

INFLUÊNCIA DA CAPACIDADE PARA O TRABALHO NA QUALIDADE DE VIDA NA TERCEIRA IDADE

INFLUENCE OF WORK ABILITY ON QUALITY OF LIFE AMONG ELDERLY

Marcio Fernandes da Cunha¹, Eduardo Filoni², Michele Baffi Diniz³, Évelin Ribeiro de Macedo⁴

RESUMO

Introdução: De acordo com Yach (1996), no ano de 2025, o Brasil será o sexto país do mundo em número de idosos. Ainda é grande a desinformação sobre a saúde do idoso e as particularidades e desafios do envelhecimento populacional para a saúde pública em nosso contexto social. O aumento da expectativa média de vida também aumentou acentuadamente no país. Com baixa qualificação dos jovens e o aumento do envelhecimento da população brasileira, as empresas vêm demonstrando grande interesse na contratação de pessoas com idade superior a 65 anos, trazendo inúmeras vantagens para o empregador, uma vez que os mais velhos têm mais experiência para lidar com os riscos de uma empresa (Relação Anual de Informações Sociais - RAIS, 2008). Assim, é importante observar a relação entre a capacidade para o trabalho e qualidade de vida na terceira idade, uma vez que uma série de fatores pode afetar a capacidade para o trabalho, e consequentemente, afetar a qualidade de vida.

Objetivo: O objetivo desse estudo foi avaliar a influência da capacidade para o trabalho na qualidade de vida de idosos.

Método: Foi realizado um estudo exploratório transversal que foi aprovado pelo comitê de ética (Protocolo CE/UCS - 147/2011 de 09 de setembro de 2011), com a participação de 136 pacientes que foram divididos em três grupos: (1) trabalhadores remunerados, (2) trabalhadores não remunerados e (3) não trabalhadores. Foram utilizados os instrumentos para caracterização sócio demográfica, ocupacional e dos aspectos físicos e do estilo de vida e lazer, além do Índice de Capacidade para o Trabalho (ICT) para avaliar a capacidade para o trabalho e o Medical Outcomes Study 36 - Item Short Form Health Survey (SF-36) para avaliação da qualidade de vida.

Resultados: A média do ICT foi de 31,7 pontos e 80,9% de idosos relataram capacidade para o trabalho nas categorias moderada e baixa. O grupo 1 apresentou pontuação estatisticamente maior para as dimensões "capacidade para o trabalho atual comparada com a melhor de toda a vida", "número atual de doenças diagnosticadas por médico" e "prognóstico sobre a capacidade para o trabalho daqui a dois anos" e para o ICT global quando comparado ao grupo 3.

Conclusão: Pôde-se concluir que idosos trabalhadores, independentemente de serem remunerados ou não, tem maior capacidade para o trabalho e qualidade de vida do que idosos não trabalhadores, pois o trabalho possui uma importante função na realização e satisfação profissional e pessoal desses indivíduos.

Palavras-chave: Envelhecimento, Saúde do Trabalhador, Qualidade de Vida, Avaliação da Capacidade de Trabalho.

ABSTRACT

Introduction: According to Yach (1996), in 2025, Brazil will be the sixth country in the world in number of elderly. Yet the disinformation about the health of the elderly and the particularities and challenges of population aging for public health in our social context. The increase in average life expectancy also increased sharply in the country. Low-skilled young people and the increasing aging of the population, companies have shown great interest in hiring people aged over 65 years, bringing many benefits to the employer, since older have more experience to deal with the risks of a company (the Annual Social Information - RAIS, 2008). Thus, it is important to note the relationship between the ability to work and quality of life in old age, as a number of factors can affect the ability to work, and thus affect the quality of life.

Objective: The aim of this study was to evaluate the work ability on quality of life among elderly people.

Method: A cross-sectional exploratory study was approved by the Ethics Committee (EC / UCS protocol - 147/2011 of 9 September 2011), with the participation of 136 patients who were divided into three groups: (1) paid workers, (2) unpaid workers and (3) non-workers. It was used instruments to characterize the socio demographic, occupational and physical aspects of lifestyle and leisure, Work Ability Index (WAI) to assess the work ability and Medical Outcomes Study 36 - Item Short Form Health Survey (SF-36) to evaluate the quality of life of the population. **Results:** Mean WAI was 31.7 points and 80.9% of elderly people reported moderate and low work ability. Group 1 showed statistically higher scores for the dimensions "current work ability compared with lifetime best", "number of current diseases diagnosed by a physician" and "prognosis of work ability 2 years from now" and for the global WCI when compared to group 3.

Conclusion: It was concluded that elderly workers, whether paid or unpaid, have greater work ability and quality of life than non-elderly workers, because work has an important role in achieving personal and professional satisfaction on these individuals.

Keywords: Aging, Occupational Health, Quality of Life, Work Capacity Evaluation.

INTRODUÇÃO

De acordo com Yach (1996), no ano de 2025, o Brasil será o sexto país do mundo em número de idosos. Ainda é grande a desinformação sobre a saúde do idoso e as particularidades e desafios do envelhecimento populacional para a saúde pública em nosso contexto social. Entre 1900 e 2000 a população com 60 anos ou mais cresceu 7,3 milhões, totalizando mais de 14,5

milhões em 2000. O aumento da expectativa média de vida também aumentou acentuadamente no país. Este aumento do número de anos de vida, no entanto, precisa ser acompanhado pela melhoria ou manutenção da saúde e qualidade de vida.

