênero feminino, há maior percentual de participantes que não tem impedimento de trabalho, estão certas de seu prognóstico de CT, além de apresentarem ótima capacidade para o trabalho.

7.3.2 Religião

Gráfico 05 – Diferença entre religião, CT comparada e ICT total o trabalho. Pouso Alegre, Santa Rita do Sapucaí e Itajubá, 2010.



* Valor ajustado por Brown-Forsythe. Interação significativa entre as médias pela ANOVA e Teste de Dunnet ($p < 0,001$).

Fonte: Do autor.

Quanto à religião, a maioria dos participantes (83,3%) afirma ser católica seguida da religião evangélica (9,8%) e outras religiões (6,9%). Na comparação entre religião, CT Comparada e ICT Total pode-se notar que houve diferença estatisticamente significativa, demonstrando que a religião evangélica apresenta maiores médias de capacidade para o trabalho em relação às outras religiões declaradas, mesmo apresentando pequeno percentual relativo ao número de participantes.

Tabela 08 – Diferença entre religião e capacidade para o trabalho em relação aos domínios do ICT. Pouso Alegre, Santa Rita do Sapucaí e Itajubá, 2010.

		RELIGIÃO						valor de p *
		Católica		Evangélica		Outras		
		n	%	n	%	n	%	
Capacidade para o trabalho em relação às exigências do trabalho	6	17	4,0%					
	7	85	20,0%					
	8	153	36,0%			35	100,0%	<0,001
	9	118	27,8%	50	100,0%			
	10	52	12,2%					
Número de doenças atuais diagnosticadas pelo médico (pontos)	5 doenças ou mais	34	8,0%					
	4 doenças	18	4,2%					
	3 doenças	52	12,2%					<0,001
	2 doenças	17	4,0%	17	34,0%			
	1 doença	170	40,0%	33	66,0%	17	48,6%	
Perda estimada para o trabalho devido às doenças	nenhuma doença	134	31,5%	0	0,0%	18	51,4%	
	Algumas vezes preciso diminuir o ritmo ou mudar meus métodos	53	12,5%	17	34,0%			
	Eu sou capaz de fazer meu trabalho mas ele me causa alguns s	135	31,8%					<0,001
	Não há impedimento/ não tenho doença	237	55,8%	33	66,0%	35	100,0%	
	De 25 a 99 dias	18	4,2%	0				
Faltas ao trabalho por doenças nos últimos 12 meses	De 10 a 24 dias	34	8,0%	0				<0,001
	Até 9 dias	67	15,8%	0				
	Nenhum	306	72,0%	50	100,0%	35	100,0%	
Prognóstico próprio da capacidade para o trabalho daqui a dois anos	É improvável					18	51,4%	
	Não está muito certo	34	8,0%					<0,001
	Bastante provável	391	92,0%	50	100,0%	17	48,6%	
Recursos mentais	4	425	100,0%	50	100,0%	35	100,0%	***
	moderada capacidade	69	16,2%					
Capacidade para o trabalho (ICT)	boa capacidade	256	60,2%	17	34,0%	18	51,4%	<0,001
	ótima capacidade	100	23,5%	33	66,0%	17	48,6%	

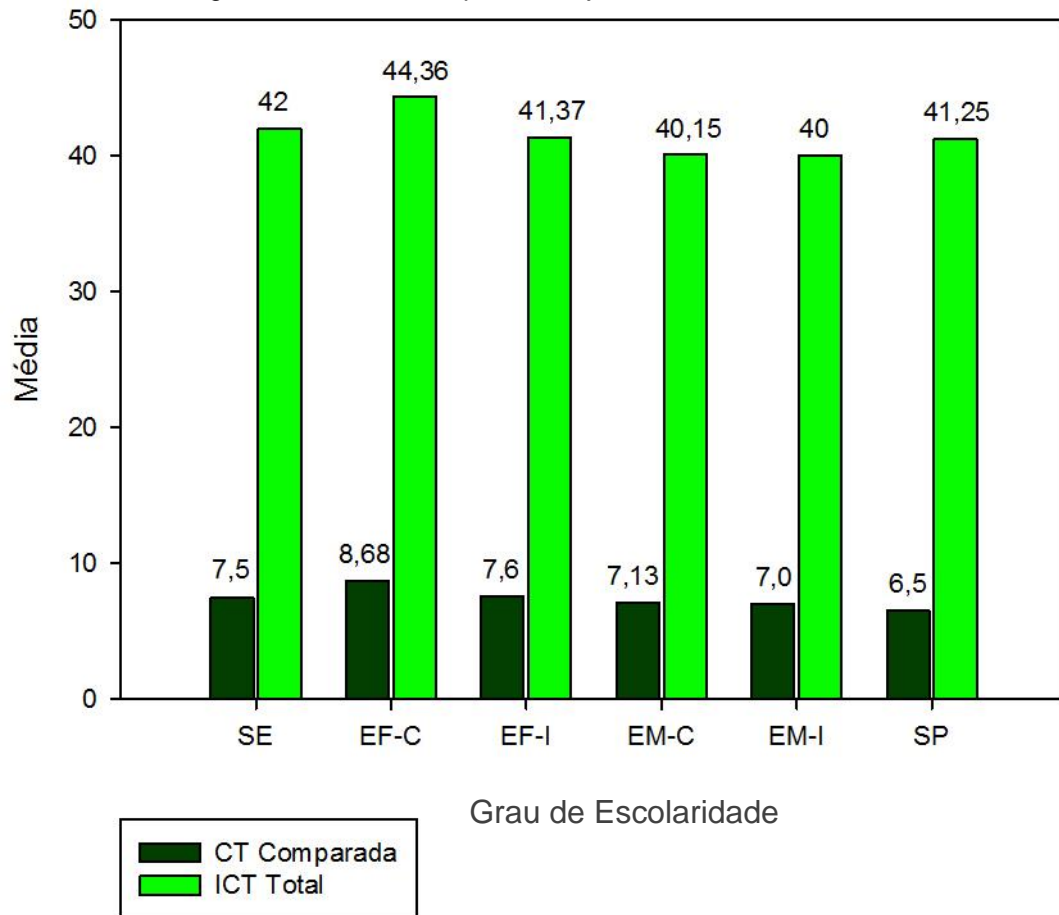
* Interação significativa pelo teste Qui-quadrado ($p < 0,05$)

Fonte: Do autor.

Em relação aos domínios do ICT, os dados apontam para o *grupo católico* com maior percentual de trabalhadores idosos que classificam as exigências de seu trabalho entre 6 e 7, com maior número de doenças diagnosticadas e maior número de faltas ao trabalho. Já no grupo *outras*, há um maior percentual de participantes que declaram não haver impedimento para o trabalho e apresentam como improvável o prognóstico da capacidade para o trabalho daqui a dois anos. Por fim, no grupo *evangélico* há evidências de maior percentual para ótima capacidade para o trabalho.

7.3.3 Grau de Escolaridade

Gráfico 06 – Diferença entre nível de escolaridade, CT comparada e ICT total o trabalho. Pouso Alegre, Santa Rita do Sapucaí e Itajubá, 2010.



* Valor ajustado por Brown-Forsythe. Interação significativa entre as médias pela ANOVA e Teste de Dunnett ($p < 0,001$).

SE: sem escolaridade; EF-C: ensino fundamental completo; EF-I: ensino fundamental incompleto; EM-C: ensino médio completo; EM-I: ensino médio incompleto; SP: Superior completo.

Fonte: Do autor.

O grau de escolaridade da população deste estudo é, em sua maioria (43,3%) o ensino fundamental incompleto, seguido pelo ensino médio completo (20,2%). Pode-se notar que houve diferença significativa na comparação entre o grau de escolaridade, a CT Comparada e ICT Total, evidenciando que o EF-C apresenta as maiores médias em relação às outras categorias, apesar de representar 9,8% do total de participantes. Outro ponto importante a ser exibido está relacionado com a média dos participantes que se declararam sem escolaridade em comparação com as demais; fica evidente que a média SE é maior que EM-C, EM-I e S-C, indicando

que os participantes sem escolaridade apresentam melhor capacidade para o trabalho, exceto na associação com EF-C e EF-I.

Tabela 09 – Diferença entre nível de escolaridade e capacidade para o trabalho em relação aos domínios do ICT. Pouso Alegre, Santa Rita do Sapucaí e Itajubá, 2010.

		ESCOLARIDADE										valor de p *			
		Sem escolaridade		Fundamental completo		Fundamental incompleto		Médio completo		Médio incompleto			Superior completo		
		N	%	n	%	n	%	n	%	n	%		n	%	
Capacidade para o trabalho em relação às exigências do trabalho	6					17	7,7%								
	7					51	23,1%			17	50,0%	17	25,0%		
	8			16	32,0%	69	31,2%	69	67,0%	17	50,0%	17	25,0%		
	9	17	50,0%	34	68,0%	67	30,3%	16	15,5%			34	50,0%		<0,001
	10	17	50,0%			17	7,7%	18	17,5%						
Número de doenças atuais diagnosticadas pelo médico (pontos)	5 doenças	17	50,0%			17	7,7%								
	4 doenças							18	17,5%						
	3 doenças					17	7,7%	18	17,5%			17	25,0%		<0,001
	2 doenças					17	7,7%			17	50,0%				
	1 doença	17	50,0%	33	66,0%	102	46,2%	33	32,0%	17	50,0%	51	75,0%		
Perda estimada para o trabalho devido às doenças	nenhuma doença					68	30,8%	34	33,0%						
	Algumas vezes preciso diminuir o ritmo ou mudar meus métodos					34	15,4%	36	35,0%						
	Eu sou capaz de fazer meu trabalho mas ele me causa alguns	17	50,0%	33	66,0%	51	23,1%			34	100%				<0,001
Faltas ao trabalho por doenças nos últimos 12 meses	Não há impedimento/ não tenho doença	17	50,0%	17	34,0%	136	61,5%	67	65,0%			68	100%		
	De 25 a 99 dias							18	17,5%						
	De 10 a 24 dias					34	15,4%								<0,001
	Até 9 dias	17	50,0%	33	66,0%	17	7,7%								
Prognóstico próprio da capacidade para o trabalho daqui a dois anos	Nenhum	17	50,0%	17	34,0%	170	76,9%	85	82,5%	34	100%	68	100%		
	É improvável							18	17,5%						
	Não está muito certo					34	15,4%								<0,001
Recursos mentais	Bastante provável	34	100%	50	100%	187	84,6%	85	82,5%	34	100%	68	100%		
	4	34	100%	50	100%	221	100%	103	100%	34	100%	68	100%		***
Capacidade para o trabalho (ICT)	moderada capacidade	17	50,0%			34	15,4%	18	17,5%						
	boa capacidade			33	66,0%	137	62,0%	53	51,5%	34	100%	34	50,0%		<0,001
	ótima capacidade	17	50,0%	17	34,0%	50	22,6%	32	31,1%			34	50,0%		

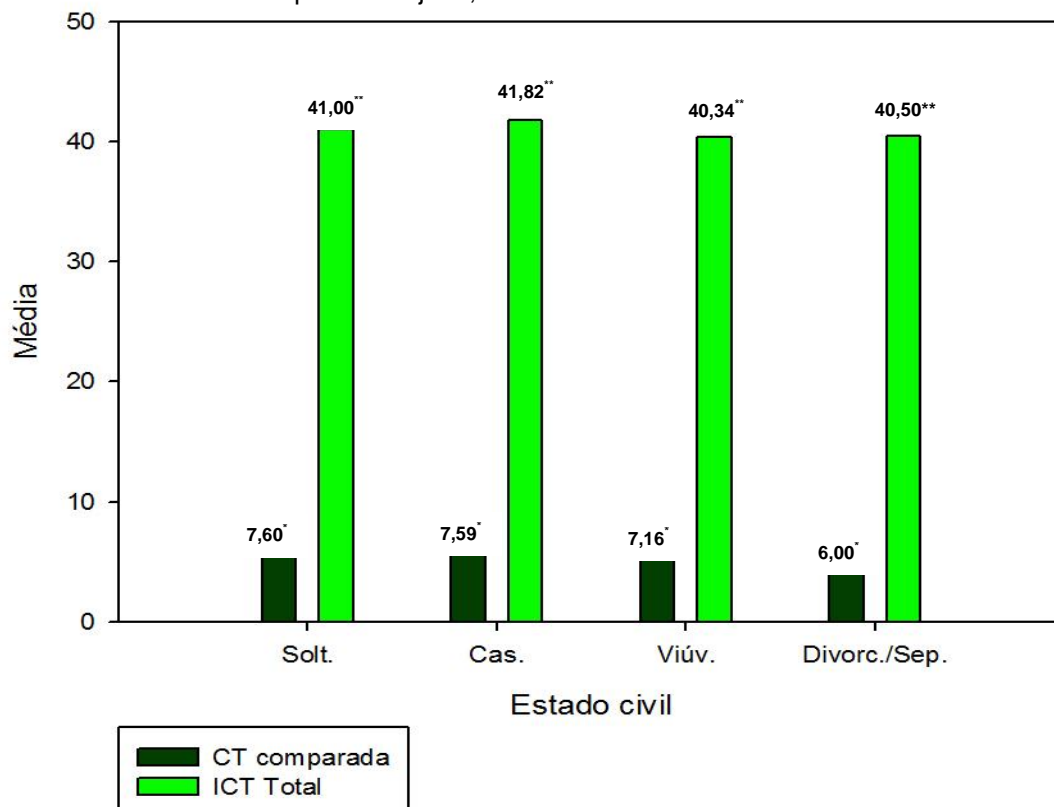
* Interação significativa pelo teste Qui-quadrado ($p < 0,05$)

Fonte: Do autor.

Observa-se diferença estatisticamente significativa entre o grau de escolaridade em relação aos domínios do ICT, na qual o grupo sem escolaridade apresenta maior percentual de participantes com capacidade para o trabalho em relação às exigências pontuadas com 9 e 10, que não apresentam doenças, além de apresentarem moderada capacidade para o trabalho. Para o grupo com ensino médio, há maior percentual sobre o improvável prognóstico para CT. Por fim, no grupo com ensino superior, os maiores percentuais estão relacionados à ausência de impedimento e faltas ao trabalho, esse último também demonstrado no grupo com ensino médio incompleto.

7.3.4 Estado Civil

Gráfico 07 – Diferença entre estado civil, CT comparada e ICT total o trabalho. Pouso Alegre, Santa Rita do Sapucaí e Itajubá, 2010.



* Valor ajustado por Brown-Forsythe. Interação significativa entre as médias pela ANOVA e Teste de Dunnett ($p < 0,001$)

** Interação significativa entre as médias pelo teste de Bonferroni.

Solt: solteiro; Cas: casado; Viúv: viúvo; Divorc./Sep.: divorciado/separado.

Fonte: Do autor.

Os trabalhadores idosos deste estudo declararam, na maioria, que eram casados (60%). Na comparação entre estado civil, CT Comparada e ICT Total houve diferença significativa, e de acordo com as comparações múltiplas, o grupo divorciado apresentou menor pontuação em relação aos solteiros e casados para CT Comparada; já para o ICT Total, o grupo casado exibe maior pontuação em relação aos viúvos.

Tabela 10 – Diferença entre estado civil e capacidade para o trabalho em relação aos domínios do ICT. Pouso Alegre, Santa Rita do Sapucaí e Itajubá, 2010.

		Estado Civil								valor de p *
		Solteiro		Casado		Viúvo		Divorciado /separado		
		n	%	n	%	n	%	n	%	
Capacidade para o trabalho em relação às exigências do trabalho	6			17	5,6%					
	7	17	20,0%	51	16,7%	17	20,0%			
	8	17	20,0%	121	39,5%	33	38,8%	17	50,0%	<0,001
	9	34	40,0%	100	32,7%	17	20,0%	17	50,0%	
	10	17	20,0%	17	5,6%	18	21,2%			
Número de doenças atuais diagnosticadas pelo médico (pontos)	5 doenças	17	20,0%	17	5,6%					
	4 doenças			18	5,9%					
	3 doenças	17	20,0%			18	21,2%	17	50,0%	<0,001
	2 doenças			34	11,1%					
	1 doença	51	60,0%	118	38,6%	34	40,0%	17	50,0%	
Perda estimada para o trabalho devido às doenças	nenhuma doença	0	0,0%	119	38,9%	33	38,8%			
	Algumas vezes preciso diminuir o ritmo ou mudar meus métodos			35	11,4%	35	41,2%			
	Eu sou capaz de fazer meu trabalho mas ele me causa alguns	34	40,0%	68	22,2%	33	38,8%			<0,001
	Não há impedimento/ não tenho doença	51	60,0%	203	66,3%	17	20,0%	34	100,0%	
Faltas ao trabalho por doenças nos últimos 12 meses	De 25 a 99 dias			18	5,9%					
	De 10 a 24 dias	17	20,0%			17	20,0%			<0,001
	Até 9 dias	17	20,0%	17	5,6%	33	38,8%			
	Nenhum	51	60,0%	271	88,6%	35	41,2%	34	100,0%	
Prognóstico próprio da capacidade para o trabalho daqui a dois anos	É improvável			18	5,9%					
	Não está muito certo			17	5,6%	17	20,0%			<0,001
	Bastante provável	85	100,0%	271	88,6%	68	80,0%	34	100,0%	
Recursos mentais	4	85	100,0%	306	100,0%	85	100,0%	34	100,0%	***
	moderada capacidade	17	20,0%	35	11,4%	17	20,0%			
Capacidade para o trabalho (ICT)	boa capacidade	51	60,0%	172	56,2%	51	60,0%	17	50,0%	0,001
	ótima capacidade	17	20,0%	99	32,4%	17	20,0%	17	50,0%	

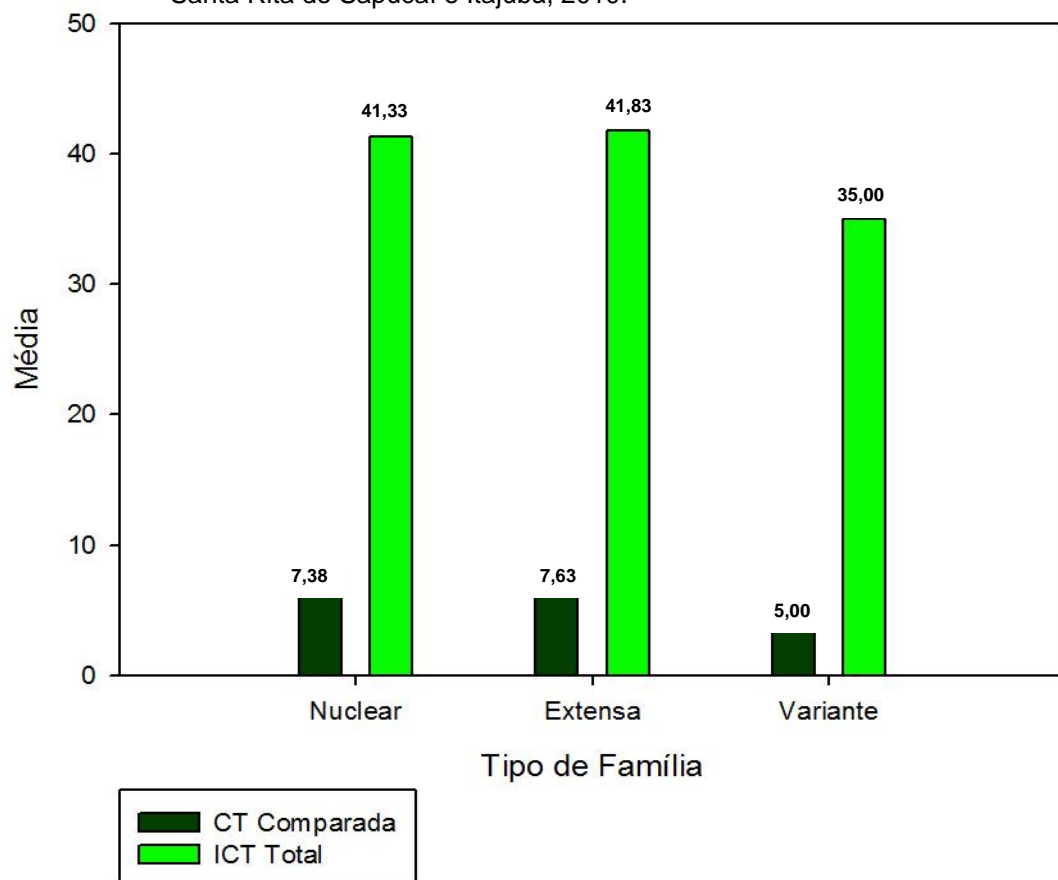
* Interação significativa pelo teste Qui-quadrado ($p < 0,05$)

Fonte: Do autor.