Com baixa qualificação dos jovens e o aumento do envelhecimento da população brasileira, as empresas vêm demonstrando grande interesse na contratação de pessoas com idade superior a 65 anos, trazendo inúmeras vantagens para o empregador, uma vez que os mais velhos têm mais experiência para lidar com os riscos de uma empresa (Relação Anual de Informações Sociais - RAIS, 2008).

Estudos que tratam da empregabilidade do idoso nos setores do mercado de trabalho são encontrados na literatura nacional, destacando-se a importância da renda do aposentado na renda domiciliar (Camarano, 2000; Liberato, 2003). Já no âmbito internacional, um estudo realizado sobre a oferta de trabalho do idoso na Indonésia observou que o mercado de trabalho segmentado tem regras distintas de escolha do homem idoso (McKee, 2006).

Entretanto, as adversidades encontradas pelo idoso no mercado de trabalho são várias, uma vez que a sociedade continua a alimentar o preconceito contra a mão de obra daquele que já não mais conta com o vigor e a força da juventude, mas antes, possui a maturidade e a perseverança imprescindíveis para a execução de um serviço de qualidade (Santos et al., 2007).

Sabe-se que o envelhecimento funcional influencia diretamente na capacidade para o trabalho, que engloba as capacidades físicas, mentais e sociais do indivíduo em relação às exigências do trabalho, levando em consideração aspectos da comunidade de trabalho, organização e ambiente de trabalho (Bellusci, Fischer, 1999; Zwart et al., 2002; Renosto et al., 2009).

Em meados da década de 80, foi desenvolvido o Índice de Capacidade para o Trabalho (ICT), que é um instrumento capaz de auxiliar o profissional de saúde a detectar precocemente possíveis alterações que os trabalhadores possam apresentar em sua funcionalidade no ambiente de trabalho, prevenindo assim o risco de incapacidade. O índice busca indicar quão bem está, ou estará, um trabalhador no presente ou num futuro próximo, e com qual capacidade ele poderá executar o seu trabalho em função das exigências de seu estado de saúde e capacidades físicas e mentais (Tuomi et al., 1997a; Bellusci, Fischer, 1999; Zwart et al., 2002; Renosto et al., 2009; Silva Junior, 2010)

No contexto do envelhecimento da força de trabalho, a capacidade para o trabalho tornou-se um indicador fundamental em função de suas consequências para a saúde, bem-estar e empregabilidade dos trabalhadores, com impactos para os indivíduos, organizações e sociedade (Martinez et al., 2010).

Nos últimos anos têm surgido muitas discussões sobre a qualidade de vida (QV) e o trabalho, visando o bem-estar do ser humano como homem e como trabalhador (Martins, 2002). No último século, com a população cada vez mais envelhecida, evidencia-se a importância de garantir aos idosos não só uma sobrevida maior, mas também uma boa qualidade de vida (Vecchia et al., 2005), que está relacionada à autoestima e ao bem-estar pessoal (Santos et al., 2002; Velarde, Avila, 2002).

Sabe-se que a relação que o trabalho estabelece com a qualidade de vida é complexa, pois ao mesmo tempo que o trabalho pode ser agravante do estado de saúde e fonte de desprazer, pode também gerar satisfação e bem-estar (Moreira, 2000).

Assim, é importante observar a relação entre a capacidade para o trabalho e qualidade de vida na terceira idade, uma vez que uma série de fatores pode afetar a capacidade para o trabalho, e conseqüentemente, afetar a qualidade de vida.

O objetivo do presente estudo é avaliar a influência da capacidade para o trabalho na qualidade de vida de idosos e caracterizar os aspectos sócio demográficos, ocupacionais e físicos e do estilo de vida e lazer de idosos.

MÉTODO

Trata-se de um estudo exploratório transversal, de natureza descritiva com abordagem quantitativa com 136 indivíduos idosos que frequentavam a Clínica de Fisioterapia e Odontologia da Universidade Cruzeiro do Sul, no campus de São Miguel Paulista, com idade entre 60 e 75 anos, de ambos os sexos. Os indivíduos tinham ciência sobre a participação no estudo conforme leitura, compreensão e aceitação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido de acordo com a resolução 466/12 do Comitê Nacional de Ética e Pesquisa.

Não foram incluídos neste estudo idosos que apresentavam transtornos mentais, com alterações de consciência, memória, orientação espacial e temporal, curso de alucinações, déficit de compreensão, surdez e mudez, sendo impossibilitados de responderem aos questionários. Além disso, não foram incluídos os idosos que não aceitaram participar e não assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Foram selecionados 136 indivíduos idosos, que após a aplicação de questionários estruturados, foram distribuídos de acordo com os seguintes grupos:

- Grupo 1 (G1; n=44): Trabalhadores remunerados;
- Grupo 2 (G2; n=44): Trabalhadores não remunerados;
- Grupo 3 (G3; n=48): Não trabalhadores.

Foi aplicado um questionário para obter informações sobre os dados sócio demográficos, ocupacionais e dos aspectos físicos e do estilo de vida e lazer. Para avaliar a capacidade para o trabalho foi utilizado o Índice de Capacidade para o Trabalho

(ICT) - ANEXO 1. Para avaliar a qualidade de vida relacionada à saúde foi utilizado o instrumento SF-36 (Short Form – 36 Item Health Survey) – ANEXO 2.

Para a caracterização sócio demográfica, foi utilizado um instrumento contendo perguntas relacionadas aos dados pessoais, como nome, idade, sexo, estado civil e número de filhos. Para a caracterização ocupacional, foi investigado se o indivíduo trabalhava e qual o tipo de trabalho, além da ocupação atual e ocupação anterior, e se teve afastamento do trabalho. Para a caracterização dos aspectos físicos e do estilo de vida e lazer, foi investigado peso, altura, IMC, doenças incapacitantes como as demências, a doença de Parkinson e as neoplasias, frequência de atividades físicas realizadas e hábito do tabagismo.

O ICT (Índice de Capacidade para o Trabalho) é um instrumento construído com base em dez itens, que constituem sete dimensões, sendo cada uma delas avaliada por uma ou mais questões: (1) capacidade atual para o trabalho, comparada com a melhor fase de toda a vida; (2) capacidade para o trabalho conforme a natureza do trabalho; (3) número de doenças atuais diagnosticadas por médico; (4) perda estimada da capacidade para o trabalho devido às doenças; (5) faltas no trabalho por doenças nos últimos 12 meses; (6) auto-prognóstico sobre a capacidade de trabalho em 2 anos e (7) recursos mentais. O cálculo do escore global, que varia de 7 (pior índice) a 49 (melhor índice), consiste na soma dos escores recebidos para cada uma das dimensões. Através desse escore, o trabalhador poderá classificar a capacidade para o trabalho em um dos quatro níveis do ICT: baixa (7-27), moderada (28-36), boa (37-43) e ótima (44-49) (Tuomi et al., 1997b).

O "Medical Outcomes Study 36-Item Short-Form Health Survey" (SF-36) é um questionário genérico que avalia aspectos da qualidade de vida que estão diretamente relacionadas à saúde do indivíduo (Ciconelli et al., 1999). As respostas fornecem informações de como o paciente se sente e quão bem é capaz de fazer suas atividades de vida diária. Este questionário é composto por 36 itens, que podem ser distribuídos em oito grupos (domínios), que avaliam as seguintes dimensões:

- 1.Capacidade funcional (desempenho das atividades diárias, como capacidade de cuidar de si, vestir-se, tomar banho e subir escadas);

- 2.Limitação por aspectos físicos (impacto da saúde física no desempenho das atividades diárias e ou profissionais);

- 3.Dor (nível de dor e impacto no desempenho das atividades diárias e ou profissionais);

- 4.Estado geral de saúde (percepção subjetiva do estado geral de saúde);

- 5.Vitalidade (percepção subjetiva do estado de saúde);

- 6.Aspectos sociais (reflexo da condição de saúde física nas atividades sociais);

- 7.Limitação por aspectos emocionais (reflexo das condições emocionais no desempenho das atividades diárias e ou profissionais);

- 8.Saúde mental (escala de humor e bem estar).

A próxima etapa foi então o cálculo do raw scale, no qual o valor das questões anteriores foi transformado em notas de 8 domínios que variavam de 0 (zero) a 100 (cem), onde 0 = pior e 100 = melhor para cada domínio. É chamado de raw scale porque o valor final não apresenta nenhuma unidade de medida.

Os dados obtidos por meio dos questionários foram tabulados em planilha do Excel for Windows. Após o cálculo dos escores, os mesmos, juntamente com os dados dos outros instrumentos foram transportados ao programa estatístico SPSS 18.0 for Windows.

Inicialmente todas as variáveis foram analisadas descritivamente. Para as variáveis quantitativas, esta análise foi feita através da observação dos valores mínimos e máximos, e do cálculo de médias, desvios-padrão e mediana. Para as variáveis qualitativas, calcularam-se frequências absolutas e relativas.

Para a comparação da média dos três grupos foi utilizada a Análise de Variância (ANOVA) a um fator e as comparações múltiplas foram realizadas através do teste de Bonferroni. Quando a suposição de normalidade dos dados foi rejeitada foi utilizado o teste não paramétrico de Kruskal-Wallis, com comparações múltiplas realizadas através do teste de Dunn. Para se testar a homogeneidade entre as proporções foi utilizado o teste qui-quadrado ou o teste exato de Fisher. O estudo da correlação foi realizado através do coeficiente de correlação de Spearman. O nível de significância utilizado para os testes foi de 5%.

RESULTADOS

Dos 136 participantes da pesquisa, 80 (58,8%) eram do sexo masculino, enquanto 56 (41,2%) eram do sexo feminino.

Quanto à faixa etária, a média foi de 66,6 anos com desvio padrão de $\pm 4,7$ anos. A maioria dos idosos tinha vida conjugal (78,7%). Quanto ao número de filhos, 48,5% dos idosos tinham entre 2 e 3 filhos.

Foi observado que 88 idosos (64,6%) trabalhavam, sendo 32,3% remunerados e 32,3% não remunerados, e 48 idosos (35,4%) não trabalhavam. Quanto à ocupação atual, mais da metade dos entrevistados eram aposentados (58,8%). Os demais eram comerciantes (5,9%), donas de casa (5,9%), vendedores (3,7%) ou tinham outras ocupações (25,7%), como

advogado, ajudante, auxiliar, bombeiro, conferente, costureira, delegado, dentista, empresário, estoquista, enfermeiro, faxineiro, pedreiro, professor ou promotor. O tempo médio na ocupação atual foi $12,8 \pm 9,2$ anos. Foi observado que apenas 43 idosos (31,6%) tiveram ocupação anterior, sendo que o tempo médio foi de $6,1 \pm 12,8$ anos. A minoria dos idosos (11,0%) havia sido afastada do trabalho por motivos como acidente de automóvel, dores musculares, fraturas ósseas, pneumonia, entre outros.