Com relação aos domínios do ICT é evidenciando maior percentual de pessoas idosas com capacidade para o trabalho em relação às exigências pontuadas com 6 e 7 e com maior número de faltas e dias não trabalhados no grupo dos casados. Entre os viúvos, há um maior percentual de participantes que afirmam, às vezes, ser necessário diminuir o ritmo de trabalho. Os idosos solteiros apresentam maior número de doenças diagnosticadas e, os divorciados demonstram o maior percentual para ótima CT. Com relação ao provável prognóstico sobre sua CT, o grupo dos solteiros e dos divorciados apresentam maior percentual, afirmando ser bastante provável continuarem nas atividades laborais.

7.3.5 Tipo de Família

Gráfico 08 – Diferença entre tipo de família, CT comparada e ICT total o trabalho. Pouso Alegre, Santa Rita do Sapucaí e Itajubá, 2010.



Fonte: Do autor.

O tipo de família mais declarado pelos participantes deste estudo foi a nuclear (50%) seguida da extensa (46,7%). Na comparação entre o tipo de família, CT Comparada e ICT Total, a média da família extensa foi maior em relação às demais. No entanto, não houve diferença estatística significativa.

Tabela 11 – Diferença entre tipo de família e capacidade para o trabalho em relação aos domínios do ICT. Pouso Alegre, Santa Rita do Sapucaí e Itajubá, 2010.

		TIPO DE FAMÍLIA						valor de p
		Nuclear		Extensa		Variante		
		n	%	n	%	n	%	
Capacidade para o trabalho em relação às exigências do trabalho	6			17	7,1%			
	7	17	6,7%	68	28,6%			
	8	120	47,1%	68	28,6%			<0,001
	9	101	39,6%	50	21,0%	17	100,0%	
	10	17	6,7%	35	14,7%	0	0,0%	
Número de doenças atuais diagnosticadas pelo médico (pontos)	5 doenças	17	6,7%			17	100,0%	
	4 doenças	18	7,1%					
	3 doenças	34	13,3%	18	7,6%			<0,001
	2 doenças	34	13,3%	0	0,0%			
	1 doença	51	20,0%	169	71,0%			
Perda estimada para o trabalho devido às doenças	nenhuma doença	101	39,6%	51	21,4%			
	Algumas vezes preciso diminuir o ritmo ou mudar meus métodos	35	13,7%	35	14,7%			
	Eu sou capaz de fazer meu trabalho mas ele me causa alguns s	50	19,6%	68	28,6%	17	100,0%	<0,001
	Não há impedimento/ não tenho doença	170	66,7%	135	56,7%			
	De 25 a 99 dias	18	7,1%					
Faltas ao trabalho por doenças nos últimos 12 meses	De 10 a 24 dias			34	14,3%			
	Até 9 dias	33	12,9%	17	7,1%	17	100,0%	<0,001
	Nenhum	204	80,0%	187	78,6%			
Prognóstico próprio da capacidade para o trabalho daqui a dois anos	É improvável	18	7,1%	0	0,0%			
	Não está muito certo	17	6,7%	17	7,1%			<0,001
	Bastante provável	220	86,3%	221	92,9%	17	100,0%	
Recursos mentais	4	255	100,0%	238	100,0%	17	100,0%	***
	moderada capacidade	35	13,7%	17	7,1%	17	100,0%	
Capacidade para o trabalho (ICT)	boa capacidade	154	60,4%	137	57,6%			<0,001
	ótima capacidade	66	25,9%	84	35,3%			

* Interação significativa pelo teste Qui-quadrado ($p < 0,05$)

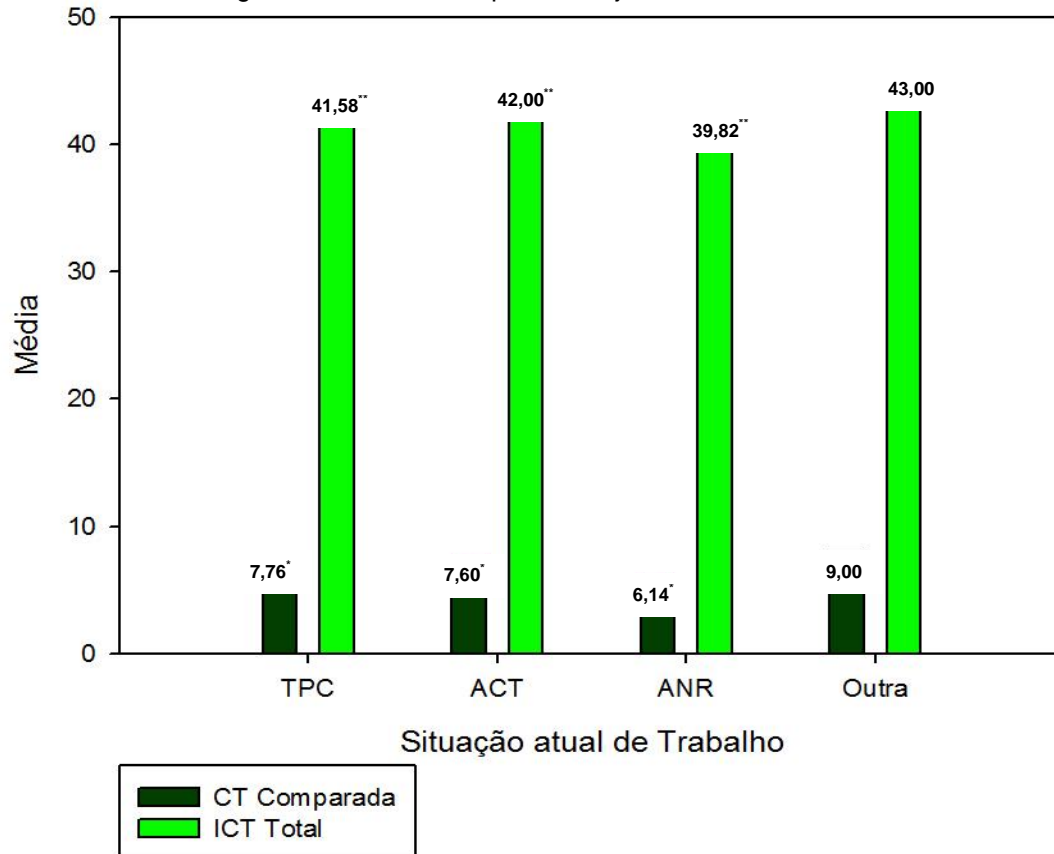
Fonte: Do autor.

Já na comparação entre o tipo de família e os domínios do ICT, observa-se que há diferença estatística ($p < 0,05$) demonstrando que as famílias do tipo nuclear e extensa necessitam, algumas vezes, diminuir o ritmo de trabalho e não apresentam faltas ao trabalho. Para a família variante, há um maior percentual de

participantes com cinco ou mais doenças diagnosticadas, bem como apresentam um prognóstico bastante provável de capacidade para o trabalho. Os participantes das famílias do tipo extensa apresentam pontuações entre seis e sete de acordo com as exigências do trabalho além de apresentarem ótima capacidade para o trabalho.

7.3.6 Situação de trabalho

Gráfico 09 – Diferença entre situação de trabalho, CT comparada e ICT total o trabalho. Pouso Alegre, Santa Rita do Sapucaí e Itajubá, 2010.



* Valor ajustado por Brown-Forsythe. Interação significativa entre as médias pela ANOVA e Teste de Dunnett ($p < 0,001$).

** Interação significativa entre as médias pelo teste de Bonferroni ($p < 0,001$).

TPC: Trabalha por conta própria; ACT: Aposentado, continua trabalhando; ANR: Atividade não remunerada.

Fonte: Do autor.

A maioria (60%) dos participantes afirma que o trabalho autônomo é o tipo mais comum de atividade laboral desempenhada e, ao comparar a situação de trabalho com CT Comparada é significativa a diferença entre as médias ($p < 0,05$),

demonstrando que a média do TPC é maior em relação as demais. A interação significativa também é presente com ICT Total após ajuste pelo teste de Brown-Forsythe, evidenciando que a situação de trabalho ACT apresenta maior média em relação as outras ocupações declaradas pelos participantes. A categoria “outra” não foi avaliada por não apresentar variabilidade nas respostas.

Tabela 12 – Diferença entre situação de trabalho e capacidade para o trabalho em relação aos domínios do ICT. Pouso Alegre, Santa Rita do Sapucaí e Itajubá, 2010.

		SITUAÇÃO ATUAL DE TRABALHO								valor de p
		Trabalha por conta própria		Aposentado, continua trabalho		Atividade não remunerada		Outra		
		n	%	N	%	n	%	n	%	
	6	17	5,6%							
Capacidade para o trabalho em relação às exigências do trabalho	7	34	11,1%	34	40,0%	17	16,7%			
	8	103	33,7%			68	66,7%	17	100,0%	<0,001
	9	117	38,2%	34	40,0%	17	16,7%			
	10	35	11,4%	17	20,0%					
	5 doenças	17	5,6%	17	20,0%					
Número de doenças atuais diagnosticadas pelo médico (pontos)	4 doenças	18	5,9%							
	3 doenças	35	11,4%			17	16,7%			
	2 doenças	34	11,1%							<0,001
	1 doença	118	38,6%	34	40,0%	51	50,0%	17	100,0%	
	nenhuma doença	84	27,5%	34	40,0%	34	33,3%			
Perda estimada para o trabalho devido às doenças	Algumas vezes preciso diminuir o ritmo ou mudar meus métodos	53	17,3%			17	16,7%			
	Eu sou capaz de fazer meu trabalho mas ele me causa alguns	102	33,3%	17	20,0%	16	15,7%			<0,001
	Não há impedimento/não tenho doença	151	49,3%	68	80,0%	69	67,6%	17	100,0%	
	De 25 a 99 dias	18	5,9%							
	De 10 a 24 dias	17	5,6%			17	16,7%			
Faltas ao trabalho por doenças nos últimos 12 meses	Até 9 dias	17	5,6%	17	20,0%	33	32,4%			<0,001
	Nenhum	254	83,0%	68	80,0%	52	51,0%	17	100,0%	
	É improvável	18	5,9%	0						
Prognóstico próprio da capacidade para o trabalho daqui a dois anos	Não está muito certo	0	0,0%	17	20,0%	17	16,7%			<0,001
	Bastante provável	288	94,1%	68	80,0%	85	83,3%	17	100,0%	
	Recursos mentais	4	306	100,0%	85	100,0%	102	100,0%	17	100,0%
Capacidade para o trabalho (ICT)	moderada capacidade	35	11,4%	17	20,0%	17	16,7%			
	boa capacidade	155	50,7%	34	40,0%	85	83,3%	17	100,0%	<0,001
	ótima capacidade	116	37,9%	34	40,0%					

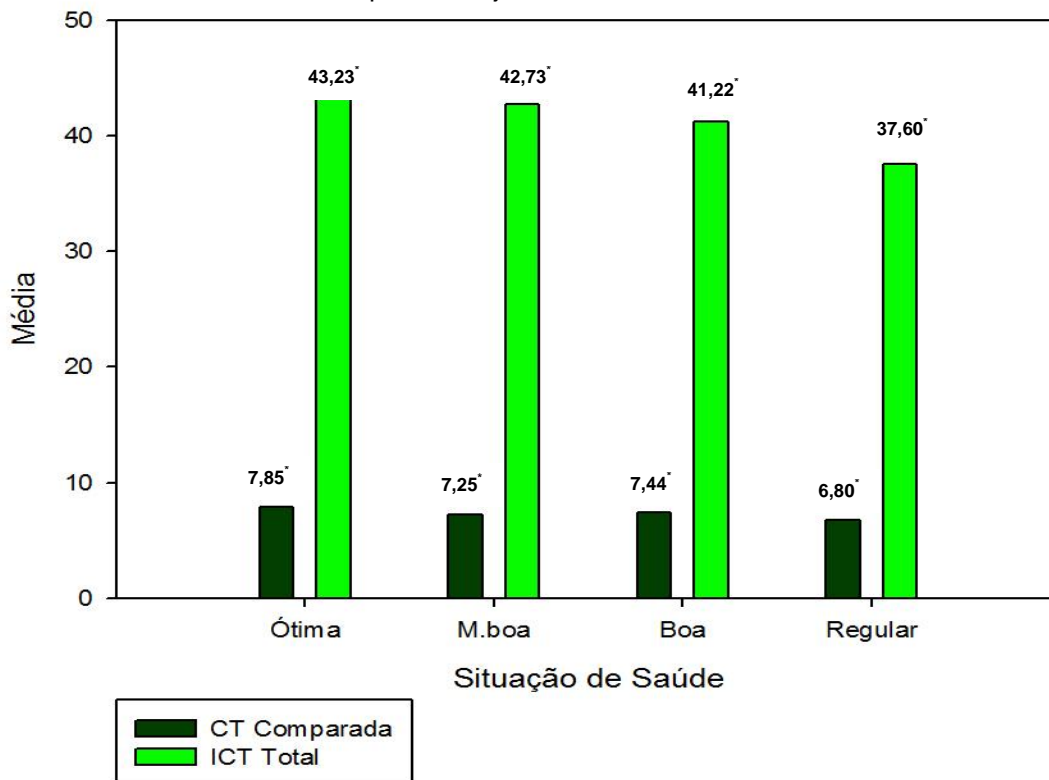
* Interação significativa pelo teste Qui-quadrado ($p < 0,05$)

Fonte: Do autor.

Pelos resultados da Tabela 12, observa-se que houve diferença em relação a todas as dimensões do ICT ($p < 0,05$). Há evidências de que há maior percentual de trabalhadores idosos com capacidade para o trabalho em relação às exigências pontuadas com 6 e 7 no grupo que trabalha por conta própria e também uma necessidade de diminuir o ritmo de trabalho nos grupos trabalha por conta própria e com atividade não remunerada. O grupo outras situações de trabalho não apresentam faltas ao trabalho e afirmam que é bastante provável o prognóstico de capacidade para o trabalho. Por fim, no grupo de aposentados que continuam trabalhando, há o maior percentual com cinco ou mais doenças diagnosticadas; porém, esse grupo apresenta também o maior percentual de ótima capacidade de trabalho.

7.3.7 Situação de saúde

Gráfico 10 – Diferença entre situação de saúde, CT comparada e ICT total o trabalho. Pouso Alegre, Santa Rita do Sapucaí e Itajubá, 2010.



* Valor ajustado por Brown-Forsythe. Interação significativa entre as médias pela ANOVA e Teste de Dunnett ($p < 0,001$).

Fonte: Do autor.

Em relação à situação de saúde, CT Comparada e ICT Total nota-se que há diferença significativa, na qual a situação de saúde declarada ótima (26,7%) apresenta as maiores médias em relação às demais, mesmo diante do maior número de participantes que declararam a saúde como boa (43,5%).

Tabela 13 – Diferença entre situação de saúde e capacidade para o trabalho em relação aos domínios do ICT. Pouso Alegre, Santa Rita do Sapucaí e Itajubá, 2010.

		SITUAÇÃO DE SAÚDE								valor de p*
		Ótima		Muito boa		Boa		Regular		
		n	%	n	%	n	%	n	%	
Capacidade para o trabalho em relação às exigências do trabalho	6					17	7,7%			
	7			17	25,4%	17	7,7%	51	60,0%	
	8	86	63,2%	33	49,3%	69	31,1%			<0,001
	9	33	24,3%	17	25,4%	84	37,8%	34	40,0%	
	10	17	12,5%	0	0,0%	35	15,8%			
5 doenças					17	7,7%	17	20,0%		
4 doenças					18	8,1%				
Número de doenças atuais diagnosticadas pelo médico (pontos)	3 doenças					35	15,8%	17	20,0%	<0,001
	2 doenças	17	12,5%	0	0,0%	0	0,0%	17	20,0%	
	1 doença	84	61,8%	51	76,1%	51	23,0%	34	40,0%	
	nenhuma doença	35	25,7%	16	23,9%	101	45,5%	0	0,0%	
	Algumas vezes preciso diminuir o ritmo ou mudar meus métodos					36	16,2%	34	40,0%	
Perda estimada para o trabalho devido às doenças	Eu sou capaz de fazer meu trabalho mas ele me causa alguns	34	25,0%			67	30,2%	34	40,0%	<0,001
	s									
	Não há impedimento/ não tenho doença	102	75,0%	67	100,0%	119	53,6%	17	20,0%	
Faltas ao trabalho por doenças nos últimos 12 meses	De 25 a 99 dias					18	8,1%			<0,001
	De 10 a 24 dias	17	12,5%			17	7,7%			
	Até 9 dias					50	22,5%	17	20,0%	
	Nenhum	119	87,5%	67	100,0%	137	61,7%	68	80,0%	
Prognóstico próprio da capacidade para o trabalho daqui a dois anos	É improvável					18	8,1%			<0,001
	Não está muito certo							34	40,0%	
	Bastante provável	136	100,0%	67	100,0%	204	91,9%	51	60,0%	
Recursos mentais	4	136	100,0%	67	100,0%	222	100,0%	85	100,0%	***
Capacidade para o trabalho (ICT)	moderada capacidade					35	15,8%	34	40,0%	<0,001
	boa capacidade	69	50,7%	34	50,7%	137	61,7%	51	60,0%	
	ótima capacidade	67	49,3%	33	49,3%	50	22,5%			

* Interação significativa pelo teste Qui-quadrado ($p < 0,05$)

Fonte: Do autor.

Ao analisarmos situação de saúde e os domínios do ICT, evidencia-se que há um maior percentual de participantes com capacidade para o trabalho em relação às exigências pontuadas com 6 ou 7 no grupo com saúde boa. Os

participantes do grupo muito boa não declararam impedimentos para o trabalho além de não cometerem faltas. Já para o grupo que considera sua saúde regular, há maior percentual de cinco ou mais doenças e os participantes não estão certos do prognóstico para a capacidade de trabalho. Por fim, o maior percentual de participantes que apresenta ótima capacidade para o trabalho está nos grupos que consideram sua saúde ótima ou muito boa.