A maioria dos idosos (94,8%) não possuía doenças incapacitantes, e apenas um pequeno grupo de 7 idosos possuía algum tipo de doença incapacitante, como hipertensão arterial, depressão, osteoporose e oxigênio dependente. Quanto à prática de atividade física, 59,6% relataram não praticar nenhum tipo de atividade física, enquanto que 40,4% relataram praticar atividade física, com frequência de 1-2 x/semana (55,6%), 3-4 x/semana (29,6%) e 5-7 x/semana (14,8%). Quanto à caminhada, 39,7% dos entrevistados relataram praticar como forma de atividade física, com maiores frequências de 1-2 x/semana (55,6%) e 3-4 x/semana (29,6%). Quanto à realização de musculação, a maioria (91,9%) não praticava. Dentre os idosos que praticavam musculação (8,1%), a maioria (54,3%) fazia com frequência de 1-2 x/semana. Outras atividades físicas foram citadas apenas por 2,9% dos idosos. No quesito massagem, 94,1% não a realizavam, e dos 5,9% que a realizavam, todos citaram uma frequência de 1-3 x/semana. Com realização ao alongamento, apenas 16,2% realizam a atividade, com maior frequência (50,0%) de 1-2 x/semana. Observou-se também que a maioria dos idosos não realizava tratamento fisioterápico (82,4%) e eram não fumantes (82,4%). A média de peso foi de $76,6 \pm 15,6$ kg e a de altura foi de $1,7 \pm 0,1$ m. O IMC foi de $27,0 \pm 5,6$ Kg/m².

A Tabela 1 - Apresenta as frequências comparadas entre os três grupos de idosos (1=trabalhadores remunerados; 2=trabalhadores não remunerados; 3=não trabalhadores) de acordo com as variáveis do estudo. Observou-se diferença estatisticamente significativa entre os grupos 1 e 2 e grupos 1 e 3 para realizar caminhada. As demais variáveis não apresentaram diferença significativa entre os grupos estudados ($p > 0,05$).

Tabela 1 - Comparação das frequências das variáveis entre os três grupos de idosos estudados.

Variáveis	Grupo 1	Grupo 2	Grupo 3
	Percentual(%)	Percentual(%)	Percentual(%)
Sexo*			
Masculino	48,9A	62,8A	64,6A
Feminino	51,1A	37,2A	35,4A
Estado Civil*			
Com vida conjugal	75,6A	79,1A	81,3A
Sem vida conjugal	24,4A	20,9A	18,7A
Afastamento do Trabalho**			
Sim	17,8A	11,6A	4,2A
Não	82,2A	88,4A	95,8A
Doenças Impactantes**			
Sim	6,7A	2,3A	6,3A
Não	93,3A	97,7A	93,7A
Pratica atividade Física*			
Sim	51,1A	37,2A	33,3A
Não	48,9A	62,8A	66,7A
Realizar caminhada*			
Sim	57,8A	37,2B	25,0B
Não	42,2A	62,8A	75,0A
Realizar Musculação**			
Sim	15,6A	2,3A	6,3A
Não	84,4A	97,7A	93,7A
Realizar massagem**			
Sim	8,9A	9,3A	0,0A
Não	91,1A	90,7A	100,0A
Realizar alongamento*			
Sim	24,4A	13,9A	10,4A

Não	75,6A	86,1A	89,6A
Realizar outras atividades**			
Sim	6,7A	0,0A	2,1A
Não	93,3A	100,0A	97,9A
Terapia fisioterapêutica*			
Sim	15,6A	20,9A	16,7A
Não	84,4A	79,1A	83,3A
Fumante*			
Sim	13,3A	25,6A	14,6A
Não	86,7A	74,4A	85,4A

*Letras maiúsculas diferentes indicam diferença estatisticamente significativa na mesma linha (Teste Qui-Quadrado; $p < 0,05$).

**Letras maiúsculas diferentes indicam diferença estatisticamente significativa na mesma linha (Teste Exato de Fisher; $p < 0,05$).

A Tabela 2 mostra a comparação das médias e desvios-padrão para algumas variáveis do estudo entre os três grupos de idosos. Observou-se diferença estatisticamente significativa entre os grupos 1, 2 e 3 para a variável tempo na função anterior (em anos), sendo que o grupo 1 (trabalhadores remunerados) apresentou média mais baixa que os demais. Com relação à idade (em anos) e ao número de filhos, observou-se que os idosos do grupo 1 apresentaram médias estatisticamente inferiores quando comparados aos idosos dos outros grupos. Com relação às variáveis peso (Kg) e IMC (Kg/m²), observou-se que o grupo 3 (não trabalhadores) apresentou médias estatisticamente maiores quando comparados aos grupos 1 e 2.

Tabela 2 - Comparação das médias e desvios-padrão para diferentes variáveis entre os três grupos de idosos estudados.

Variáveis	Grupo 1	Grupo 2	Grupo 3
	Média ± Desvio padrão	Média ± Desvio padrão	Média ± Desvio padrão
Tempo na função atual (em anos)*	14,1 ± 10,2A	11,4 ± 8,4A	13,3 ± 9,2A
Tempo na função anterior (em anos)*	10,3 ± 8,1A	20,9 ± 11,8B	25,4 ± 15,5C
Idade (em anos)**	65,1 ± 4,9A	67,3 ± 4,7B	67,3 ± 4,3B
Número de filhos*	2,0 ± 1,6A	3,0 ± 2,1B	3,2 ± 2,2B
Peso (Kg)**	72,2 ± 10,1A	76,3 ± 10,9A	80,8 ± 21,5B
Altura (m)**	1,7 ± 0,1A	1,7 ± 0,1A	1,7 ± 0,1A
IMC (Kg/m ²)**	25,7 ± 4,5A	26,3 ± 3,4A	28,7 ± 7,6B

*Letras maiúsculas diferentes indicam diferença estatisticamente significativa na mesma linha (Teste Kruskal-Wallis e Teste de Dunn; $p < 0,05$)

**Letras maiúsculas diferentes indicam diferença estatisticamente significativa na mesma linha (Teste ANOVA e Teste de Bonferroni; $p < 0,05$)

Após a categorização nos quatro níveis, o ICT obteve a seguinte distribuição: 58,1% tinham capacidade moderada para o trabalho, 22,8% tinham baixa capacidade para o trabalho, 16,2% tinham boa capacidade e 2,9% tinham ótima capacidade para o trabalho.

A Tabela 3 mostra as médias, desvios-padrão, medianas, mínimos, máximos e coeficiente alpha (α) de Cronbach para avaliação da consistência interna entre os itens das dimensões do ICT. O ICT da população estudada variou de 19 a 49 pontos, com média de $31,7 \pm 5,7$ pontos. Para a maioria das dimensões, a consistência interna, medida pelo coeficiente α de Cronbach, foi superior a 0,70, com exceção de: "capacidade para o trabalho em relação às exigências do trabalho" ($\alpha = 0,663$) e "recursos mentais" ($\alpha = 0,682$). O valor do α de Cronbach obtido para todo o instrumento foi de 0,733, o que determina consistência nas respostas dos idosos às questões propostas pelo ICT.

No que se refere à auto avaliação da "capacidade para o trabalho atual comparada com a melhor de toda a vida", os valores atribuídos variaram de 0 a 10 pontos, com média de $6,8 \pm 1,8$.

No que concerne à "capacidade para o trabalho em relação às exigências do trabalho", os valores variaram de 3 a 10 pontos, com média de $7,6 \pm 1,4$. Quanto às exigências físicas, 55,1% declararam boa capacidade para o trabalho e 21,3% consideraram sua capacidade moderada. Quanto às exigências mentais, foram classificadas por grande parte dos idosos como boa e moderada, 61,0% e 18,4%, respectivamente.

Quanto ao “número atual de doenças diagnosticadas por médico”, os valores variaram entre 1 e 7 pontos, com média de $3,4 \pm 2,1$. Sobre a dimensão “perda estimada para o trabalho devido às doenças”, os valores variaram entre 1 a 6 pontos, com média $2,2 \pm 1,7$. Com relação às “faltas ao trabalho por doenças no último ano”, observou-se variação entre 1 e 5 pontos, com média $4,7 \pm 0,9$. No que se refere ao “prognóstico sobre a capacidade para o trabalho daqui a dois anos”, os valores variaram entre 1 e 7 pontos, com média $3,2 \pm 2,5$.

No que concerne os “recursos mentais”, os valores das somas dos três itens que compõem essa dimensão variaram entre 5 a 12 pontos, com média $10,5 \pm 1,7$. Quanto à apreciação nas atividades diárias, a maioria dos idosos relatou sempre (62,5%) ou quase sempre (26,5%) apreciá-las. Quanto ao sentir-se ativo e alerta, a maioria respondeu que sempre (58,1%) ou quase sempre (27,9%). Quanto ao sentir-se cheio de esperança para o futuro, a maioria dos idosos sentia-se continuamente com esperança (72,1%).

Diferenças estatisticamente significantes foram observadas entre os grupos 1 e 3 para a dimensão “capacidade para o trabalho atual comparada com a melhor de toda a vida”. O grupo 3 apresentou média estatisticamente inferior quando comparado aos grupos 1 e 2 para a dimensão “número atual de doenças diagnosticadas por médico”, e quando comparado ao grupo 1 para a dimensão “prognóstico sobre a capacidade para o trabalho daqui a dois anos”. Com relação ao escore global do ICT, o grupo 3 também apresentou média estatisticamente inferior ao comparar com o grupo 1, que apresentou a maior média.

Tabela 3 - Valores médios das dimensões do Índice de Capacidade para o Trabalho entre os idosos (n=136).

Dimensões do ICT	Média	Desvio padrão	Mediana	Mínimo	Máximo	α (Cronbach)
Capacidade para o trabalho atual comparada com a melhor de toda a vida	6,8	1,8	7,0	0,0	10,0	0,704
Capacidade para o trabalho em relação às exigências do trabalho	7,6	1,4	8,0	3,0	10,0	0,663
Número atual de doenças diagnosticadas por médico	3,4	2,1	3,0	1,0	7,0	0,734
Perda estimada para o trabalho devido às doenças	2,2	1,7	1,0	1,0	6,0	0,802
Faltas ao trabalho por doenças no último ano	4,7	0,9	5,0	1,0	5,0	0,738
Prognóstico sobre a capacidade para o trabalho daqui a dois anos	3,2	2,5	1,0	1,0	7,0	0,742
Recursos mentais	10,5	1,7	11,0	5,0	12,0	0,682
ICT global	31,7	5,7	30,0	19,0	49,0	0,733

A Tabela 4 mostra a comparação dos valores médios dos domínios do instrumento SF-36 entre os três grupos de idosos estudados. Observou-se diferença estatisticamente significativa entre os grupos 1, 2 e 3 para o domínio “capacidade funcional”, sendo o grupo 1 com maior média e o grupo 3 com menor média. Para os demais domínios, não houve diferença significativa entre os três grupos, cujos valores médios foram considerados moderados.