Díscussão

8 DISCUSSÃO

Capacidade para o trabalho é resultante de um processo dinâmico; que diz respeito às habilidades que o trabalhador apresenta para executar atividades laborais, de acordo com as exigências ocupacionais e seu estado de saúde (MARTINEZ; LATORRE, 2006 p. 852, SILVA et al., 2010 p. 159). Diferentes fatores, tais como características demográficas, estilo de vida, envelhecimento e exigências do trabalho comprometem tal capacidade, podendo torna-la insatisfatória ao longo da vida. Nesse sentido, medidas para a manutenção da capacidade para o trabalho devem abarcar propostas de melhorias nas condições de vida bem como, no ambiente de trabalho, com vistas a maior produtividade e melhor qualidade de vida dentro e fora das Organizações (MARTINEZ; LATORRE; FISCHER, 2010 p. 1555, TUOMI et al., 2005 p. 7).

A mensuração da capacidade para o trabalho foi concretizada por meio do índice de capacidade para o trabalho (ICT), o que possibilitou a avaliação e detecção de alterações relacionadas ao trabalho em sete dimensões: capacidade para o trabalho atual e 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 às doenças, falta ao trabalho por doenças, prognóstico próprio sobre a capacidade para o trabalho e recursos mentais (TUOMI et al., 2005 p. 11).

De tal modo, a média da capacidade de trabalho da população deste estudo é de 41,35 sendo que a grande maioria (57,1%) dos participantes avaliaram sua capacidade como boa. Em estudo realizado no Irã, com trabalhadores de uma Indústria Petroquímica na faixa etária de 40 a 65 anos revelou que a média do ICT foi de 39,2 classificando a capacidade de trabalho dos operários como boa (MAZLOUMI et al., 2012 p. 112). Em Luxemburgo, 41,8% dos trabalhadores de empresas filiadas ao Serviço Multisetorial de Saúde no Trabalho apresentaram ICT ótimo e 39,2% bom (EL FASSI et al., 2013 p. 5). Já, em estudo realizado com 10.218 trabalhadores do Oeste da China, demonstrou ICT médio de 36,8 classificado como bom, porém em uma faixa etária variante de 16 a 69 anos (LIN; WANG; WANG, 2006 p. 91). No Brasil, em estudo realizado com servidores de uma Instituição Judiciária Federal, com média de idade de 36,2, apontou que 61,1% dos

trabalhadores apresentaram o ICT moderado ou ruim, necessitando de medidas de melhoria e restauração de tal capacidade (BELLUSCI; FISCHER, 2006 p.,608). Ainda no País brasileiro, estudo (MONTEIRO et al. 2011, p. 1179) feito com auxiliares de enfermagem de uma Instituição Pública de Saúde, evidenciou que trabalhadores com idade de 50 anos, apresentavam ICT médio de 38,6. Nesse contexto, o valor médio do ICT para os trabalhadores idosos deste estudo foi superior aos demais encontrados na literatura. Assim, pode-se inferir que essa população apresenta boa capacidade para o trabalho e superior em relação a amostras mais jovens.

Quanto a idade dos trabalhadores idosos, a média deste estudo foi 68,7 e pode ser considerada um fator de destaque, uma vez que na literatura nacional e internacional, as médias de idade variam de 36,6 (LING; WANG; WANG, 2006 p. 91) a 59,3 (MILIDONIS; GREENE, 2005 p. 73). Na sociedade moderna, debates relativos à idade são indispensáveis, tendo em vista que a expectativa de vida vem aumentando progressivamente e também, por considerar o envelhecimento uma experiência heterogênea e individual, não determinada pela idade cronológica (SCHNEIDER; IRIGARAY, 2008 p. 586). Assim, é premente investir na promoção da capacidade funcional, considerada principal indicador da capacidade adaptativa do ser humano (CALDAS; VERAS, 2008 p. 42), e torná-la o grande diferencial para favorecer a permanência dos indivíduos idosos na comunidade e no ambiente laboral.

Com o envelhecimento da população, são fortes as evidências sobre o aumento na proporção de pessoas idosas em várias ocupações. No Japão, já no final do milênio, três quartos da população masculina entre 60 e 64 anos de idade ainda estavam na força de trabalho (CHAN; TAN; KOH, 2000 p. 483). Estudo realizado no Reino Unido (BELL; RUTHERFORD, 2013 p. 34) concluiu que uma proporção significativa de trabalhadores idosos preferem trabalhar por mais tempo, em detrimento daqueles que elegem menor carga horária laboral. Diante desse panorama, algumas organizações têm empregado uma ferramenta gerencial, denominada Gestão da Idade, que reconhece a força de trabalho da população idosa, embasada em quatro dimensões - reconhecimento da atitude positiva frente ao envelhecimento, apoio da equipe e formação de grupos, soluções individuais às mudanças ocorridas pelo envelhecimento e comunicação dessas mudanças às

Organizações de trabalho (ILMARINEN; RANTANEN, 1999 p. 22). Tal prática favorece a valorização do trabalhador idoso, além de oferecer propostas às Organizações para minimizar efeitos do envelhecimento do profissional e reduzir barreiras etárias (CEPELLOS, 2013 p.40); apesar dos gestores encontrarem dificuldades na aplicabilidade efetiva dessa ferramenta (MANPOWER, 2007 p. 8).

Atualmente, Alemanha, França, Japão, Reino Unido e Estados Unidos adotaram proposta de aumentar a idade de aposentadoria, a fim de estender a vida no trabalho e prevenir problemas fiscais oriundos da diminuição da população economicamente ativa e aposentadorias antecipadas (BELL; RUTHERFORD, 2013 p. 28). Esse fato se esbarra em questões políticas, nas quais pode ser considerado um “choque fatal” nas eleições; por exemplo, após discreto aumento na idade de aposentadoria de 60 para 62 anos, o governo francês reverteu parcialmente essa decisão, posteriormente às eleições presidenciais mais recentes. Essa decisão pode ter sido influenciada por alguns mitos sobre o trabalhador idoso, tais como menor produtividade quando comparado com mais jovens e concepção de envelhecimento ligada à incapacidade e patologias; além do mais, a presença de trabalhadores idosos no mercado de trabalho pode gerar dificuldades de emprego para a nova geração trabalhadora (BÖRSCH-SUPAN, 2013 p. 6).

Esses mitos podem estar relacionados com novas formas de discriminar a pessoa idosa, como o ageism ou ageismo. Considerado preconceito com a idade, o ageismo pode ser visto como um processo de estereótipos e discriminação das pessoas idosas, sendo comparado com o racismo ou sexismo (PALMORE, 1998 p. 4). Nesse sentido, as pessoas idosas são rotuladas como mal-humoradas, exigentes e inúteis; ademais, são categorizadas como rígidas no pensamento e à moda antiga, em relação às habilidades e também à moral (COHEN, 2001 p. 576). Esse tipo de preconceito pode assumir diversas formas, entre as quais se destaca a comunicação com as pessoas idosas; no emprego de frases simples e com tom elevado de voz ou, como se estivesse conversando com um bebê. Comportamentos esses sugerem a noção de que as pessoas idosas apresentam problemas cognitivos, de audição ou intelecto reduzido (NELSON, 2005 p. 209).

Uma outra forma de analisar o ageismo pode ser realizada pela Teoria da Identidade Social (TIS), membros do grupo social buscam a autoidentidade positiva e avaliam seu grupo sempre de forma mais positiva em relação aos outros. Nesse

contexto, o ageísmo pode ser derivado de uma autoimagem mais positiva do grupo etário mais jovem quando comparado ao grupo de pessoas idosas. Ademais, na Organização as pessoas idosas usualmente formam um grupo social menor, o que reflete na identidade social dessas pessoas. E nas relações interpessoais, o ageísmo pode dilatar esse impacto, e ao serem repetidos diariamente, podem conduzir ao isolamento da pessoa idosa na sociedade de trabalho (COUTO et al. 2009 p. 510). A extensão real da discriminação generalizada contra os trabalhadores mais velhos é difícil de avaliar; mas são apontadas barreiras no recrutamento, no treinamento e no desenvolvimento do profissional idoso, além da super-representação desses como alvo, quando a demissão é necessária (TAYLOR, 2000 p. 266).

Com relação ao gênero, pode-se notar sucessivo crescimento da atividade produtiva feminina, relacionado às mudanças nos padrões de comportamento, redução dos postos de trabalho com ocupações tipicamente masculinas, a reestruturação econômica no Brasil, fatos esses que podem ter favorecido a participação das mulheres no mercado de trabalho (GIATTI; BARRETO, 2002 p. 826). As conquistas inerentes à participação crescente das mulheres nesse cenário são apreciadas de forma positiva, refletindo progressos na busca pela autonomia, independência econômica, possibilidades de tomada de decisões e agir livremente (BENITES; BARBARINI, 2009 p. 17; FIGUEIREDO et al., 2007 p. 422). Na literatura nacional e internacional, como relatada a seguir, a associação entre gênero e capacidade para o trabalho apresenta diferentes resultados, indicando que as mulheres podem apresentar a capacidade para o trabalho inferior a dos homens.

Estudo (MARTINEZ; LATORRE; FISCHER, 2010 p. 1555), aponta que o gênero feminino tem maior risco de perda da capacidade para o trabalho; situação que é influenciada pelas piores condições de trabalho e salariais em relação aos homens e ainda, pela dupla jornada de trabalho. No estudo realizado com trabalhadores da linha de produção de uma empresa multinacional de porte médio (WALSH et al., 2004 p. 154) evidenciou que gênero feminino apresenta ICT significativamente menor quando comparado com o gênero masculino, uma vez que as mulheres podem apresentar maior risco de lesão músculo-esquelética, comprometendo assim, sua capacidade para o trabalho. Um estudo que acompanhou trabalhadores municipais em Helsinki - Finlândia (SEITSAMO;

MARTIKAINEN, 1999 p. 348) entre os anos de 1985 a 1992, demonstrou que não houve diferença entre os gêneros no nível de capacidade para o trabalho, mas sim no tipo de exigência do trabalho. Na Suécia, participantes de um estudo com idade variável entre 55 e 74 anos evidenciou que a capacidade para o trabalho e a mobilidade física prejudicada são mais frequente em mulheres (PUDARIC; SUNDQUIST; JOHANSSON, 1998 p. 38).

Já, estudo realizado em uma Instituição Pública no Brasil no ano de 2006, com média de idade para o gênero feminino de 43,1 anos e 49 anos para o gênero masculino, evidenciou que as mulheres apresentavam capacidade ruim ou boa para o trabalho; enquanto os homens apresentavam capacidade moderada e ótima; entretanto não houve diferença significativa. Neste mesmo estudo, a análise de variância demonstrou que a idade interfere no gênero feminino, diminuindo seu ICT médio, sendo necessário a implementação de medidas para preservar seu trabalho (MONTEIRO; ILMARINEN; FILHO, 2006 p. 421). No ano de 2013, estudo realizado em Luxemburgo, com população afiliada ao Serviço de Saúde Ocupacional de idade variável entre 40 e 65 anos, comprovou que a diminuição do ICT no gênero feminino estaria relacionado ao maior número de afastamentos e dias de ausência no trabalho, bem como pelos recursos psicológicos mais baixos das mulheres (EL FASSI et al., 2013 p.8). Ademais, estudo realizado em uma Instituição Judiciária Federal no Brasil, evidenciou que a variável gênero apresenta associação significativa com a perda da capacidade para o trabalho, evidenciando que a mulher apresenta 2,2 vezes mais chances de ter o ICT baixo ou moderado quando comparado com homens (BELLUSCI; FISCHER, 1999 p. 608).

A despeito disso, estudo realizado com trabalhadores chineses, incluindo operários e profissionais de escritório, com idade média de 36,8 anos demonstrou que a capacidade para o trabalho do gênero feminino é significativamente maior que a do gênero masculino, sendo que o mesmo apresenta escore do ICT ruins em relação às mulheres, mesmo após o controle estatístico da idade. Esse achado pode estar relacionado à cultura chinesa, na qual os homens recebem maior pressão social no trabalho que as mulheres, o que corresponde a uma diminuição da capacidade para o trabalho (LIN; WANG; WANG, 2006 p. 92). Estudo realizado com trabalhadores municipais na Finlândia (TUOMI et al., 1997 p. 9) demonstrou maior participação e permanência de mulheres nas etapas do estudo, como também, em

suas atividades laborais . Ademais, tal estudo mostrou que o ICT melhorou durante o envelhecimento, entre 9% para homens e 9,2% para mulheres. Dessa forma, podemos observar que os resultados do estudo chinês, referentes à variável gênero, tem aproximação com os deste estudo, na qual as mulheres apresentaram maior capacidade para o trabalho quando comparado com o gênero masculino. Entretanto, faz ressalva a média de idade da trabalhadora chinesa de 36,8 anos.

O maior números de mulheres na população em geral, a também feminização da velhice associada a maior longevidade do gênero feminino e, ainda sua melhor capacidade para o trabalho, em relação ao homem, oferece diferentes oportunidades como novas demandas educacionais, mudança de emprego e de profissão, bem como a possibilidade de novo casamento. Para tanto, o gênero feminino apresenta maior flexibilidade e habilidades em combinar atividades referentes ao cuidado do lar com trabalho, recreação e participação em atividades comunitárias, além de estarem atuando como importantes agentes de mudança social, superando os limites do isolamento e da discriminação e assumindo, como provedoras, o sustento do lar (SALGADO, 2002 p. 16; CAMARANO, 2003 p. 59). Para a Teoria da Identidade Social, o caráter identitário pode variar de acordo com o contexto na qual o trabalhador está inserido (WILLETTS; CLARKE, 2013 p. 166). Dessa forma, é possível que o trabalhador idoso do gênero feminino, possa desenvolver diferentes atividades laborais e sociais, sempre em busca de uma visão positiva de sua identidade social evidente.

Por conseguinte, é essencial abordar fatores que permeiam o envelhecer do gênero feminino, com vistas à implementação de intervenções destinadas ao estímulo dessas mulheres na participação social, nas atividades físicas que permitam a conservação de sua capacidade funcional e a prevenção e controle de enfermidades crônicas (BRETANHA; AMESTOY; THUMÉ, 2013 p. 215).

Entre os determinantes sociais, o envolvimento religioso também merece evidência, em virtude do papel que o mesmo desempenha no nível de bem estar, qualidade de vida, redução de angústia e demais sintomas depressivos, bem como na diminuição nas taxas de morbidade e mortalidade (CARDOSO; FERREIRA, 2009 p. 382, DUARTE et al. 2008 p. 173). Nessa perspectiva, religiosidade é considerada um sistema organizado de crenças, práticas, doutrinas, valores pessoais que facilitam a proximidade com o sagrado; um caminho para o individuo se relacionar

com algo ou alguém maior do que o mundo físico (BARRICELLI et al., 2012 p. 506, GOLDSTEIN; NERI, 1999 p. 83).

No Brasil, com o passar dos anos, foram verificadas mudanças expressivas no perfil religioso da população; em 1970, o percentual de pessoas católicas era de 91,8%, seguida de 5,2% de evangélicos. Já no ano 2000 houve diminuição acentuada no percentual de pessoas adeptas da religião católica, passando a configurar 73,6% da população, acompanhado do aumento no número de indivíduos que se declaravam evangélicos, significando 15,4% de pessoas no País. Em 2010, a proporção de católicos manteve-se majoritária, com 64,6% da população e 22,2% de evangélicos (IBGE, 2010 p. 91).

Os participantes deste estudo declaram, em sua maioria (83,3%), que são adeptos à religião católica e 9,8% dos trabalhadores idosos revelam que são evangélicos. Estudo realizado em São Paulo – SP para identificar crenças religiosas e sua importância para indivíduos idosos (DUARTE et al. 2008 p. 175) identificou que, na faixa etária de 60 a 79 anos, 70,7% dos participantes praticavam a religião católica e 19,7% a evangélica. Já no estudo realizado com população de uma ESF de Campinas – SP (FLORIANO; DALGALARRONDO, 2007 p. 165) 67% das pessoas idosas participantes declararam ser católicas e 29,2% evangélicas. Pessoas idosas participantes de estudo realizado no meio-oeste de Santa Catarina – BR (DENDENA et al., 2011 p. 194) afirmaram que a religiosidade influencia de forma positiva no processo de envelhecimento, favorecendo o enfrentamento de eventos estressores cotidianos, além de assegurar que tal processo não seja caracterizado por abandono, solidão e perda dos papéis sociais.

Ao se identificar com algum grupo religioso, o indivíduo idoso passa assumir valores e significados desse grupo como autodefinidores, exibindo, perante a sociedade, sentimentos gerados por ser parte desse grupo e o valor pessoal dessa pertença. Assim, o desempenho profissional pode sofrer influências do comprometimento da pessoa idosa com a prática religiosa, bem como no enfrentamento das diferentes situações cotidianas.

Dessa forma, pode-se demonstrar que os dados deste estudo estão em consonância com as informações nacionais e da literatura especializada, embora não tenham sido encontrados estudos que avaliassem a interferência da religião na capacidade para o trabalho da pessoa idosa. Os resultados deste estudo apontam a

correlação inversamente proporcional entre pessoas idosas católicas e capacidade para o trabalho, ao passo que a relação entre evangélicos e capacidade para o trabalho é diretamente proporcional. Assim, considerando o aumento da população evangélica e a premência de compreender a promoção da capacidade para o trabalho, nessa perspectiva insurge uma nova questão de pesquisa sobre o entendimento da relação entre capacidade para o trabalho e religiões evangélicas, a qual poderá ser desenvolvida nos diferentes eixos metodológicos.

Assim, pertencer a uma religião e dar importância a ela pode representar importante mecanismo de enfrentamento de problemas cotidianos para as pessoas idosas, fornecendo maior satisfação com a vida e menores taxas de problemas relacionados com a saúde mental (DUARTE et al., 2008 p. 177).

Em referência à escolaridade, o ensino fundamental incompleto representa o grau de escolaridade da maioria dos participantes deste estudo, ou seja, 43,3%. Todavia, é o ensino fundamental completo que apresenta a maior média comparada com os outros graus de escolaridade e, os trabalhadores idosos do grupo sem escolaridade apresentam melhor capacidade para o trabalho, exceto pelo ensino fundamental completo e ensino fundamental incompleto. A baixa escolaridade dessas pessoas pode estar relacionada às desigualdades sociais das décadas de 1930 e 1940, bem como das políticas educacionais da época, na qual o acesso à educação era restrito (CAMPOS et al., 2009 p. 82). Nesse contexto, a predominância da escolaridade entre pessoas idosas é o ensino primário, fator que pode gerar ansiedade e sentimentos de medo ao assumir as demandas de trabalho no mundo tecnológico, quando comparados aos mais jovens; os quais apresentam como escolaridade básica o ensino secundário (ILMARINEN; RANTANEN, 1999 p. 23). Segundo a Teoria da Identidade Social, essa comparação de escolaridade é acontece comumente na sociedade e em especial entre os jovens, na busca pela identidade social positiva de seu grupo, o qual destacará dos outros grupos sociais. Ademais, o fortalecimento da identidade do grupo social na Organização de Trabalho tem impacto no desempenho e no cumprimento de metas, estando relacionado, de forma direta, com os padrões individuais de desempenho.

Em contrapartida, estudo promovido em indústria petroquímica, no Irã, apontou que todos os participantes da investigação apresentaram nível superior em educação (MAZLOUMI et al., 2012 p. 1140), corroborando o estudo realizado com

servidores forenses no Brasil (BELLUSCI; FISCHER, 1999 p. 604) no qual a escolaridade mediana foi de nível superior, abrangendo 75% dos servidores. Também, em estudo realizado no Brasil, empregando dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios do ano de 2006, tem como conclusão que a baixa escolaridade eleva as chances do trabalhador idoso permanecer no mercado de trabalho, aposentado ou não (DAMASCENO; CUNHA, 2008 p. 16). Ao passo que, estudo realizado em uma Instituição de Saúde Pública Brasileira (MONTEIRO; ILMARINEN; FILHO, 2006 p. 426) evidenciou que maior idade, baixa escolaridade e longa carreira na Instituição foram significativamente associados com reduzida capacidade de trabalho.

A despeito disso, quando o nível de escolaridade aumenta, as chances de empregos com carteira assinada ou como funcionários públicos se elevam (QUEIROZ; RAMALHO, 2009 p. 842), confirmando assim que o nível de escolaridade correlaciona-se positivamente com a permanência no mercado de trabalho (FLIPPEN; TIENDA, 2000 p. 28, PARNES; SOLMMERS, 1994 p. 123, PÉREZ; WAJNMAN; OLIVEIRA, 2006 p. 270). De tal modo, pessoas idosas com maior escolaridade tem maior probabilidade de permanecer trabalhando, contribuindo dessa forma, com o incremento financeiro na renda familiar (GIATTI; BARRETO, 2003 p. 769).

Assim sendo, pode-se deduzir que a escolaridade afeta a capacidade para o trabalho notadamente de duas formas; negativamente pela redução dessa capacidade ou positivamente pela possibilidade de geração de empregos formais e consequente manutenção no ambiente laboral. No contexto da valorização social da velhice, a educação favorece o envolvimento potencial e criativo das pessoas com seu mundo, permitindo aprendizado constante e possibilidades de transformação cultural e da própria sociedade (OLIVEIRA, 2012 p. 7). É nesse sentido que muitas iniciativas públicas e não governamentais se voltam à alfabetização e educação de adultos e idosos, por entender que o grau de escolaridade influencia a vida econômica, social e o acesso aos serviços de saúde (PILGER; MENON; MATHIAS, 2011 p. 1236). Assim, a Universidade Aberta da Terceira Idade surge no cenário contemporâneo para contribuir com melhorias na saúde física, mental e social das pessoas idosas. Tal Universidade apadrinha a aquisição de interesse pela vida, mais energia e saúde; por meio de programas de educação formal e não formal, como

atividades físicas, culturais, ações de saúde preventiva, desmistificando a imagem da pessoa idosa na sociedade e buscando reinseri-la no panorama de tecnologias e globalização (NUNES, 2001 p.2, VERAS; CALDAS, 2004 p. 425).

Quanto à variável estado civil, a maioria (60%) dos participantes deste estudo se declararam casados. Igualmente, nos estudos de Mazloumi et al. (2012 p. 114) e de Pereira (2013 p. 31) a maior parte dos colaboradores se declararam casados. A associação entre as variáveis estado civil, CT Comparada e ICT Total apresentam interação significativa ($p < 0,05$), revelando que trabalhadores do grupo solteiros apresentam melhor capacidade para o trabalho em relação aos demais grupos, mesmo representando 16,7% da população total. No estudo realizado com bombeiros nas cidades de Aveiro e Porto, em Portugal (MARTIN et al. 2013 p. 95) constatou que o estado civil não influenciava, de forma significativa, o valor do ICT. Já em Lisboa - PT, no estudo promovido com trabalhadores de uma Companhia de limpeza urbana (PEREIRA, 2013 p. 45), a associação entre estado civil e ICT não foi significativa. E, no estudo realizado por Bellusci e Fischer (1999 p. 4) o estado conjugal apresentou associação significativa com a perda da capacidade para o trabalho.

Na exploração teórica do tema foram localizados estudos, relatados a seguir, que exibem a influência do estado civil na capacidade funcional; considerando tal capacidade como preditor na manutenção e permanência do indivíduo idoso na atividade laboral, pode-se relacionar os impactos desta na capacidade para o trabalho. No estudo realizado com pessoas idosas na cidade de Natal - RN (MACIEL; GUERRA, 2007 p. 187) ficou demonstrado forte associação entre dependência funcional e estado civil, pois os idosos que se declararam casados apresentavam menor chance de exibir limitações funcionais. Outrossim, no estudo de Virtuoso Júnior e Guerra (2011 p. 2546) e Nunes et al. (2009 p. 380), o estado civil apresentou associação significativa com capacidade funcional, demonstrando que estado de viuvez das mulheres idosas representava um risco aumentado de limitação funcional, quando comparadas com mulheres solteiras.

Neste estudo, há um maior percentual do grupo declarado viúvo que afirma, às vezes, ser necessário diminuir o ritmo do trabalho. Considerando a maior sobrevivência do gênero feminino, o estado de viuvez pode ser encarado como desafio às mulheres idosas, uma vez que o momento é marcado por sofrimento, danos

psicológicos e sociais (BALDIN; FORTES, 2007 p. 51). Ademais, esse período de adaptação após a perda do companheiro é marcado por transformações na dinâmica cotidiana e também na identidade da mulher idosa, proporcionando espaço de liberdade, autonomia e desenvolvimento de novas habilidades (BUAES, 2007 p. 112). A mulher idosa pode afastar-se do grupo de viúvas, por entender que esse não contribui de forma positiva a sua identidade social e, deste modo a se classificar em outros grupos na busca por uma autoimagem diferenciada frente à sociedade, em particular de trabalhadora. Sendo assim, é indispensável fortalecer ações de promoção da saúde, embasadas nos princípios da funcionalidade às pessoas idosas, a fim de propiciar aumento em sua participação no mercado de trabalho e gerar melhorias na autoestima e qualidade de vida.

Neste estudo, a família nuclear formada pelo triângulo pai, mãe e filho, representa (50%) do tipo de família declarada, seguida da família extensa (46,7%), esta composta por pais, filhos, avós e outros parentes (TEIXEIRA, 2008 p. 65, TEIXEIRA; RODRIGUES, 2009 p. 245). Não houve diferença estatística entre as médias do tipo de família, quando comparados com CT Comparada e ICT total. Já na associação com os domínios do ICT verificou-se que a família do tipo extensa apresenta ótima capacidade de trabalho. Embora haja a interação significativa para a população deste estudo, não foram encontrados na literatura específicos estudos que considerassem essa interação. Em Porto Alegre – RS (HILLESHEIN; LAUTERT, 2012 p. 253), o estudo que avaliou a capacidade para o trabalho de enfermeiros do Hospital das Clínicas evidenciou que o grupo de profissionais que conviviam com suas famílias apresentavam ICT maior na comparação com o grupo que não adotava essa convivência.

Viver em família é fundamental às pessoas idosas, uma vez que as relações sociais compostas por familiares e amigos favorecem maior autonomia, melhor enfrentamento na doença, na perda do cônjuge e em crises financeiras. Ademais, esse convívio familiar proporciona ao indivíduo idoso sensação de sentir-se amado, seguro e com autoestima elevada (AREOSA; BENITEZ; WICHMANN, 2012 p. 185, RAMOS, 2002 p. 157), o que naturalmente poderá refletir na capacidade para o trabalho.

Considerando o grupo familiar como primeiro *socius* do indivíduo e base para construção de sua identidade social, o viver em família pode fortalecer o

trabalhador idoso, uma vez que o sentimento de pertencer à família proporciona melhores expectativas de autoeficiência, contribuindo para sua participação nas atividades laborais.

O trabalho pode ser considerado elemento estruturante e central das relações sociais e econômicas em uma sociedade. Dessa forma, investigações que envolvam o mercado de trabalho tornam-se importantes fontes de informação sobre as condições de vida da população, bem como do acesso ao mercado de consumo e serviços básicos, como educação, transporte e habitação (IBGE, 2013b p. 140). O ingresso no mercado de trabalho na terceira idade pode acontecer por diferentes e múltiplas vias, tais como manter-se no emprego atual, prestação de serviços, atividades comerciais, serviços voluntários (OLIVEIRA, 2009 p. 291). Neste estudo, 60% dos participantes afirmam que são trabalhadores autônomos, 16,7% já se encontram aposentados, contudo continuam trabalhando e, por fim, 20% praticam atividades não remuneradas. A comparação entre o tipo de atividade laboral e capacidade para o trabalho é estatisticamente significativa demonstrando que a média do trabalhador por conta própria é maior em relação às demais.

A escolha por trabalho autônomo ou autoemprego entre as pessoas idosas está relacionada à busca de flexibilização da atividade laboral e maior autocontrole das horas trabalhadas (PARRAGUEZ, 2009 p. 364). Nos últimos anos, muitas empresas tem desenvolvido estratégias facilitadoras para funcionários idosos, promovendo cursos e treinamentos, a fim de proporcionar nova gama de saberes para que os mesmos estabeleçam seu próprio negócio ou aprimorem suas atividades de consultorias e assistência técnica (SZAJMAN, 2009 p. 37), beneficiando esses trabalhadores e permitindo maior participação nas atividades laborais. Essas estratégias contribuem para o indivíduo idoso afirmar sua identidade social positiva, assumindo assim, um nova postura na sociedade.

Quanto às exigências do trabalho, sejam elas físicas ou mentais, podem originar diferentes respostas individuais no padrão de saúde física e comportamental; além de possibilitar redução da capacidade funcional, aparecimento de doenças relacionadas ao trabalho e, conseqüentemente, diminuição da capacidade para o trabalho (ILMARINEN et al., 1991 p. 9). Maior prevalência de doenças é encontrada em profissões fisicamente exigentes; sendo que as principais doenças que levam à incapacidade podem ser as patologias

coronarianas, insuficiência cardíaca congestiva, artrite, bronquite (CHAN; TAN; KOK, 2000 p. 484). Também, como demonstrado no estudo feito em Luxemburgo, o excesso de peso e hábito de fumar podem influenciar na capacidade para o trabalho (EI FASSI et al., 2013 p. 8). A saúde mental apresenta menor correlação com a capacidade para o trabalho do que a saúde física e, naturalmente ela é tida como mais relevante em trabalho com elevadas demandas mentais. A capacidade mental pode ser afetada pelo envelhecimento, com diminuição do desempenho da memória, da capacidade de percepção e da velocidade de processamento de informações. Essas mudanças não são sistemáticas, podendo ser compensadas pelo aumento do conhecimento, da experiência, da habilidade para trabalhar de forma independente e do maior vínculo ao emprego que trabalhadores com mais idade tendem a oferecer (MARTINEZ; LATORE; FISCHER, 2010 p. 1555).

Neste estudo, 60% dos trabalhadores idosos apresentam boa capacidade para o trabalho em relação às exigências físicas e 59,6% classificam, como sendo muito boa, sua capacidade para o trabalho de acordo com as exigências mentais. No estudo realizado com profissionais de Enfermagem em um Pronto Socorro de Campinas – SP (DURAN; COCCO, 2004 p.48) com média de idade de 37,3 anos concluiu que, quanto às exigências físicas, 48,1% da população consideraram sua capacidade para o trabalho como boa e 37% como muito boa. Quanto às exigências mentais, nesse mesmo estudo, 53,7% assinalaram como boa e 35,2% como muito boa sua capacidade para o trabalho. No Paraná - BR, na investigação da capacidade para o trabalho dos funcionários de higiene e limpeza de um Hospital Universitário Público (SILVA et al., 2010 p. 162) foi verificado que, em relação as exigências físicas, 35,7% desses trabalhadores consideraram sua capacidade para o trabalho boa e 25,5% como muito boa; quanto às exigências mentais, 84,7% dos entrevistados relataram capacidade para o trabalho entre muito boa e boa. Já, em estudo realizado com trabalhadores de um Centro de Pesquisa brasileiro (MONTEIRO; ILMARINEN; GOMES, 2005 p. 84), na faixa etária de 35 a 54 anos, foi demonstrado que no grupo de 40 a 54 anos, a capacidade para o trabalho em relação às exigências físicas eram mais baixas que no grupo de 35 a 39 anos. Logo, pode-se inferir que a capacidade para o trabalho está relacionada com às exigências do trabalho.

Quando as condições de trabalho não são respeitadas de acordo com as características individuais e as exigências de trabalho excedem a qualificação do trabalhador, pode ser prejudicial ao mesmo, podendo acarretar respostas fisiológicas agudas ou crônicas e que, em longo prazo, podem diminuir a capacidade funcional do indivíduo e ocasionar doenças ocupacionais e/ ou profissionais (ILMARINEN et al., 1991 p. 9).

A saúde da pessoa idosa está centrada na manutenção da independência e autonomia funcional. Para alcançá-las, é necessário conhecer informações mais detalhadas sobre os diferentes aspectos da saúde dessa pessoa, dentre eles; informações demográficas e socioeconômicas, distribuição das doenças crônicas, capacidade funcional e percepção da pessoa idosa sobre seu estado de saúde (LEBRÃO; LAURENTI, 2003 p. 75). Nesse contexto, a percepção da saúde tem sido descrita como valioso preditor da sobrevivência entre as pessoas idosas, além de ser considerada notável determinante para a capacidade de trabalho (PARAHYBA, 2006 p. 4).

Neste estudo, os trabalhadores idosos percebem sua saúde como ótima (26,7%) e boa (43,5%) e, com relação à capacidade para o trabalho, os grupos que percebem sua saúde como ótima e muito boa apresentam ótimo ICT. Ademais, a maioria desses trabalhadores idosos (59,8%) não apresentam patologias que impeçam a atividade laboral e 76,7% não registraram falta ao trabalho por motivo de doença nos últimos 12 meses. Trabalhadores idosos tendem a apresentar menor taxa de rotatividade de pessoal, além de exibirem outras características, tais como, maior dedicação ao trabalho, melhores habilidades de rotina, caráter mais estável devido à experiência, desenvolvimento intelectual e personalidade relacionada com a idade; o que os tornam ajustados a determinados postos de trabalho (CHAN; TAN; KOH, 2000 p. 484).

No estudo, realizado em Luxemburgo, foi evidenciado que excesso de peso, hábitos tabágicos, doenças mentais e distúrbios osteomusculares exerceram influencia negativa no ICT, aumentando significativamente o risco dos trabalhadores de apresentar baixa capacidade para o trabalho (EL FASSI et al. 2013 p. 8). No Brasil, no estudo realizado em um Centro de Pesquisas, o grupo mais idoso apresentou ausências no trabalho por motivo de doença com duração de 16 a 60 dias, enquanto no grupo mais jovem, as ausências no trabalho foram maiores que

61 dias. Nesse mesmo estudo, não foram registradas ausências maiores que 180 dias entre o grupo mais idoso (MONTEIRO; ILMARINEN; GOMES, 2005 p. 87). Nesse sentido, a presença de doença crônica (SALONEN et al. 2003 p. 67; MILIDONIS, GREENE, 2005 p. 71), obesidade (EL FASSI et al. 2013 p. 2; KENNY, 2008 p. 611), uso de tabaco (STRIJK et al. 2009 p. 7) entre outros, limitam a capacidade para o trabalho.

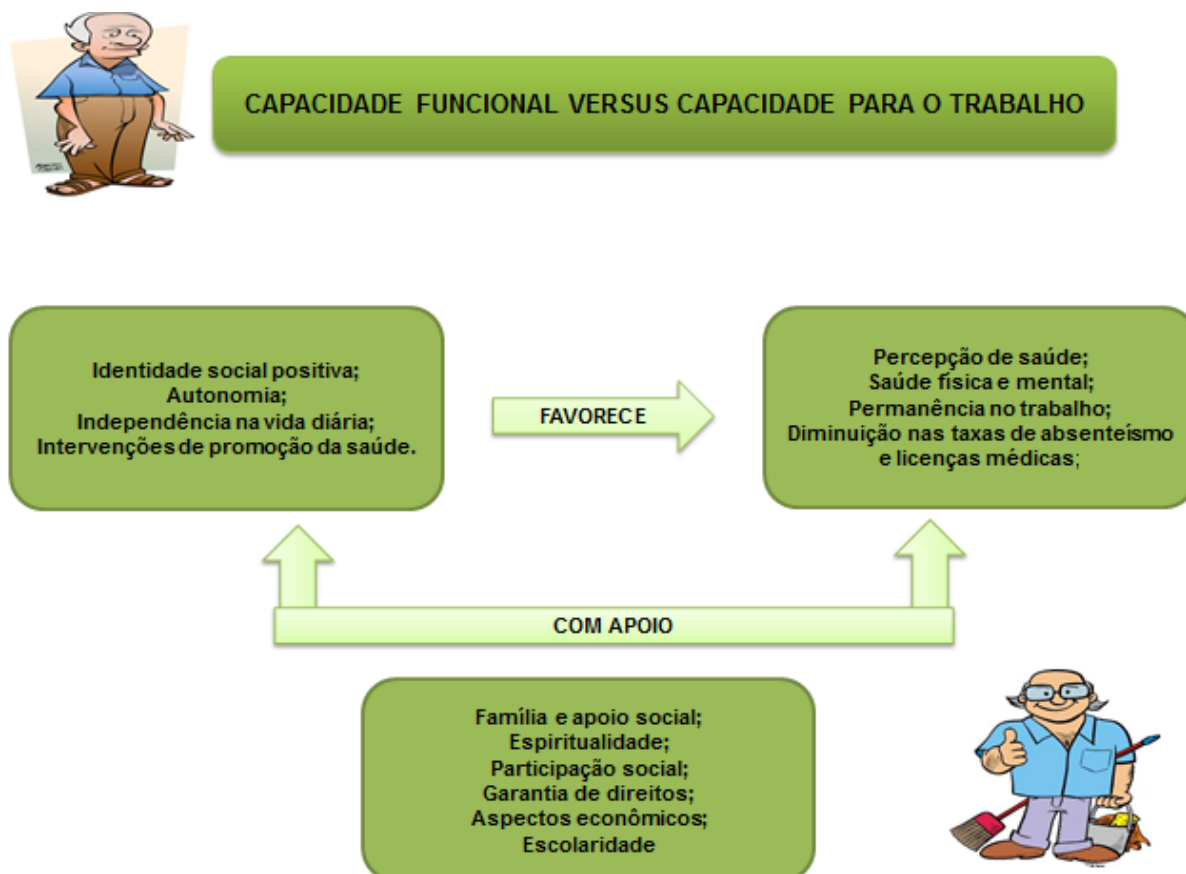
Os dados deste estudo permitem inferir que a saúde percebida interfere na capacidade para o trabalho, demonstrando que um melhor estado de saúde favorece, de forma positiva, a capacidade laboral. A adoção de um estilo de vida ativo e prática regular de atividades físicas tem papel fundamental na prevenção de doenças crônicas e na manutenção da capacidade funcional e de trabalho, proporcionando envelhecimento com saúde e de qualidade (MATSUDO; MATSUDO; NETO, 2001 p. 11). Nesse sentido, o envelhecimento bem sucedido pode ser considerado multidimensional e envolve a interação dos fatores pertinentes à saúde física, mental, social, espiritual, independência nas atividades de vida diária e questões econômicas (RAMOS, 2003 p. 794). Assim, potencializar a elaboração de Programas de Promoção da Saúde é fundamental na valorização do indivíduo idoso e no prolongamento da sua participação no ambiente de trabalho e na sociedade (ANDRADE; MONTEIRO, 2007 p. 243, HILLESHEIN; LAUTERT, 2013 p. 526).