Tabela 4 - Comparação dos valores médios dos domínios do instrumento SF-36 para avaliação da qualidade de vida entre os três grupos de idosos estudados.

Domínios do SF-36	Grupo 1	Grupo 2	Grupo 3
	Média \pm Desvio padrão	Média \pm Desvio padrão	Média \pm Desvio padrão
Capacidade funcional	70,0 \pm 23,9A	57,7 \pm 23,7B	45,9 \pm 23,8C
Limitação por aspectos físicos	78,3 \pm 30,9A	75,0 \pm 40,1A	69,2 \pm 42,7A
Dor	66,9 \pm 20,3A	69,4 \pm 24,9A	64,1 \pm 19,7A
Estado geral de saúde	66,3 \pm 21,2A	56,1 \pm 11,0A	59,1 \pm 14,4A
Vitalidade	65,4 \pm 20,4A	69,7 \pm 18,3A	68,6 \pm 18,4A
Aspectos sociais	68,6 \pm 20,9A	57,6 \pm 21,2A	64,5 \pm 19,5A
Limitação por aspectos emocionais	84,3 \pm 29,1A	70,7 \pm 43,4A	69,6 \pm 41,7A
Saúde mental	69,1 \pm 18,4A	69,4 \pm 19,9A	69,6 \pm 21,0A

* Letras maiúsculas diferentes indicam diferença estatisticamente significativa na mesma linha (Teste Kruskal-Wallis e Teste de Dunn; $p < 0,05$)

DISCUSSÃO

No estudo, a média de idade da população estudada foi de 66,6 anos, sendo que 58,8% dos idosos eram do sexo masculino. De

acordo com o Censo 2010, divulgado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010), a população brasileira com 65 anos ou mais, que era de 5,9% em 2000, passou a ser 7,4% em 2010. Além disso, as regiões Sudeste e Sul do Brasil apresentaram-se como as duas regiões mais envelhecidas do país, perfazendo 8,1% da população formada por idosos.

Dos 136 participantes desse estudo, 64,6% dos idosos trabalhavam, sendo metade remunerada e metade não remunerada, mostrando que esse grupo populacional permanece ativo, mesmo quando aposentado. Segundo Camarano (2001) e Liberato (2003), a inserção do idoso no mercado de trabalho tem importância significativa para a renda domiciliar dessas pessoas. Além disso, sabe-se que a permanência em atividade laboral pelo idoso constitui um alicerce fundamental na sua vida (Quaglio, 1999), para ajudar a família, pelo prazer de trabalhar e também para fugir do estigma de improdutivos (Paraguay et al., 1997).

Atualmente é praticamente um consenso entre os profissionais da área da saúde que a atividade física é um fator determinante no sucesso do processo do envelhecimento (Matsudo et al., 2001). A prática regular de atividade física não estava presente na maioria dos idosos (59,6%) entrevistados. Quando presente, a caminhada foi a atividade física mais praticada no grupo estudado (39,7%) com frequência de 1 a 2 vezes por semana. Esse resultado corrobora com a pesquisa realizada por Caspersen et al. (1994), na qual a caminhada foi uma das atividades mais realizadas por idosos com idade acima de 65 anos, variando de 38% a 72%. Sabe-se que a atividade física regular e a adoção de um estilo de vida ativo são necessárias para a promoção da saúde e qualidade de vida durante o processo de envelhecimento, estando associada também com uma melhor mobilidade e capacidade funcional, retardando as alterações fisiológicas do envelhecimento (Matsudo et al., 2001; Vidmar et al., 2011).

Com relação à prática de atividade física, observou-se que o grupo composto por idosos trabalhadores remunerados foi o que mais realizava caminhada quando comparado aos outros dois grupos, sendo que o grupo de não trabalhadores foi o que menos realizava tal atividade física. Esse fato demonstra o interesse dos idosos trabalhadores pela prática da atividade física, contribuindo no aprimoramento de suas funções orgânicas, permanecendo com o organismo eficiente e efetivo, com maior disposição para as atividades de vida diárias, proporcionando bem estar geral. De acordo com o estudo de Deutsch (1999), verificou-se uma correlação positiva entre a atitude dos trabalhadores em relação à atividade física e sua prática, independente da faixa etária que se encontram.

Outro fato observado no estudo foi com relação ao índice de massa corpórea (IMC) apresentado pelo grupo de idosos, cuja média foi de 27,0 Kg/m², caracterizando sobrepeso nessa população (>25,0 Kg/m²). Sabe-se que o emprego do IMC em

idosos apresenta dificuldades em função do decréscimo de estatura, acúmulo de tecido adiposo, redução de massa corporal magra e diminuição da quantidade de água no organismo (Bedogni et al., 2001). Entretanto, no estudo de Santos e Sichieri (2005), observou-se que o IMC pode ser utilizado como indicador de adiposidade em idosos, principalmente em mulheres.

O envelhecimento promove mudanças importantes na massa muscular e no padrão de distribuição de gordura corporal (Santos, Sichieri, 2005). Além disso, o sobrepeso observado no grupo de idosos em geral, com maior IMC para o grupo de não trabalhadores, também poderia ser explicado pelo sedentarismo e por não praticar atividade física regularmente. Sabe-se que a obesidade está associada com várias doenças crônicas não transmissíveis, que acarreta aumento de mortalidade e impacto sobre o sistema de saúde, diminuindo a qualidade de vida dos idosos (Silveira et al., 2009).