O paradigma contemporâneo que aporta na assistência à saúde - promoção da capacidade funcional do indivíduo idoso – condiciona importantes modificações na forma de atender as demandas desses indivíduos, uma vez que o processo de envelhecimento é heterogêneo e proporciona diferentes formas de envelhecer. Os Serviços de Saúde e as Organizações necessitam acolher cada vez mais essa mudança paradigmática, transformando a prática assistencial na implementação de intervenções, para a real necessidade desse segmento etário, no alcance de resultados esperados, em especial - identificação precoce de perdas da independência; promoção e manutenção da capacidade funcional (MORAES, 2014 p. 42, RAMOS, 2003 p. 797, ROSA et al., 2003 p. 48, SANTOS et al. 2007 p. 2787).

Este estudo possibilitou evidenciar condições que limitam ou promovem a capacidade para o trabalho da pessoa idosa e, tais condições influenciam, igualmente, a capacidade funcional. Assim sendo, a prática de intervenções que cultivem a promoção da saúde e a valorização do indivíduo idoso podem favorecer,

de forma direta, a manutenção da capacidade funcional e, com isso, conservar a permanência da pessoa idosa na sociedade e no ambiente laboral. Nessa perspectiva, a Figura 05 traz uma representação gráfica dos elementos comuns da capacidade funcional e para o trabalho.

Figura 05 – Condições que promovem a capacidade funcional e capacidade para o trabalho na pessoa idosa. Alfenas, 2014.



Fonte: Do autor.

Sendo assim, ao adotar como legítima a comunhão entre intervenções de promoção da capacidade funcional e da capacidade para o trabalho, é possível desenvolver estratégias de planejamento, implementação e avaliação dessas intervenções, primando pelo maior tempo possível de independência e qualidade de vida, garantindo às pessoas idosas o direito à saúde e bem-estar nessa etapa da vida.

*Conclusão e
Considerações finais*

9 CONCLUSÃO E CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste capítulo apresenta-se a conclusão, as considerações finais e as implicações práticas deste estudo.

9.1 CONCLUSÃO

Com base nos objetivos propostos para este estudo e, após análise e discussão dos resultados, pode-se concluir que:

- a) A capacidade para o trabalho dos indivíduos idosos de cidades Sul Mineiras é classificada como boa;
- b) Quanto às exigências do trabalho, a maioria dos participantes do estudo apresentam capacidade para o trabalho boa no requisito físico e muito boa no requisito mental;
- c) Os participantes deste estudo apresentam, na maioria, uma doença diagnosticada por médico, não havendo impedimento e faltas ao trabalho devido a essa doença, bem como apresentam prognóstico bastante provável de sua capacidade para o trabalho para daqui dois anos;
- d) A comparação entre as variáveis mostrou-se significativa para gênero, religião, grau de escolaridade, estado civil, situação de trabalho e situação de saúde.

9.2 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O envelhecimento da população lança novos desafios à sociedade moderna; dentre eles a diminuição da população economicamente ativa e o envelhecimento da força de trabalho. Nessa perspectiva, empregadores e gestores

têm sido lentos em responder aos desafios gerados pelo aumento da demanda de trabalhadores em idades avançadas, com evidências apenas de movimentos discretos de valorização do trabalho para esse grupo etário (TAYLOR, 2000 p. 266).

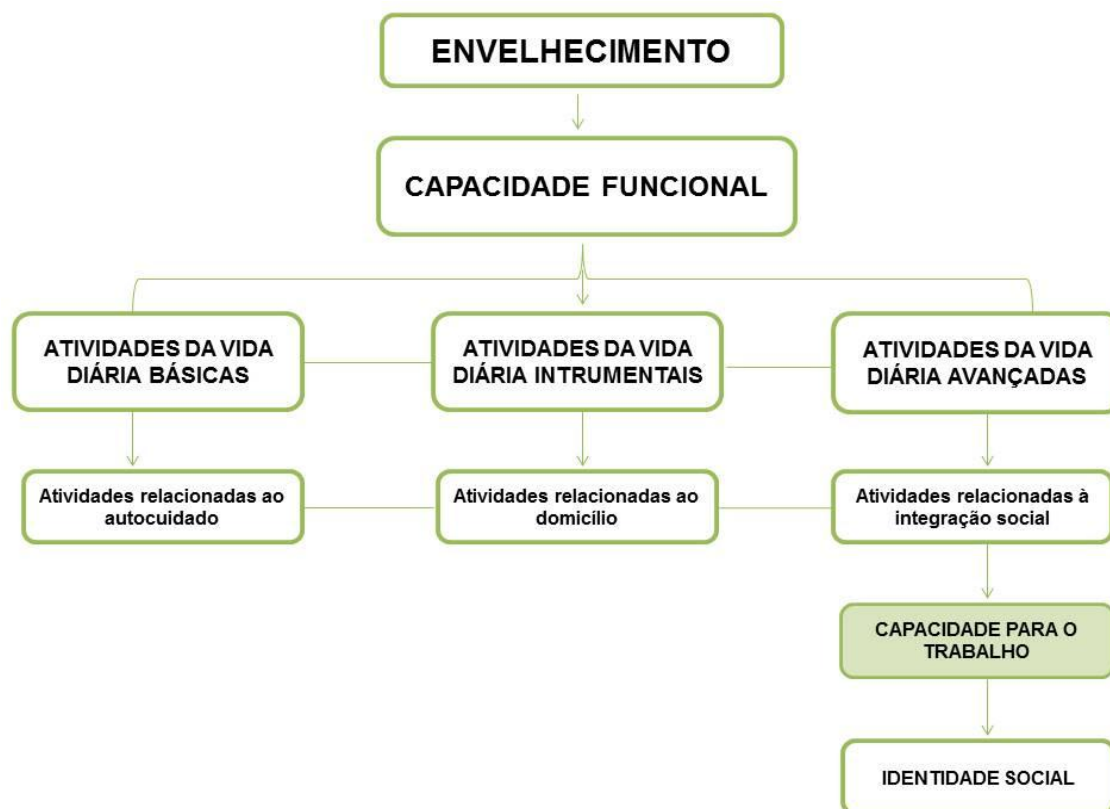
O indivíduo idoso é concebido como sinônimo de doença, de incapacidade e perdas; estando essa concepção enraizada ao longo da história, multiplicada na contemporaneidade e assumida por esse idoso. Na Pós-modernidade, o culto ao corpo jovem, bonito e sarado embaraça o entendimento do envelhecimento e de suas múltiplas dimensões, contribuindo dessa forma, para concepção deletéria e marginalizadora da pessoa idosa. É comum o uso das expressões “idoso não escuta direito” ou “não sabe nada de informática” ou ainda “velho inflexível, rigoroso e chato”. Tal comportamento denuncia a classificação do indivíduo idoso pelo signo da “falta”, impondo barreiras ao desenvolvimento de novas habilidades; uma vez que se supõe equivocadamente não haver mais tempo para neles investir. Nesse contexto, uma das características consolidadas em nossa tradição é o “horror à velhice” (LASCH, 1983 p. 251).

Inesperadamente, este estudo proporciona a visualização da pessoa idosa diferente de tal concepção, na qual essa se apresenta com boa capacidade para o trabalho, assídua, com esperança no futuro e certa de bom prognóstico em relação às atividades laborais. Como não se animar com esse resultado? Estamos diante de um grupo de indivíduos idosos que gozam de independência e autonomia para assumir as diversas atividades da vida diária, bem como disponibilidade para adotar uma outra (não nova) identidade social – a identidade de idoso capaz – enfraquecendo assim a concepção clássica. A construção e adoção dessa outra identidade social carece de acolhimento, compreensão e apoio de toda sociedade, não só a laboral, procurando oferecer à pessoa idosa sustento na revisão e apropriação dos papéis sociais, no enfrentamento de possíveis limitações e adversidades na elaboração dos novos projetos de vida, autorizando assim, o envelhecer bem sucedido (LIMA; COELHO, 2011 p. 18).

Diante desse panorama, propõe-se uma Base Teórica Conceitual (Figura 6), buscando situar o fenômeno “capacidade para o trabalho” dentro do processo de envelhecimento, uma vez que essa capacidade encontra-se centrada nas atividades de vida diária avançadas, ou seja, atividades produtivas, recreativas e sociais (MORAES, 2012 p.13). Assim, com a promoção e manutenção integrada e

harmoniosa dos sistemas funcionais é possível que o indivíduo idoso execute as diferentes atividades de vida, desempenhando seu papel de trabalhador e afirmando essa outra identidade social.

Figura 06 – Base teórica do fenômeno “capacidade para o trabalho na pessoa idosa”. Alfenas, 2014.



Fonte: Do autor. Adaptado de Atividades de vida diária. MORAES, 2012 p. 13.

Nesse contexto, cabe aos diferentes atores sociais envolvidos com a pessoa idosa a responsabilização pela manutenção da capacidade funcional e para o trabalho, no sentido de garantir a ela a permanência no espaço social. Para tanto, gestores, profissionais de saúde e, academia carecem estabelecer indicadores de saúde que possibilitem a identificação da pessoa idosa que possa apresentar risco aumentado de perda funcional (RAMOS, 2003 p. 797) e, dessa forma, promover intervenções que favoreçam à independência funcional, com custo benefício compatível aos recursos disponibilizados pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Tais intervenções, amparadas na perspectiva da Promoção da Saúde, podem alavancar a autonomia do indivíduo quanto ao cuidado com sua saúde e adoção de hábitos saudáveis no cotidiano, inclusive no trabalho. Assim, pode-se pensar na proposição de uma nova política, sendo essa a Política de Saúde para a Pessoa Idosa Trabalhadora – PSPIT, na qual contemple a heterogeneidade do processo de

envelhecimento, investida em ações de promoção e manutenção das capacidades funcional e para o trabalho, favoreça o desenvolvimento de novas habilidades no trabalho, valorize as experiências adquiridas com o passar dos anos dedicados ao trabalho formal e avance na forma de conceber o indivíduo idoso; fomentando sua identidade social positiva e a busca pelo bem-estar e qualidade de vida dentro e fora do ambiente laboral. A PSPIT poderá ser considerada na Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI) fortalecendo assim as ações propostas pela mesma, que são: programa de preparo para aposentadoria, ações que visam eliminação de discriminações e identificação de abusos e explorações (BRASIL, 2006 p. 14); buscando atender de forma integral, o indivíduo idoso trabalhador.

Da mesma forma, a adoção de uma política de manutenção da capacidade para o trabalho deve ser encorajada nas Organizações, com propostas voltadas à remoção de barreiras de idade no local de trabalho, na flexibilização da carga horária, no estímulo à prática de atividades físicas e hábito alimentar saudável, além de incentivos financeiros para impulsionar à participação ativa desses trabalhadores idosos. Tais propostas são assertivas e indispensáveis sob a ótica atual de mudanças na produção e nas relações de trabalho (KENNY et al., 2008 p.611; CHAN; TAN; KOC, 2000 p. 483; MARTINEZ; LATORRE, 2008 p. 1067).

Por fim, investir na independência funcional e na capacidade para o trabalho das pessoas idosas é basilar como resposta ao enfrentamento do avançado processo de envelhecimento populacional. Logo, recomenda-se ampliar os investimentos na formação gerontológica das Equipes Interdisciplinares, seja por meio da criação de Disciplinas nos diferentes cursos da saúde ou por maior oferta de Programas de Pós-graduação na temática. Nesse contexto, a inclusão de conteúdos voltados a Geriatria e Gerontologia na matriz curricular dos cursos de graduação, especial os de saúde, poderá proporcionar a construção de conhecimentos acerca do processo de envelhecimento e suas diferentes influências, necessidades e respostas, permitindo preparação e qualificação dos futuros profissionais à atender, com competência, as crescentes demandas desse grupo etário, bem como suscitar a reflexão desses acadêmicos quanto ao próprio processo de envelhecer (TAVARES et al., 2008 p. 543; LEONART; MENDES, 2005 p. 545).

E, igualmente a continuidade nas investigações sobre essa temática empregando diferentes recursos metodológicos, como a pesquisa qualitativa, concedendo vez e voz a pessoa idosa, valorizando seu discurso e procurando analisar a fala em busca das necessidades e anseios desses protagonistas. Deste modo, ao divulgar esses resultados estaremos contribuindo com a compreensão de que envelhecer está além da idade, das marcas do tempo, da incapacidade e das perdas. Hoje, envelhecer é sinônimo de saúde, vitalidade, independência e por que não, trabalho.

9.3 IMPLICAÇÕES PRÁTICAS

- a) As categorias dos elementos de promoção bem como de limitação na capacidade para o trabalho na pessoa idosa, identificados na revisão integrativa da literatura e na discussão das variáveis idade, gênero, religião, grau de escolaridade, estado civil, tipo de trabalho e situação de saúde poderão subsidiar o planejamento de intervenções de promoção da saúde realizadas tanto na Unidade de Saúde da Rede Pública quanto no ambiente laboral, com vistas à maior participação do indivíduo idoso na sociedade;
- b) O levantamento de dados referente às condições demográficas, socioeconômicas e de saúde da população idosa propicia à equipe interdisciplinar um campo diversificado de conhecimento da realidade individual dos sujeitos e das condições que mais interferem na saúde desse grupo etário, ou seja, dos determinantes sociais de saúde. Ademais, os resultados deste estudo podem subsidiar a formulação de políticas públicas sólidas, em especial a Política de Saúde do Trabalhador Idoso, na garantia dos seus direitos, além de configurar importante recurso prático na formação e na especialização de profissionais de saúde;
- c) A relevância científica e social de se investigar questões relacionadas à capacidade para o trabalho, seus fatores limitantes ou promotores, bem como

os fatores associados à qualidade de vida e bem-estar da pessoa idosa é fornecer subsídios para criação de alternativas políticas e intervencionistas nas áreas de saúde, seguridade social, academia, organizações públicas e privadas, e atender às demandas da população que envelhece;

- d) E, no que se refere à saúde ocupacional, os resultados deste estudo podem encorajar e auxiliar na implementação de políticas de proteção e promoção da capacidade para o trabalho nas Organizações públicas e privadas. O ICT é um instrumento que poderá ser empregado pela Equipe Interdisciplinar do Trabalho no processo de avaliação dessa capacidade.

Referências

REFERENCIAS

AREOSA, S. V. C.; BENITEZ, L. B.; WICHMANN, F. M. A. Relações familiares e o convívio social entre idosos. **Textos & Contextos**, v. 11, n. 1, p. 184 - 192, jan./jul., 2012. Disponível em: <<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/view/10495/8059>>. Acesso em: 14 set. 2014.

ALBUQUERQUE, S. M. R. L. **Envelhecimento ativo**: desafio dos serviços de saúde para a melhoria da qualidade de vida dos idosos. 2005. 232f. Tese (Doutorado em Ciências) - Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2005.

ANDRADE, C. B.; MONTEIRO, M. I. Envelhecimento e capacidade para o trabalho dos trabalhadores de higiene e limpeza hospitalar. **Rev. Esc. Enferm. USP.**, v. 4, n. 2, p. 237-244, jun., 2007. DOI: 10.1590/S0080-62342007000200009.

ASFORTH, B. E.; MAEL, F. Social Identity Theory and the organization. **Academy of Management Review**, v. 14, n. 1, p. 20-39, 1989. Disponível em: <<http://www.jstor.org/stable/258189>>. Acesso em: 20 jun.2014.

BARRICELLI, I. L. F. O. B. L. et al. Influência da orientação religiosa na qualidade de vida de idosos ativos. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.** v. 15, n. 3, p. 505-515, jul./set., 2012. DOI: 10.1590/S1809-98232012000300011.

BALDIN, C. B.; FORTES, V. L. F. Viuvez feminina: a fala de um grupo de idosas. **RBCEH.** v. 5, n. 1, p. 43-54, jan./jun., 2008. Disponível em: <<http://www.upf.tche.br/seer/index.php/rbceh/article/view/257/192>>. Acesso em: 13 set. 2014.

BELL, D. N. F.; RUTHERFORD, A. L. C. Olders workers and working time. **The Journal of the Economics of Ageing.** v. 1, p. 28-34, nov., 2013. DOI: 10.1016/j.jeoa.2013.08.001.

BELLUSCI, S. M.; FISCHER, F. M. Envelhecimento funcional e condições de trabalho em servidores forenses. **Rev. Saúde Pública.** v. 33, n. 6, p. 602-609, 1999. DOI: 10.1590/S0034-89101999000600012.

BENITES, A. P. O.; BARBARINI, N. Histórias de vida de mulheres e saúde da família: algumas reflexões sobre gênero. **Psicologia & Sociedade**. v. 21, n. 1, p. 16-24, 2009.

BERGER, P. L.; LUCKMANN, T. **A construção social da realidade – Tratado de Sociologia de Conhecimento**. 24. ed. Petrópolis: Vozes, 2004.

BERNAL, I. L. Atención familiar. In: SINTES, R. A. **Temas de Medicina General Integral**. La Habana: Editorial Ciencias Médicas, 2001. Disponível em: <http://www.unge.gq/ftp/biblioteca%20digital/bvs/MGI-CUBA/mgi_tomoi/mgi_voli.pdf>. Acesso em: 26 nov. 2014.

BÖRSCH-SUPAN, A. Myths, scientific evidence and economic policy in an aging world. **The Journal of the Economics of Ageing**. v. 1, p. 3-15, nov., 2013. DOI: 10.1016/j.jeoa.2013.06.001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde: documento para discussão**. Brasília, DF: Editora MS; 2002. p. 5-9. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_prom_saude.pdf>. Acesso: 15 mar. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. 3. ed. Brasília, DF: Editora MS; 2006. p. 9-15. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_promocao_saude_3ed.pdf>. Acesso em: 15 mar. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Atenção à Saúde da pessoa Idosa e Envelhecimento**. Serie Pactos pela Saúde 2006, v.12. Brasília, DF: Editora MS; 2010. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_saude_pessoa_idosa_envelhecimento_v12.pdf>. Acesso em: 16 nov. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.529 de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Disponível em: <<http://www.saudeidoso.icict.fiocruz.br/pdf/PoliticaNacionaldeSaude-da-Pessoa-Idosa-a.pdf>>. Acesso em: 26 nov. 2014.

BRETANHA, A. S. F.; AMESTOY, S. C.; THUMÉ, E. Envelhecimento populacional: um desafio para enfermagem. **J Nurs Health**. v. 3, n. 2, p. 213-220, 2013. Disponível em: <<http://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/enfermagem/article/view/3399>>. Acesso em: 12 jun. 2014.

BRITO, F. C.; LITOVIC, J. Conceitos Básicos. In: _____. **Envelhecimento: prevenção e promoção da saúde**. São Paulo: Atheneu; 2004.

BUAES, C. S. O envelhecimento e a viuvez da mulher no contexto rural: algumas reflexões. RBCEH. v. 4, n. 1, p. 103-114, jan./jun., 2007. Disponível em: <<http://www.upf.br/seer/index.php/rbceh/article/view/120/96>> Acesso em: 14 set. 2014.

BURFORD, B. Group processes in medical education: learning from social identity theory. **Med. Educ.**, v. 46, n. 2, p. 143-152, Feb., 2012. DOI: 10.1111/j.1365-2923.2011.04099.x.

BUSS, P. M. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Ciênc. saúde coletiva**. v. 5, n. 1, p. 163-177, 2000. DOI: 10.1590/S1413-81232000000100014.

BUSS, P. M. Uma introdução ao conceito de promoção da saúde. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (org.). **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2003. p. 15-38.

CALDAS, C. P. Introdução à gerontologia. In: VERAS, R. P.; LOURENÇO, R. (org.). **Formação humana em geriatria e gerontologia: uma perspectiva interdisciplinar**. Rio de Janeiro: UnATI/UERJ, 2006. p.18 -21.

CALDAS, C. P.; VERAS, R. P. Promovendo a saúde da pessoa idosa na comunidade. IN: SANTOS, I.; DAVID, H. M. S. L.; SILVA, D; TAVARES, C. M. M. **Enfermagem e Campos de Prática em Saúde Coletiva : Realidade, Questões e Soluções**. São Paulo, Atheneu, 2008. 357p. Disponível em: <<http://aplicacao.periodicos.saude.gov.br/>> Acesso em: 21 nov. 2013.

CAMACHO, A. C. L. F. A gerontologia e a interdisciplinaridade: aspectos relevantes para a enfermagem. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. v. 10, n. 2, p. 229-233, mar./abr., 2002. DOI: 10.1590/S0104-11692002000200016.

CAMARANO, A. A.; PASINATO, M. T. O envelhecimento populacional na agenda das políticas públicas. In: _____. (org.). **Os novos idosos brasileiros: muito além dos 60 anos**. Rio de Janeiro: IPEA, 2004. p. 253.

CAMARANO, A. A. Mulher idosa: suporte familiar ou agente de mudança? **Estud. av.** v. 17, n. 49, p. 35-63, Sept./Dec., 2003. DOI: 10.1590/S0103-40142003000300004.

CAMPOS, F. G. et al. Distribuição espacial de idosos de um município de médio porte do interior paulista segundo algumas características sócio-demográficas e de morbidade. **Cad. Saúde Pública**. v. 25, n. 1, p. 77-86, jan., 2009. DOI: 10.1590/S0102-311X2009000100008.

CARDOSO, M. C. S.; FERREIRA, M. C. Envolvimento religioso e bem-estar subjetivo em idoso. **Psicol. cienc. prof.** v. 29, n. 2, p. 380-393, 2009. DOI: 10.1590/S1414-98932009000200013.

CARVALHO, J. A. M.; WONG, L. L. R. A transição da estrutura etária da população brasileira na primeira metade do século XXI. **Cad. Saúde Pública**, v. 24, n. 3, p. 597-605, mar., 2008. DOI: 10.1590/S0102-311X2008000300013.

CARVALHO, S. R. As contradições da promoção à saúde em relação à produção de sujeitos e a mudança social. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 9, n. 3, p. 669-678, jul./set., 2004. DOI: 10.1590/S1413-81232004000300018.

CARVALHO, J. A. M.; GARCIA, R. A. O envelhecimento da população brasileira: um enfoque demográfico. **Cad. Saúde Pública**, v. 19, n. 3, p. 725-733, mai./jun., 2003. DOI: 10.1590/S0102-311X2003000300005.

CEPELLOS, V. M. **O envelhecimento nas Organizações**: das percepções de gestores de Recursos Humanos às práticas de gestão da idade. 2013. 98 f. Dissertação (Mestrado em Administração de Empresas) – Escola de Administração de Empresas, Fundação Getúlio Vargas, São Paulo, 2013.

CERVO, A. L.; BERVIAN, P. A. **Metodologia científica**. 5. ed. São Paulo: Prentice Hall, 2002.

CHAIMOWICZ, F. **Saúde do Idoso**. Belo Horizonte: Coopmed, 2009. 172p.

CHAN, G.; TAN, V.; KOH, D. Ageing and fitness to work. **Occup. Med. (Lond)**. v. 50, n. 7, p. 483-491, Sep., 2000. DOI: 10.1093/occmed/50.7.483.

COHEN, E. S. The Complex Nature of Ageism: What Is It? Who Does It? Who Perceives It? **The Gerontologist**. v. 41, n. 5, p. 576-577, Oct., 2001. DOI: 10.1093/geront/41.5.576.

COSTA, E. C.; NAKATANI, A. Y. K.; BACHION, M. M. Capacidade de idosos da comunidade para desenvolver atividades de vida diária e atividades instrumentais

de vida diária. **Acta paul. enferm.** v.19, n.1, p. S43-48, 2006. Suplemento 1. DOI: 10.1590/S0103-21002006000100007.

COSTA, G.; SARTORI, S. Aged, Workings hours and work ability. **Ergonomics.** v. 50, n. 11, p. 1914-1930, nov., 2007. DOI: 10.1080/00140130701676054.

COUTO, M. C. et al. Avaliação da discriminação contra idosos no contexto brasileiro – ageísmo. **Psic.: Teor. e Pesq.** v. 25, n. 4, p. 509-518, out./dez., 2009. DOI: 10.1590/S0102-37722009000400006.

DAMASCENO, F.S.; CUNHA, M.S. **Determinantes da participação do idoso no Mercado de Trabalho brasileiro.** Universidade Federal do Paraná. XI Encontro Regional de Economia - ANPEC-Sul. Curitiba, 2008. Disponível em: <http://www.economiaetecnologia.ufpr.br/XI_ANPEC-Sul/artigos_pdf/a2/ANPEC-Sul-A2-07-determinantes_da_participi.pdf>. Acesso em: 25 set. 2013.

DENDENA, A. et al. Religiosidade e envelhecimento bem sucedido. **Unoesc & Ciência – ACHS.** v. 2, n. 2, p. 184-196, jul./dez. 2011. Disponível em: <<http://editora.unoesc.edu.br/index.php/achs/article/view/693>>. Acesso em: 18 mar. 2014.

DERNTL, A. M.; WATANABE, H. A W. Promoção da Saúde. In: LITVOC, J.; BRITO, F.C. (org.). **Envelhecimento: prevenção e promoção da saúde.** São Paulo: Atheneu, 2004, p. 37.

DUARTE, Y. A. O. Desempenho funcional e demandas assistenciais. In: LEBRÃO, M. L.; DUARTE, Y. A. O. (org.). **SABE – Saúde, bem-estar e envelhecimento. O projeto sabe no município de São Paulo: uma abordagem inicial.** Brasília: OPAS, 2003. p.183.

DUARTE, Y. A. O. et al. Religiosidade e envelhecimento: uma análise do perfil de idosos do município de São Paulo. **Saúde Coletiva,** v. 5, n 24, pp. 173-177, 2008. Disponível em: <http://www.redalyc.org/pdf/842/84252404.pdf>. Acesso em: 10 fev. 2014.

DURAN, E. C. M.; COCCO, M. I. M. Capacidade para o trabalho entre trabalhadores de enfermagem do pronto-socorro de um hospital universitário. **Rev. Latino-Am. Enfermagem.** v. 12, n. 1, p. 43-49, jan./fev., 2004. DOI: 10.1590/S0104-11692004000100007.

EL FASSI, M.E. et al. Work ability assessment in a worker population: comparison and determinants of Work Ability Index and Work Ability Score. **BMC Public Health**, v.13, n. 305, p. 1-10, abr., 2013. DOI: 10.1186/1471-2458-13-305.

ELSEN, I. et al. **Marcos para a prática de enfermagem com famílias**. Florianópolis: UFSC, 1994. p. 27-195.

EUROPEAN AGENCY FOR SAFETY AND HEALTH AT WORK – EU - OSHA. Espanha. **Adaptar o trabalho e o ambiente de trabalho**. Disponível em: <https://osha.europa.eu/pt/priority_groups/ageingworkers>. Acesso em: 15 mar. 2014.

FIGUEIREDO, M. L. F. et al. As diferenças de gênero na velhice. **Rev. bras. enferm.** v. 60, n. 4, p. 422-427, jul. /ago., 2007. DOI: 10.1590/S0034-71672007000400012.

FLIPPEN C, TIENDA M. Pathways to retirement: Patterns of labor force participation and labor market exit among the pre-retirement population by race, hispanic origin, and sex. **J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci**, v. 55, n. 1, p. S14-S27, 2000. Suplemento 1. DOI: 10.1093/geronb/55.1.S14.

FLORIANO, P.J.; DALGALARRONDO, P. Saúde mental, qualidade de vida e religião em idosos de um programa de saúde da família. **J. bras. psiquiatr.** v. 56, n. 3, p. 162-170, 2007. DOI: 10.1590/S0047-20852007000300002.

FREITAS, M.C. et al. Perspectivas das pesquisas em Gerontologia e Geriatria: revisão de literatura. **Rev Latino-Am Enfermagem.** v. 10, n. 2, p. 221-228, mar./abr., 2002. DOI: 10.1590/S0104-11692002000200015.

GALIINKIN, A.L.; ZAULI, A. Identidade social e alteridade. In: TORRES, C. V.; NEIVA, E. R. (org.). **Psicologia social: principais temas e vertentes**. Porto Alegre: Artmed, 2011. Disponível em: <http://books.google.com.br/books?id=H-nQ_Z5LHYEC&pg=PA27&dq=.+Psicologia+social:+principais+temas+e+vertente+s&hl=pt-BR&sa=X&ei=2WfiU8r5O5XLsQTYkoLYBQ&ved=0CCYQ6AEwAA#v=onepage&q=.%20Psicologia%20social%3A%20principais%20temas%20e%20vertentes&f=false>. Acesso em: 20 jun.2014.

GALVÃO, A. C. **Os muros (in) visíveis do preconceito**: um estudo das representações sociais das pessoas que vivem com HIV/Aids. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social, do Trabalho e das Organizações) – Instituto de Psicologia, UnB, Brasília, 2009.

GIATTI, L.; BARRETO, S. M. Saúde, trabalho e envelhecimento. **Cad. Saúde Pública**, v. 19, n. 3, p. 759-771, jun., 2003. DOI: 10.1590/S0102-311X2003000300008.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GIL, A. C. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2011.

GOFFMAN, E. **Estigma – notas sobre a manipulação da identidade deteriorada**. 4 ed. Rio de Janeiro: LTC, 1988.

GOLDSTEIN, L. L. ; NERI, A. L. Tudo bem, Graças a Deus. Religiosidade e satisfação na maturidade e na velhice. In: NERI, A. L. (org.). **Qualidade de vida e idade madura**. 2. ed. Campinas: Papirus, 1999.

GUIMARÃES, L. H. C. T. et al. Avaliação da capacidade funcional de idosos em tratamento fisioterapêutico. **Revista Neurociências**, v. 12, n. 3, p. 130-133, jul./set., 2004. Disponível em: <http://www.unifesp.br/dneuro/neurociencias/vol12_3/capacid_funcional.htm>. Acesso em: 26 jun.2013.

GRESSLER, L. A. **Introdução à pesquisa: projetos e relatórios**. 2. ed. São Paulo: Loyola, 2004. 295p. Disponível em: <<http://books.google.com.br/books?id=XHnajlTNILIC&pg=PA144&dq=amostragem+nao+probabilistica+por+conveniencia&hl=pt-BR&sa=X&ei=tFJiVKWKBoirgwTJoYSYDg&ved=0CEQQ6AEwBQ#v=onepage&q=amostragem%20nao%20probabilistica%20por%20conveniencia&f=false.>>>. Acesso em: 11 nov. 2014.

HÉBERT, R. Functional decline in old age. **CMAJ**, v. 157, n. 8, p. 1037-1045, out., 1997. Disponível em: <<http://www.cmaj.ca/content/157/8/1037.abstract>>. Acesso em: 05 jan. 2014.

HILLESHEIN, E. F.; LAUTERT, L. Capacidade para o trabalho, características sociodemográficas e laborais de enfermeiros de um hospital universitário. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. v. 20, n. 3, p. 520-527, maio-jun., 2012. DOI: 10.1590/S0104-11692012000300013.

HOCHMAN, B. et al. Desenhos de pesquisa. **Acta Cir. Bras.**, v. 2, p. S2-9, 2005. Suplemento 2. DOI: 10.1590/S0102-86502005000800002.

HOGG, M. A. Social identity theory. In: BURKE, P. J. (ed.). **Contemporary Social Psychological Theories**. Stanford, California: Stanford, p. 111-128, 2006. Disponível em:

<<http://books.google.com.br/books?id=8Jzkgbq2vYwC&printsec=frontcover&hl=pt-BR#v=onepage&q&f=false>>. Acesso em: 20 jun. 2014.

HOGG, M. A., & ABRAMS, D. **Social identifications - a social psychology of intergroup relations and group processes**. Guildford: Biddles, 1988. Disponível em: <<http://books.google.com.br/books?hl=pt-BR&lr=&id=50OV4gqcFA0C&oi=fnd&pg=PT7&dq=Social+identifications++A+social+psychology+of+intergroup+relations+and+group+processes&ots=dmm1byupCZ&sig=W4VmQbui1QJd0KI7XFKosrpHjPg#v=onepage&q=Social%20identifications%20-%20A%20social%20psychology%20of%20intergroup%20relations%20and%20group%20processes&f=false>>.

Acesso em 20 jun. 2014.

HOGG, M. A.; WILLIAMS, K. D. From I to We: Social Identity and the collective self. **Group Dynamics: Theory, Research, and Practice**, v. 4, n. 1, p. 81-97, Mar., 2000. DOI: 10.1037//1089-2699.4.1.81.

HOGG, M. A. et al. The social identity perspective – intergroup relations, self-conception and small groups. **Small Group Research**, v. 35, n. 3, p. 246-276, June, 2004. DOI: 10.1177/1046496404263424.

HORNSEY, M. J. Social identity theory and self-categorization theory: a historical review. **Social and Personality Psychology Compass**, v. 2, n. 1, p. 204-222, Jan., 2008. DOI: 10.1111/j.1751-9004.2007.00066.x.

ILMARINEN, J. E. et al. Background and objectives of the Finnish research project on aging workers in municipal occupations. **Scand J Work Environ Health**. v. 17, p. S7-11, 1991. Suplemento 1.

ILMARINEN, J. E. Aging workers. **Occup Environ Med**, v. 58, n. 8, p. 546-551, 2001. DOI:10.1136/oem.58.8.546.

ILMARINEN, J.E. **Promover o envelhecimento ativo no local de trabalho**. Agência Europeia para a segurança e saúde no trabalho, Espanha, 2012. Disponível em:< https://osha.europa.eu/pt/priority_groups/ageingworkers>; Acesso em: 18 abr. 2014.

ILMARINEN, J. E.; RANTANEN, J. Promotion of work ability during ageing. **Am J Ind Med**, v. 36, p. S21-23, Sept., 1999. Suplemento 1. DOI: 10.1002/(SICI)1097-0274(199909)36:1+<21::AID-AJIM8>3.0.CO;2-S.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Tábuas Completas de Mortalidade por Sexo e Idade: breve análise da mortalidade no período de 2011-2012**. Rio de Janeiro, 2013a. p. 6. Disponível em: <ftp://ftp.ibge.gov.br/Tabuas_Completas_de_Mortalidade/Tabuas_Completas_de_Mortalidade_2012/notastecnicas.pdf>. Acesso em: 14 ago. 2013.

_____. **Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira**. Rio de Janeiro, 2013b. p. 32-34. Disponível em: <ftp://ftp.ibge.gov.br/Indicadores_Sociais/Sintese_de_Indicadores_Sociais_2013/SIS_2013.pdf>. Acesso em: 14 ago. 2013.

_____. **Indicadores sócios demográficos e de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro, 2009. p. 24. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/indic_sociosaude/2009/indic_aude.pdf>. Acesso em: 14 ago. 2013.

_____. **Projeção da população do Brasil por sexo e idade – 1980-2050. Revisão 2008**. Rio de Janeiro, 2008. p. 59. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/projecao_da_populacao/2008/projecao.pdf>. Acesso em 6 ago. 2013.

_____. **Pouso Alegre**. 2010. Disponível em: <<http://cidades.ibge.gov.br/painel/painel.php?codmun=315250>>. Acesso em 13 out. 2013.

_____. **Santa Rita do Sapucaí**. 2010. Disponível em: <<http://cidades.ibge.gov.br/painel/painel.php?codmun=315960>> Acesso em 13 Out. 2013.

_____. **Itajubá**. 2010. Disponível em: <<http://cidades.ibge.gov.br/painel/painel.php?codmun=313240>>. Acesso em 13 Out. 2013.

_____. **Características gerais da população, religião e pessoas com deficiência**. Censo demográfico 2010. Rio de Janeiro, 2010. p. 91. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/caracteristicas_religiao_deficiencia/default_caracteristicas_religiao_deficiencia.shtm>. Acesso em: 28 jul. 2014.

JENSEN, R.; LOPES, M. H. B. M. Enfermagem e lógica fuzzy: uma revisão integrativa. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. v. 19, n. 1, p. 195-202, jan./fev., 2011. DOI: 10.1590/S0104-11692011000100026.

VIRTUOSO JÚNIOR, J. S.; GUERRA, R. O. Incapacidade funcional em mulheres idosas de baixa renda. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 16, n. 5. p. 2541-2548, mai., 2011. DOI: 10.1590/S1413-81232011000500024.

KAHN, R. L. et al. Brief objective measures for the determination of mental status in the aged. **Am. J. Psychiatry**. v. 117, n. 4, p. 326-328, 1960. Disponível em: <<http://ajp.psychiatryonline.org/toc/ajp/117/4>>. Acesso em: 11 nov. 2014.

KENNY, G. P. et al. Physical Work Capacity in older adults: implications for the aging worker. **Am. J. Ind. Med.**, v. 51, n. 8, p. 610-625, Aug., 2008. DOI: 10.1002/ajim.20600.

KUMASHIRO, M. Ergonomics strategies and actions for achieving productive use of an ageing work-force. **Ergonomics**, v. 43, n. 7, p. 1007-1018, Jul., 2000. DOI: 10.1080/001401300409189.

LASCH, C. **A cultura do narcisismo – a vida americana numa era de esperanças em declínios**. Rio de Janeiro: Imago, 1983. 319 p.

LEBRÃO, M. L. O envelhecimento no Brasil: aspectos da transição demográfica e epidemiológica. **Saúde Coletiva**, v. 4, n. 17, p. 135-140, set., 2007. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2559.pdf>>. Acesso em: 23 set. 2013.

LEBRÃO, M. L.; LAURENTI, R. Condições de saúde. In: LEBRÃO, M. L.; DUARTE, Y. A. O. (Org.). **O projeto SABE no município de São Paulo: uma abordagem inicial**. Brasília. Organização Pan-Americana da Saúde, 2003.