O envelhecimento funcional influencia diretamente na capacidade para o trabalho. A capacidade para o trabalho engloba as capacidades físicas, mentais e sociais do indivíduo em relação às exigências do trabalho, levando em consideração também aspectos da comunidade de trabalho, organização e ambiente de trabalho (Bellusci, Fischer, 1999; Zwart et al., 2002; Raffone, Hennington, 2005).

De acordo com Ilmarinen et al. (1991), a partir dos anos 80, com o processo de envelhecimento da população trabalhadora, as questões relativas ao envelhecimento funcional vêm constituindo uma prioridade no campo da saúde do trabalhador. A capacidade para o trabalho tornou-se um importante indicador por abarcar aspectos relativos à saúde física, bem-estar psicossocial, competência individual e condições do trabalho.

Segundo Tuomi et al. (2005), a utilização do ICT, desde a admissão do trabalhador na empresa, possibilita a identificação precoce dos indivíduos que necessitarão de modificações e medidas de apoio, sem necessariamente apresentarem danos físicos e/ou emocionais que resultem na queda da produtividade destes funcionários. No presente estudo, o ICT apresentou consistência interna (0,733 alfa de Cronbach), colaborando com os resultados descritos por Radkiewicz e Widerszal-Bazyl (2005) e Martinez et al. (2009). Em contrapartida, valores maiores foram relatados por Silva Junior (2010). Essas diferenças podem ser atribuídas ao tipo de população avaliada em cada estudo, que podem apresentar diferentes percepções do instrumento.

Os dados sobre a capacidade para o trabalho entre os idosos estudados mostraram que um número considerável (80,9%) possuía a capacidade para o trabalho nas categorias moderada e baixa. Esse fato pode ser explicado devido ao maior tempo desses idosos no mercado de trabalho, tempo de trabalho atual e anterior, condições de trabalho anterior e aos efeitos do processo de envelhecimento da população. Os estudos de

Martins (2002) e Andrade e Monteiro (2007) observaram uma diminuição da capacidade para o trabalho no grupo de trabalhadores com maior idade, fato esse explicado pelo próprio envelhecimento cronológico e pelo maior número de doenças. Por outro lado, Bellusci et al. (1999) não observaram associação da idade com a perda de capacidade para o trabalho.

Segundo Bragança (2004), os significados do trabalho e da aposentadoria são postulados pela lógica do capitalismo. Assim, muitas vezes, a aposentadoria é percebida como o fim das atividades produtivas ou o fim do trabalho remunerado com a chegada da terceira idade, criando a idéia de pobreza e incapacidade e aumentando o imaginário social de estigma de inutilidade do idoso. Para Moser (2001), o trabalho tem um papel muito importante na vida do homem moderno. No entanto, muitas vezes, o indivíduo passa a pertencer ao grupo dos ociosos após a aposentadoria.

De acordo com Odebrecht et al. (2001), as características normais do envelhecimento podem ser agravadas pelas condições adversas do trabalho, influenciando assim a capacidade para o trabalho. Com relação à dimensão “capacidade para o trabalho em relação às exigências do trabalho”, os grupos não apresentaram diferenças. Com relação às exigências físicas e mentais, a maioria dos idosos (76,4% e 79,4%, respectivamente) se enquadrava nas categorias boa e moderada. Esse resultado apontou que, a sua condição física e mental era favorável e não afetava sua capacidade para o trabalho, independente do tipo de emprego.

Segundo Saito e Murai (2007), com atividade remunerada ocorre uma menor proporção de doenças crônicas, consultas médicas, ou mesmo internação. Tendo um declínio de afastamento das atividades, associando todas essas variáveis a um bem estar mental e biológico.

Com relação à “perda estimada para o trabalho devido às doenças”, domínio cujo alfa de Cronbach foi o mais elevado, os grupos não apresentaram diferenças, ou seja, não houve dificuldade ou impedimento para o trabalho por motivos de doença. Esse resultado colabora com o estudo de Duran e Cocco (2004), no qual se observou que 93,3% dos trabalhadores que relataram não ter impedimento devido às doenças referidas com diagnóstico médico apresentaram categorias boa e ótima para capacidade para o trabalho.

Para a dimensão “faltas ao trabalho por doenças no último ano, os grupos” também não apresentaram diferenças significativas, ou seja, os idosos de ambos os grupos não faltavam em suas atividades por motivos de saúde. De acordo com Yano e Santana (2012), as causas das faltas ao trabalho são mais frequentemente de natureza geral, não ocupacional, com prevalência três vezes maior do que as ausências motivadas por problemas de saúde na perspectiva da compreensão do trabalhador.

Foi observado que o grupo 1 apresentou pontuação significativamente maior para a dimensão “prognóstico sobre a capacidade para o trabalho daqui a dois anos” quando comparado aos grupos 2 e 3, ou seja, o grupo de trabalhadores remunerados acredita que pode dar continuidade ao seu trabalho atual. Os estudos de Martinez et al. (2009) e Duran e Cocco (2004) colaboram com esses achados, destacando também a prevalência de trabalhadores que se consideram capazes de continuar realizando suas atividades com o passar dos anos. Com relação à dimensão “recursos mentais”, os grupos não apresentaram diferenças, indicando que, independente de trabalharem ou não, os mesmos apreciavam sempre ou quase sempre suas atividades diárias, percepção de estarem ativos e alertas, com sentimento de esperança para o futuro.