LEONART, E.; MENDES, M. M. R. Formação gerontológica do técnico em enfermagem: uma abordagem cultural. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, v. 13, n. 4, p. 538-546, jul./ago., 2005.

LIMA, P. M. R.; COELHO, V. L. D. A arte de envelhecer: um estudo exploratório sobre a história de vida e o envelhecimento. **Psicol. cienc. prof.** v. 31, n. 1, p. 4-19, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pcp/v31n1/v31n1a02.pdf>>. Acesso em: 21 set. 2014. DOI: 10.1590/S1414-98932011000100002.

LIMA-COSTA, M.; BARRETO, S. M. Tipos de estudos epidemiológicos: conceitos básicos e aplicações na área do envelhecimento. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 12, n. 4, dez., 2003. DOI: 10.5123/S1679-4974200300040000.

LIN, S.; WANG, Z.; WANG, M. Work ability of workers in western China: reference data. **Occup. Med (Lond)**. v. 56, n. 2, p. 89-93, mar., 2006. DOI: 10.1093/occmed/kqi195.

MACHADO, H. V. A identidade e o contexto organizacional: perspectivas de análise. **RAC**, v. 7, p. 51-73, 2003. Edição Especial. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/pdf/840/84013653004.pdf>>. Acesso em 20 jun. 2014.

MACIEL, A.C.C.; GUERRA, R.O. Influência dos fatores biopsicossociais sobre a capacidade funcional de idosos residentes no nordeste do Brasil. **Rev. bras. epidemiol.** v. 10, n. 2, p. 178-189, jun., 2007. DOI: 10.1590/S1415-790X2007000200006.

MAGALHÃES, M. N.; LIMA, A. C. P. **Noções de Probabilidade e Estatística**. 2. ed. São Paulo: IME-USP, 2000.

MANPOWER. **The new agenda for an older workforce**. Milwaukee, WI: Manpower Inc, 2007.

MARCHON, R. M.; CORDEIRO, R. C.; NAKANO, M. M. Capacidade funcional: um estudo prospectivo em idosos residentes em uma instituição de longa permanência. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.** v. 13, n. 2, p. 203-214, ago., 2010. Disponível em: <http://revista.unati.uerj.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1809-98232010000200005&lng=pt&nrm=iss.>. Acesso em: 4 fev. 2013.

MARTIN, J. I. G. et al. Capacidade para o trabalho de bombeiros. **Universitas: Ciências da Saúde**. v. 11, n. 2, p. 93-98, jul./dez., 2013. DOI: 0.5102/ucs.v11i2.2451.

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. DOI: 10.1590/S0034-89102006000600015.

MARTINEZ, M. C.; LATORRE, M. R. D. O.; FISCHER, F. M.. Validade e confiabilidade da versão brasileira do Índice de Capacidade para o Trabalho. **Rev. Saúde Pública**. v. 43, n. 3. p. 525-532, abr., 2009. DOI: 10.1590/S0034-89102009005000017.

MARTINEZ, M. C.; LATORRE, M. R. D. O.; FISCHER, F. M.. Capacidade para o trabalho: revisão de literatura. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.15, p. S1553-1561, jun., 2010. Suplemento 1. DOI: 10.1590/S1413-81232010000700067

MATSUDO, S. M.; MATSUDO, V. K. R.; NETO, T. L. B. Atividade física e envelhecimento: aspectos epidemiológicos. **Rev Bras Med Esporte**. v. 7, n. 1, p. 2-13, jan. /fev., 2001. DOI: 10.1590/S1517-86922001000100002.

MATTAR, F. N. **Pesquisa de Marketing**. 5. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2012. Disponível em:
<<http://books.google.com.br/books?id=Fyt5AZyozlC&pg=PT134&dq=amostragem+nao+probabilistica+por+conveniencia&hl=pt-BR&sa=X&ei=tFJiVKWKBoirgWTJoYSYDg&ved=0CEkQ6AEwBg#v=onepage&q=amostragem%20nao%20probabilistica%20por%20conveniencia&f=false>>. Acesso em: 11 nov. 2014.

MAZLOUMI, A. et. al. Work Ability Index (WAI) and its association with psychosocial factors in one of the Petrochemical Industries in Iran. **J Occup Health**. v. 54, n. 2, p. 112-118, 2012. DOI: 10.1539/joh.11-0150-OA.

MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. C. P.; GALVÃO, C. M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto contexto – enferm**. v. 17, n. 4, p. 758-764, out./dez., 2008. DOI: 10.1590/S0104-07072008000400018.

MENDES, M. R. S. S. et al. A situação social do idoso no Brasil: uma breve consideração. **Acta paul. enferm**. v. 18, n. 4, p. 422-6, out./dez., 2005. DOI: 10.1590/S0103-21002005000400011.

MENEZES, A. M. B. Curso de Epidemiologia Básica para pneumologistas. 2ª parte – tipos de delineamentos epidemiológicos. **Jornal de Pneumologia**. v. 25, n.4, jul./ago. 1999

MILIDONIS, M.K.; GREENE, B. L. The impact of function on work status for community dwelling disabled persons with arthritis: An analysis of the National Health Interview Survey Disability Supplement. **Work**, v. 24, n. 1, p. 71-16, fev., 2005. Disponível em:
<<http://iospress.metapress.com/content/qu1wwfa0ckutda7y/?genre=article&issn=1051-9815&volume=24&issue=1&spage=71>>. Acesso em: 27 fev. 2014.

MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DO PARANÁ – MPEP. Centro de Apoio Operacional das Promotorias da Criança e do Adolescente. **Igualdade –**

Temática: Medidas Socioeducativas em Meio Aberto. v. 1. Curitiba, 2008. P.163.
Disponível em: <
http://www.crianca.mppr.mp.br/arquivos/File/publi/caopca/ri42_medidas_vol1.pdf
> Acesso em: 31 out. 2014.

MONTEIRO, M. S.; ILMARINEN, J. E.; CORRÊA FILHO, H. Work ability of the workers in different age groups of a public health institution in Brazil. **Int J Occup Saf Ergon**. v. 12, n. 4, p. 417-427, 2006. Disponível em:
<http://archiwum.ciop.pl/19592>. Acesso em: 28 fev. 2014.

MONTEIRO, M.S. et al. Work capacity evaluation among nursing aides. **Rev. esc. enferm. USP**. v. 45, n. 5, p. 1177-1182, out., 2011. DOI: 10.1590/S0080-62342011000500021.

MONTEIRO, M. S.; ILMARINEN, J.; GOMES, J. R. Capacidade para o trabalho, saúde e ausência por doença de trabalhadoras de um centro de pesquisa por grupos de idade. **Rev. bras. saúde ocup**. v. 30, n. 112, p. 81-90, jul./dez., 2005. DOI: 10.1590/S0303-76572005000200008.

MORAES, E. N. **Atenção à saúde do idoso: aspectos conceituais**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012. Disponível em: <
<http://apsredes.org/site2012/wp-content/uploads/2012/05/Saude-do-Idoso-WEB1.pdf>>. Acesso em: 31 out. 2014.

MOURA, A. L. et al. Capacidade para o trabalho de funcionários da prefeitura de uma câmpus universitário público. **Rev. Eletr. Enf**. v. 15, n. 1, p. 130-137, jan./mar., 2013. DOI: 10.5216/ree.v15i1.13574.

NELSON, T. D. Ageism: prejudice against our feared future self? **Journal of Social Issues**, v. 61, n. 2, p. 207-221, june, 2005. DOI: 10.1111/j.1540-4560.2005.00402.x.

NERI, A. G. O envelhecimento no universo do trabalho – desafios e oportunidades depois dos 50 anos. In: BARROS JÚNIOR, J. C. (org.). **Empreendedorismo, Trabalho e Qualidade de Vida na Terceira Idade**. São Paulo: Editora Edicon, 2009. p. 49-66.
NETER, J. et al. **Applied Linear Statistical Models**. 4. ed. U.S.A.: Times Mirror Higher Education Group. 1996. 1408 p.

NUNES, A. T. G. L. Serviço social e universidade de terceira idade: uma proposta de participação social e cidadania para os idosos. **Textos Envelhecimento**. v. 3, n. 5, 2001. Disponível em:

<http://revista.unati.uerj.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-59282001000100003&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 15 out. 2013.

NUNES, M. C. R. et al. Influência das características sociodemográficas e epidemiológicas na capacidade funcional de idosos residentes em Ubá, Minas Gerais. **Rev. bras. fisioter.** v. 13, n. 5, p. 376-82, set./out., 2009. DOI: 10.1590/S1413-35552009005000055.

OLIVEIRA, J. C. O dia seguinte da aposentadoria: sonhos e realidade. In: BARROS JÚNIOR, J. C. (org.). **Empreendedorismo, Trabalho e Qualidade de Vida na Terceira Idade**. São Paulo: Editora Edicon, 2009. p.283 - 294.

OLIVEIRA, R. C. S. Políticas Públicas, Educação e a Pesquisa Sobre o Idoso no Brasil: diferentes abordagens da temática nas Teses e Dissertações (de 2000 a 2009). In IX Seminário de Pesquisa em Educação da Região Sul. 2012. Caxias do Sul. **Anais do IX ANPED SUL**, 2012. p. 1-17.

OLIVEIRA, S. L. **Tratado de Metodologia Científica: projetos de pesquisa, TGI, TCC, Monografias, Dissertações e Teses**. 2. ed. São Paulo: Pioneira, 2005, 119p.

PADULA, R. S. et al. The work ability index and functional capacity among olders workers. *Braz. J. Phys. Ther.* v. 17, n. 4, p. 382-391, jul./ago., 2013. DOI: 10.1590/S1413-35552013005000107.

PALMORE, E. B. **Ageism: negative and positive**. 2 ed. New York: Springer, 1999. Disponível em: <http://books.google.com.br/books?id=Cg4_DTUuV4IC&printsec=frontcover&hl=pt-BR#v=onepage&q&f=false>. Acesso em: 17 mai. 2014.

PARAHYBA, M. I. Desigualdades de gênero em saúde entre os idosos no Brasil. In: XV Encontro Nacional de Estudos Populacionais, 2006, Caxambu. **Anais do XV Encontro Nacional de Estudos Populacionais**, 2006. p. 1 -11.

PARNES, H.S.; SOMMERS, D.G. Shunning retirement: work experience of men in their seventies and early eighties. **J Gerontology**. v. 49, n. 3, p.S117-S124, 1994. DOI: 10.1093/geronj/49.3.S117.

PARRAGUEZ, P. O. Mulher da Terceira idade e sua relação com o trabalho: expectativas de qualidade de vida. In: BARROS JÚNIOR, J.C. (org.). **Empreendedorismo, Trabalho e Qualidade de Vida na Terceira Idade**. São Paulo: Editora Edicon, 2009. p.359 – 374.

PASCHOAL, S. M. P. **Qualidade de vida do idoso: construção de um instrumento de avaliação através do método do impacto clínico**. 2004. 245p. Tese (Doutorado em Ciências) - Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2004.

PEREIRA, A. P. D. **Capacidade de trabalho e factores psicossociais do sector de higiene pública com e sem acidentes de trabalho**. 2013. 76p. Dissertação (Mestrado em Ergonomia). Faculdade de Motricidade Humana da Universidade Técnica de Lisboa, Portugal, 2013.

PÉREZ, E. R.; WAJNMAN, S.; OLIVEIRA, A. M. H. C. Análise dos determinantes da participação no mercado de trabalho dos idosos em São Paulo. **Rev. bras. estud. popul.** v. 23, n. 2, p. 269-286, jul./dez., 2006. DOI: 10.1590/S0102-30982006000200005.

PILGER, C.; MENON, M. H.; MATHIAS, T. A. F. Características sociodemográficas e de saúde de idosos: contribuições para os serviços de saúde. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. v. 19, n. 5, p. 1230-1238, set./out., 2011. DOI: 10.1590/S0104-11692011000500022.

PIZZI, M. L. G. Conceituação de família e seus diferentes arranjos. **Revista Eletrônica: LENPES-PIBID de Ciências Sociais – UEL**. v. 1, n. 1, p. 1-9, jan./jun., 2012. Disponível em: < <http://www.uel.br/revistas/lenpes-pibid/pages/arquivos/1%20Edicao/1ordf.%20Edicao.%20Artigo%20PIZZI%20M.%20L.%20G.pdf>>. Acesso em: 31 out. 2014.

PRADO, S. D.; SAYD, J. D. A gerontologia como campo do conhecimento científico: conceito, interesses e projeto político. **Ciênc. saúde coletiva**. v. 11, n. 2, p. 491-501, abr./jun., 2006. DOI: 10.1590/S1413-81232006000200026.

PRETTE, A. D.; PRETTE, Z. P. D. Assertividade, Sistema de crenças e identidade social. **Psicologia em Revista**. v. 9, n. 13, p. 125-136, jun., 2003. Disponível em: <<http://periodicos.pucminas.br/index.php/psicologiaemrevista/article/view/169>>. Acesso em: 16 mai. 2014.

PUDARIC, S.; SUNDQUIST, J.; JOHANSSON, S. E. Impaired mobility and impaired working capacity among foreign born people and native born Swedes. **J Epidemiol Community Health**. v. 52, n. 1, p. 34-40, jan., 1998. Disponível em: <<http://jech.bmj.com/content/52/1>>. Acesso em: 21 nov. 2013.

QUEIROZ, V. S.; RAMALHO, H. M. B. A escolha ocupacional dos idosos no mercado de trabalho: evidências para o Brasil. **Revista EconomiA**. v.10, n.4, p.817–848, dez., 2009. Disponível em: <http://www.anpec.org.br/revista/vol10/vol10n4p817_848.pdf>. Acesso em: 19 jan. 2014.

RAMOS, L. R. Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projeto Epidoso, São Paulo. **Cad. Saúde Pública**. v. 19, n. 3, p. 739-798, mai./jun., 2003. DOI: 10.1590/S0102-311X2003000300011.

RAMOS, M. P. Apoio social e saúde entre idosos. **Sociologias**. v. 4, n. 7, p. 156-175, jan./jun., 2002. Disponível em: <<http://seer.ufrgs.br/sociologias/article/view/5783>>. Acesso em: 22 jan. 2014.

REIS, L. G. **Produção de monografia: da teoria a prática**. 2. ed. Brasília: SENAC-DF, 2008. 152p.

RICCI, N. A.; KUBOTA, M. T.; CORDEIRO, R. C. Concordância de observações sobre a capacidade funcional de idosos em assistência domiciliar. **Rev. Saúde Pública**. v. 39, n. 4, p. 655-662, ago., 2005. DOI: 10.1590/S0034-89102005000400021.

RIFIOTIS, T. O idoso e a sociedade moderna: desafios da gerontologia. **Pro-Posições**. v. 18, n. 1, p. 137-151, jan./abr., 2007. Disponível em: <<http://mail.fe.unicamp.br/proposicoes/textos/52-artigos-rifiotist.pdf>>. Acesso em: 28 abr. 2014.

ROBERTSON, A.; TRACY, C. S. Health and productivity of olders workers. *Scand J Work Environ Health*. v. 24, n. 2, p. 85-97, 1998. Disponível em: <http://www.sjweh.fi/show_abstract.php?abstract_id=284> Acesso em: 24 nov. 2013.

RODRIGUES, N. C.; TERRA, N. L. **Gerontologia social para leigos**. Porto Alegre: EDIPUCRS; 2006.

RODRIGUES, R. A. P. et al. Política Nacional de Atenção ao Idoso e a contribuição da Enfermagem. **Texto contexto - enfermagem**. v. 16, n. 3, p. 536-45, jul./set., 2007. DOI: 10.1590/S0104-07072007000300021.

ROSA, T. E. C. et al. Fatores determinantes da capacidade funcional entre idosos. **Rev Saúde Pública**. v. 37, n. 1, p. 40-48, fev., 2003. DOI: 10.1590/S0034-89102003000100008.

SALGADO, C. D. S. Mulher idosa: a feminização da velhice. **Estud. interdiscip. envelhec.**, v. 4, p. 7-19, 2002. Disponível em: <<http://www.seer.ufrgs.br/index.php/RevEnvelhecer/article/view/4716/2642>> Acesso em: 12 jun. 2013.

SALONEN, P. et al. Factors associated with premature departure from working life among ageing food industry employees. **Occup. Med (Lond)**, v. 53, n. 1, p. 65-68, 2003. DOI: 10.1093/occmed/kqg012.

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. DOI: 10.1590/S1413-35552012000200003.

SANTOS, K. A. et al. Fatores associados a incapacidade funcional em idosos do município de Guatambu, Santa Catarina, Brasil. **Cad. Saúde Pública**. v. 23, n. 11, p. 2781-2788, nov., 2007. DOI: 10.1590/S0102-311X2007001100025.

SCHNEIDER, R. H.; IRIGARAY, T. Q. O envelhecimento na atualidade: aspectos cronológicos, biológicos, psicológicos e sociais. **Estud. psicol.** v. 25, n. 4, p. 585-593, out./dez., 2008. DOI: 10.1590/S0103-166X2008000400013.

SEITSAMO, J.; MARTIKAINEN, R. Changes in Capability in a Sample of Finnish Aging Workers. **Experimental Aging Research**. v. 25, n. 4, p. 345-352, 1999. DOI: 10.1080/036107399243797.

SEITSAMO, J.; KLOCKARS, M. Aging and changes in health. **Scand J Work Environ Health**. v.23, suppl. 1, p. 27-35, 1997. Disponível em: <http://www.sjweh.fi/show_abstract.php?abstract_id=210>. Acesso em: 10 out. 2013.

SEITSAMO, J.; ILMARINEN, J. Life-style, aging and work ability among active Finnish workers in 1981-1992. **Scand J Work Environ Health**. v. 23, suppl. 1, p. 20-6, 1997. Disponível em: <http://www.sjweh.fi/show_abstract.php?abstract_id=209>. Acesso em: 10 out. 2013.

SHEPHARD, R.J. Age and Physical Work Capacity. **Experimental Aging Research**. v. 25, n. 4, p. 331- 343, oct./dez., 1999. DOI: 10.1080/036107399243788.

SILVA, M. C. O processo de envelhecimento no Brasil: desafios e perspectivas. **Textos Envelhecimento**. v. 8, n. 1, 2005. Disponível em: <http://revista.unati.uerj.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-59282005000100004&lng=pt&nrm=iss&tlng=pt>. Acesso em: 10 out. 2013.

SILVA, J. V.; KIMURA, M. **Adaptação cultural e validação do instrumento de capacidades de autocuidado “Appraisal of self-care agency scale”**. 2003. 198 f. Tese (Doutorado em Enfermagem). Escola de Enfermagem da USP, São Paulo, 2003.

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, 2010. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v12/n1/v12n1a19.htm>>. Acesso em: 16 set. 2013.

SILVA, L. R. F. Da velhice à terceira idade: o percurso histórico das identidades atreladas ao processo de envelhecimento. **Hist. cienc. saude-Manguinhos**. v. 15, n. 1, p. 155-168, mar., 2008. DOI: 10.1590/S0104-59702008000100009.

SOUZA, M. T.; SILVA, M. D.; CARVALHO, R.. Revisão integrativa: o que é e como fazer. **Einstein**. v. 8, n. 1, p. 102-106, jan./mar., 2010. Disponível em: <http://apps.einstein.br/revista/arquivos/PDF/1134-Einsteinv8n1_p102-106_port.pdf>. Acesso em: 10 jun. 2013.

STRIJK, J. E. et al. The vital@workstudy. The systematic development of a lifestyle intervention to improve older worker's vitality and the design of a randomized controlled trial evaluating this intervention. **BMC Public Health**. v. 9, n. 408, p. 1-15, nov. 2009. DOI:10.1186/1471-2458-9-408.

SZAJMAN, A. **Empreendedorismo na terceira idade**. In: BARROS JÚNIOR, J. C. (org.). Empreendedorismo, Trabalho e Qualidade de Vida na Terceira Idade. São Paulo: Editora Edicon, 2009. p.359 – 374.

TAJFEL, H. **Human groups and social categories**. New York: Cambridge University Press, 1981. Disponível em: <<http://books.google.com.br/books?id=ldA8AAAAIAAJ&printsec=frontcover&hl=pt-BR#v=onepage&q&f=false>>. Acesso em: 16 mai. 2014.

TAJFEL, H.; TURNER, J. C. The social identity theory of intergroup behavior. In WORCHEL, S.; AUSTIN, W.G.(ed.). **Psychology of Intergroup Relation**. Chicago, Hall Publishers, 1986. p.7-24.

TAVARES, D. M. S. et al. Ensino de gerontologia e geriatria: uma necessidade para os acadêmicos da área de saúde da universidade federal do triângulo mineiro? **Cienc. Cuid. Saúde**, v. 7, n. 4, p. 537-545, out./dez., 2008.

TAYLOR, P. New for old - recent developments in public policies towards older workers in the United Kingdom. **Z Gerontol Geriat**. v. 33, n. 4, p. 265–270, Aug., 2000. Disponível em: <<http://link.springer.com/article/10.1007/s003910070045>>. Acesso em: 27 jul. 2013.

TEIXEIRA, S. M. Família e as formas de proteção social primária aos idosos. **Revista Kairós**. v. 11, n. 2, p. 59-80, dez., 2008. Disponível em: <<http://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/2393>>. Acesso em: 8 jan. 2014.

TEIXEIRA, S. M.; RODRIGUES, V. S.. Modelos de famílias entre idosos: famílias restritas ou extensas? **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol**. v. 12, n. 2, p. 239-254, 2009. Disponível em: <http://revista.unati.uerj.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232009000200008&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 14 fev. 2014.

TREPTE, S. Social Identity Theory. In: BRYANT, J.; VORDERER, P. (ed.). **Psychology of entertainment**. Mahwah, NJ, US: Lawrence Erlbaum Associates Publishers, 2006. p. 255-271. Disponível em: <<http://books.google.com.br/books?id=AVnhAQAAQBAJ&pg=PA271&dq=TREPTE,+S.+Social+Identity+Theory&hl=pt-BR&sa=X&ei=OhLxU7i5HYjksASwmoHICA&ved=0CB0Q6AEwAA#v=onepage&q=TREPTE%2C%20S.%20Social%20Identity%20Theory&f=false>>. Acesso em: 16 mai. 2014.

TRUELSEN, T.; BONITA, R.; JAMROZIK, K. Surveillance of stroke: a global perspective. **Int. J. Epidemiol**. v. 30, p. S11-16, 2001. Suplemento 1. DOI: 10.1093/ije/30.suppl_1.S11.

TUOMI, K. et al. Promotion of work ability, the quality of work and retirement. **Occup Med.(Lond)**. v. 51, n. 5, p. 318-324, 2001. DOI: 10.1093/occmed/51.5.318.

TUOMI, K. et al. Finnish research project on aging workers in 1981-1992. **Scand J Work Environ Health**. v. 23, p. S7-11, 1997. Suplemento 1. Disponível em: <http://www.sjweh.fi/show_abstract.php?abstract_id=207>. Acesso em: 30 jun. 2013.

TUOMI, K. et al. **Índice de capacidade para o trabalho**. Traduzido por Frida Marina Fischer. São Carlos: EdUFSCar, 2005. 38p.

TURNER, J. C.; REYNOLDS, K. J. The social identity perspective in intergroup relations: theories, themes and controversies. In: BROWN, R.; GAERTNER, S. (ed.). **Blackwell Handbook of social psychology: intergroup processes**. Blackwell Publishers, 2003.

VASCONCELOS, S.P. et al. Fatores associados à capacidade para o trabalho e percepção da fadiga em trabalhadores de enfermagem da Amazônia Ocidental. **Rev. bras. epidemiol.**, v. 14, n. 4, p. 688-697, dez., 2011. DOI: 10.1590/S1415-790X2011000400015.

VAN DEN BERG, T. I. et al. The importance of jobs control for workers with decreased work ability to remain productive at work. **Int Arch Occup Environ Health**. v. 84, n. 6, p. 705-712, 2011. DOI: 10.1007/s00420-010-0588-1.

VENTURA, M. M.; BOTTINO, C. M. C. **Avaliação cognitiva em pacientes idosos**. Disponível em: <<http://geriatriag.dominiotemporario.com/doc/acpi.pdf>>. Acesso em: 11 nov. 2014.

VERAS, R. P. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. **Rev. Saúde Pública**. v. 43, n. 3, p. 548-554, mai./jun., 2009. DOI: 10.1590/S0034-89102009005000025.

VERAS, R. P. **País jovem com cabelos brancos: a saúde do idoso no Brasil**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará; 1994. p. 180.

VERAS, R. P.; CALDAS, C. P.. Promovendo a saúde e a cidadania do idoso: o movimento das universidades da terceira idade. **Ciênc. saúde coletiva**. v. 9, n. 2, p. 423-432, jun., 2004. DOI: 10.1590/S1413-81232004000200018.

WALSH, I. A. P. et al. Capacidade para o trabalho em indivíduos com lesões músculo-esqueléticas crônicas. **Rev. Saúde Pública**. v. 38, n. 2, p. 149-156, abr., 2004. DOI: 10.1590/S0034-89102004000200001.

WHITTEMORE, R.; KNAFL, K. The integrative review: updated methodology. **Journal of Advanced Nursing**. v. 52, n. 5, p. 546-553, dez., 2005. DOI: 10.1111/j.1365-2648.2005.03621.x.

WILLETTS, G.; CLARKE, D. Constructing nurses' professional identity through social identity theory. **International Journal of Nursing Practice**. v. 20, n. 2, p. 164–169, Apr., 2013. DOI: 10.1111/ijn.12108.

WONG, L. L. R.; CARVALHO, J. A. M. O rápido processo de envelhecimento populacional no Brasil: sérios desafios para as políticas públicas. **Rev.bras. estud. popul.** v. 23, n. 1, p. 5-26, jan./jun., 2006. DOI: 10.1590/S0102-30982006000100002.

World Health Organization - WHO. **Active Ageing – a policy framework**. Second United Nations World Assembly on Ageing: Madrid, 2002. Disponível em: <http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/who_nmh_nph_02.8.pdf>. Acesso em: 10 ago. 2014.

Apêndice

APÊNDICE

APÊNDICE A – Termo de Compromisso de Cessão e Utilização de Dados



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
Universidade Federal de Alfenas. Unifal-MG
 Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700. Alfenas, MG. CEP: 37130-000
 Fone: (35) 3299-1000. Fax: (35) 3299-1083



APENDICE A

Termo de Compromisso de Cessão e Utilização de Dados

Alfenas, 20 de novembro de 2012.

A Sua Senhoria o Senhor
 Prof. Dr. José Vitor da Silva
 Escola de Enfermagem Wenceslau Braz

Assunto: Solicitação de cessão e utilização de Base de Dados

Cumprimentamos a Vossa Senhoria e, solicitamos a possibilidade de empregar a Base de Dados do estudo “Capacidade Funcional de Pessoas Idosas” de sua autoria, no projeto de pesquisa intitulado **Avaliação da Capacidade da Pessoa Idosa para o Trabalho** de nossa autoria.

Na oportunidade, nos comprometemos manter a confidencialidade e privacidade dos seus conteúdos, como preconiza a resolução 196/96 do Ministério da Saúde.

Respeitosamente,

João Henrique de Moraes Ribeiro

Profa Dra Maria Angélica Mendes

*Prof. Dra. Maria Angélica
 e Prof. José Henrique
 Autor do estudo
 - os dados o uso do Banco
 - em, conforme solicitado
 - 20/11/12*

ANEXOS

ANEXO A – Aprovação do Estudo pelo Comitê de Ética da Universidade do Vale do Sapucaí



COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

PROTOCOLO Nº 1210/09

TÍTULO: AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA E DA CAPACIDADE PARA O TRABALHO DA PESSOA IDOSA COM TRABALHO FORMAL OU INFORMAL

AUTORES: Daniel Rodrigues Machado e Rodolfo Souza de Faria

ORIENTADOR: Prof. Dr. José Vitor da Silva

O Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde Dr. José Antônio Garcia Coutinho, da Universidade do Vale do Sapucaí, reunido em 7 de dezembro de 2009, após análise do protocolo de pesquisa, votou pela sua APROVAÇÃO.

Diante desse parecer, o pesquisador deverá apresentar a este CEP dois relatórios, sendo o primeiro após a obtenção dos resultados do estudo, em outubro de 2011 e o segundo, contendo todo o relatório final, previsto para novembro de 2011.

Pouso Alegre, 25 de fevereiro de 2010.

A handwritten signature in black ink, appearing to be the name of the coordinator.

Profª. Ms. Dênia Amélia Novato Castelli Von Atzingen
Coordenadora do CEP/FACIMPA

ANEXO B – QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO MENTAL

Itens	Certo	Errado
1. Qual o nome deste lugar?	()	()
2. Onde está localizado (endereço)?	()	()
3. Que dia é hoje (dia do mês)?	()	()
4. Em que mês estamos?	()	()
5. Em que ano estamos?	()	()
6. Qual é a sua idade?	()	()
7. Qual é o dia de seu nascimento?	()	()
8. Qual é o ano de seu nascimento?	()	()
9. Quem é o presidente do Brasil	()	()
10. Quem era o presidente antes dele?	()	()

Fonte: VENTURA; BORTINO (1986; 2014).

ANEXO C – Instrumento de Caracterização Biossocial, Familiar, Econômica e de Saúde.

INSTRUÇÕES: Leia cada uma das perguntas ao (à) entrevistado (a) e faça um currículo ou coloque um x no número de identificação do (a) respondente, assim como preencha as questões abertas.

Data de realização da entrevista_____

I – INFORMAÇÕES GERAIS

1- Quantos anos o Sr. tem?

1. _____anos.

2- Qual é a data do seu nascimento?

1. ____/____/_____

2. N.S./N.R. – não sabe/ não responde ()

3- O Sr. pratica alguma religião (ões)?

1. Sim _____Qual _____?

2. Não ()

3. N.S./N.R. ().

4- O Sr. sabe ler ?

1. Sim()

2. Não ()

3. N.S./N.R. ()

5- O Sr. sabe escrever ?

1. Sim ()

2. Não ()

3. N.S./N.R. ()

6- Qual é a sua escolaridade ?

1. Sem escolaridade ()

2. Ensino fundamental completo ()

3. Ensino fundamental incompleto ()

4. Ensino médio completo (científico, técnico ou equivalente) ()

5. Ensino médio incompleto (científico, técnico ou equivalente) ()

6. Curso superior completo ()

7. Curso superior incompleto ()

8. N.S./N.R. ()

7- Atualmente qual é o seu estado civil?

1. Solteiro ()

2. Casado ()

3. Morando junto ()

4. Viúvo ()

5. Divorciado/separado ()

6. N.S./N.R. ()

8- O Sr. tem filhos?

1. Sim _____ Quantos ? _____
2. Não ()
3. N.S./N.R. ()

9- Qual é o tipo da sua família?

1. Nuclear ()
2. Extensa ()
3. Forma familiar variante _____(especifique)

10- Qual é a sua situação atual de trabalho?

1. Empregado ()
2. Trabalha por conta própria ()
3. Desempregado ()
4. Aposentado, mas continua trabalhando ()
5. Aposentado e deixou de trabalhar ()
6. Aposentado (licença ou auxílio-doença) ()
7. Atividade não remunerada ()
8. outra: _____(especifique)

11- Qual é o total mensal de rendimentos das pessoas que vivem na sua residência ?

1. Rendimento mensal liquido : R\$_____.
2. Número de salário mínimo:_____.
3. N.S./N.R. ()
4. N. A. ()

12- Quantas pessoas, incluindo o Sr.,vivem com esse rendimento familiar?

1. _____ pessoas.
2. N.S./N.R. ()
3. N.A. ()

II- SAÚDE FÍSICA**13- Em geral o Sr. diria que sua saúde está:**

1. Ótima ()
2. Muito boa ()
3. Boa ()
4. Regular ()
5. Ruim ()
6. Péssima ()
7. N.S./N.R. ()

14- Em comparação com o último ano, o Sr. diria que sua saúde hoje é:

1. Muito melhor ()
2. Melhor ()
3. Mesma coisa ()
4. Pior ()
5. N.S/ N.R. ()

15- Em comparação com as outras pessoas de sua idade, o Sr. diria que sua saúde está:

1. Muito melhor ()
2. Melhor ()
3. Pior ()
4. N.S./ N.R. ()

16- O Sr. é portador de alguma doença crônica?

1. Sim () Qual? _____
2. Não()
3. N.S./N.R. ()

17- Há quanto tempo o Sr. é portador dessa doença?

1. _____meses.
2. _____anos.
3. N.S./N.R. ()
4. N.A. ()

18- O Sr toma remédios com frequência?

1. Sim ()
2. Não()
3. N.S./N.R. ()

19- No caso de o Sr. ficar doente ou incapacitado, que pessoa poderia cuidar do Sr.?

1. Nenhuma ()
2. Esposa/companheira ()
3. Filho(a) ()
4. Outros parentes: _____(especifique)
5. Outra pessoa fora da família: _____(especifique)
6. N.S./N.R. ()

20- O Sr. faz algum tipo de exercício físico?

1. Sim()
2. Não ()
3. N.S./N.R ()

21- Quais os tipos de exercícios físico o Sr. executa? (marcar os dois mais freqüentes)

1. Caminhada ()
2. Andar de bicicleta ()
3. Correr ()
4. Jogar futebol ()
5. Natação ()
6. Outros _____(especifique)
7. N.A ()

22- Com que freqüência o Sr. faz exercícios físicos?

1. Diariamente ()
2. Três vezes por semana ()
3. Duas vezes por semana ()
4. Uma vez por semana ()
5. Outra _____(especifique)
6. N.S./N.R. ()
7. N.A ()

ANEXO D – Índice de Capacidade para o Trabalho

Este questionário é sobre como você percebe a sua capacidade para o trabalho. Suponha que a sua melhor capacidade para o trabalho tem um valor igual a 10 pontos.

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

Numa escala de 0 a 10, quantos pontos você daria para a sua capacidade de trabalho atual?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Estou incapaz para o trabalho									Estou com a minha melhor capacidade para o trabalho	

2- Capacidade para o trabalho em relação às exigências do trabalho:

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

- muito boa
- boa
- moderada
- baixa
- muito baixa

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

- muito boa
- boa
- moderada
- baixa
- muito baixa

3- Número atual de doenças diagnosticadas por médico:

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

Continua		
LESÕES POR ACIDENTES OU DOENÇAS	Em minha opinião	Diagnóstico Médico
01 Lesão nas costas		
02 Lesão nos braços/mãos		
03 Lesão nas pernas/pés		
04 Lesão em outras partes do corpo? Onde? Que tipo de lesão?		
05 Doença da parte superior das costas ou região do pescoço, com dores frequentes.		
06 Doença da parte inferior das costas com dores freqüentes		
07 Dor nas costas que se irradia para a perna (ciática)		
08 Doença musculoesquelética afetando os membros (braços e pernas) com dores frequentes		
09 Artrite reumatóide		
10 Outra doença músculo-esquelética. Qual?		
11 Hipertensão arterial (pressão alta)		

		Conclusão
12 Doença coronariana, dor no peito durante exercício (angina pectoris)		
13 Infarto do miocárdio, trombose coronariana.		
14 Insuficiência cardíaca		
15 Outra doença cardiovascular. Qual?		
16 Infecções repetidas do trato respiratório (incluindo amigdalite, sinusite aguda, bronquite aguda)		
17 Bronquite crônica		
18 Sinusite crônica		
19 Asma		
20 Enfisema		
21 Tuberculose pulmonar		
22 Outra doença respiratória. Qual?		
23 Distúrbio emocional severo (ex. depressão severa)		
24 Distúrbio emocional leve (ex. depressão leve, tensão, ansiedade, insônia)		
25 Problema ou diminuição da audição		
26 Doença ou lesão da visão (não assinale se apenas usa óculos e/ou lentes de contato de grau)		
27 Doença neurológica (avc, enxaqueca, epilepsia)		
28 Outra doença neurológica ou dos órgãos dos sentidos. Qual?		
29 Pedras ou doença da vesícula biliar		
30 Doença do pâncreas ou o fígado		
31 Úlcera gástrica ou duodenal		
32 Gastrite ou irritação duodenal		
33 Colite ou irritação do colon		
34 Outra doença digestiva. Qual?		
35 Infecção das vias urinárias		
36 Doença dos rins		
37 Doença nos genitais e aparelho reprodutor (ex. problema nas trompas ou na próstata)		
38 Outra doença geniturinária. Qual?		
39 Alergia, eczema.		
40 Outra erupção. Qual?		
41 Outra doença da pele		
42 Tumor benigno		
43 Tumor maligno (câncer) Onde?		
44 Obesidade		
45 Diabetes		
46 Bócio ou outra doença da tireóide		
47 Outra doença endócrina ou metabólica Qual?		
48 Anemia		
49 Outra doença do sangue Qual?		
50 Defeito de nascimento Qual?		
51 Outro problema ou doença Qual?		

4- Perda estimada para o trabalho devido às doenças:

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

() não há impedimento/eu não tenho doenças

- eu sou capaz de fazer meu trabalho, mas ele me causa alguns sintomas
- algumas vezes preciso diminuir meu ritmo de trabalho ou mudar meus métodos de trabalho
- frequentemente preciso diminuir meu ritmo de trabalho ou mudar meus métodos de trabalho
- por causa de minha doença sinto-me capaz de trabalhar apenas em tempo parcial
- na minha opinião estou totalmente incapacitado para trabalhar

5- Faltas ao trabalho por doenças no último ano:

Quantos dias inteiros você esteve fora do trabalho devido a problema de saúde, consulta médica ou para fazer exame durante os últimos 12 meses?

- nenhum
- até 9 dias
- de 10 a 24 dias
- de 25 a 99 dias
- de 100 a 365 dias

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

Considerando sua saúde, você acha que será capaz de daqui a 2 anos fazer seu trabalho atual?

- é improvável
- não está muito certo
- bastante provável

7- Recursos mentais:

Recentemente você tem conseguido apreciar suas atividades diárias?

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

Recentemente você tem se sentido ativo e alerta?

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

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

- continuamente
- quase sempre
- às vezes
- raramente
- nunca