Outra observação do estudo, foi que o grupo 1 apresentou pontuação estatisticamente maior para o ICT quando comparado ao grupo 3. É importante ressaltar que o grupo 1, constituído por idosos trabalhadores remunerados, foi o grupo que também apresentou maior disposição para a prática de atividade física, como a caminhada, fato esse que deve ter influenciado a sua capacidade para o trabalho. De acordo com Tuomi et al. (1997b), o desenvolvimento regular de exercício físico incrementa a capacidade para o trabalho.

De acordo com Rosa et al. (2006), o SF-36 é um instrumento genérico de avaliação da qualidade de vida, de fácil aplicação e compreensão, multidimensional, formado por 36 itens englobados em oito escalas ou componentes: capacidade funcional, limitação por aspectos físicos, dor, estado geral de saúde, vitalidade, aspectos sociais, limitação por aspectos emocionais e saúde mental. Para o cálculo do questionário, cada questão recebe um escore que, posteriormente, é transformado em uma escala de 0 a 100, sendo 0 o pior estado de saúde, e 100, o melhor.

No presente estudo, observou-se que a consistência interna determinada pelo coeficiente alpha de Cronbach foi superior a 0,70, o que mostra uma consistência aceitável do instrumento. Com relação aos domínios do SF-36, em geral, os idosos consideraram moderado e bom, com maiores pontuações para os domínios “limitação por aspectos emocionais” e “limitações por aspectos físicos” e menores pontuações para os domínios “capacidade funcional” e “estado geral de saúde”. Sabe-se que o conceito de qualidade de vida extrapola os limites da saúde física e que está ligado ao que o indivíduo percebe sobre o seu ambiente cultural e social, bem como as expectativas e os ideais que ele tem da vida. Lima et al. (2009) também relataram pontuações altas para “limitação por aspectos emocionais” e “limitação por aspectos físicos” e pontuações baixas para “estado de saúde geral”.

O domínio “limitação por aspectos emocionais” apresentou a maior pontuação (74,8) pelos idosos, com uma valorização desse aspecto em sua qualidade de vida. Para Kawamoto et

al. (2005), o bem-estar emocional exerce efeito na autoavaliação da saúde. A segunda maior pontuação foi obtida para o domínio "limitação por aspectos físicos" (74,0). Esses resultados poderiam ser explicados pelo baixo índice de doenças incapacitantes na população estudada e pela maioria exercer alguma ocupação. Entretanto, no estudo realizado por Pimenta et al. (2008), esses domínios apresentaram pontuações inferiores pelos idosos, que eram aposentados, na maioria dos casos por invalidez, com ausência de ocupação e com sintomas de depressão.

Por outro lado, o domínio "capacidade funcional" foi o que apresentou a menor pontuação pelos idosos (57,6). Resultados semelhantes foram descritos por Pimenta et al. (2008) e Caporicci e Neto (2011). Entretanto, o estudo realizado por Lima et al. (2009) relatou uma maior pontuação dos idosos com idade entre 60 e 69 anos. Sabe-se que a qualidade de vida da população idosa está associada à manutenção da capacidade funcional ou da autonomia. Segundo Rowe e Kahn (1987), autonomia é a medida pela qual os indivíduos são capazes de tomar decisões em relação a escolha de atividades, métodos, maneiras de participação social, tempo de duração de atividades, entre outras. Assim, os limites colocados para o idoso pela família e sociedade configuram uma perda de autonomia que lhes apontam não ter os mesmos direitos que lhes cabiam na vida adulta. Isso implica cobranças e exigências do adulto para com os idosos, que os limitam principalmente em relação às possibilidades de satisfação (França, Soares, 1997).

O segundo domínio com menor pontuação foi o "estado geral de saúde" (60,5). Embora a pontuação seja considerada moderada, isso mostra que os idosos percebem a sua saúde alterada devido ao processo natural de envelhecimento. É importante ressaltar que na população estudada, a minoria apresentou alguma doença incapacitante. Resultado semelhante foi descrito por Coelho e Pedroso (2012) ao avaliarem a qualidade de vida de idosos no município de Santos-SP.

Almeida et al. (2010) verificaram diferença significativa nos domínios "capacidade funcional", "estado geral de saúde", "vitalidade" e "aspectos sociais" entre os idosos participantes e não participantes em grupos de convivência. Assim, os idosos que participavam de grupos de convivência apresentaram melhor qualidade de vida e menor ocorrência de depressão quando comparados aos idosos que não participavam de grupos de terceira idade.

Em relação às pontuações obtidas para a qualidade de vida pelos três grupos de idosos avaliados, a análise estatística revelou que houve diferença estatisticamente significativa entre os grupos ($p > 0,05$) apenas para o domínio "capacidade funcional". O grupo 1 apresentou a maior pontuação (70,0) para o domínio e o grupo 3 a menor pontuação (45,9). Essa observação deve-se ao fato de que o grupo 1, composto por idosos trabalhadores remunerados, mantêm-se ativos no tra-

balho, criando uma rotina de atividades ou uma rotina de tarefas, apresentando maior "capacidade funcional". Lima et al. (2009) observaram que os idosos com menor renda mensal apresentaram menor pontuação para o domínio "capacidade funcional". Segundo Almeida et al. (2010), a piora da "capacidade funcional" está associada a perda de autonomia, dependência e transferência do idoso para uma Instituição de Longa Permanência.

Deve-se enfatizar que o grupo 1 relatou realizar atividade física com mais frequência quando comparado aos demais. Sabe-se que a diminuição do envolvimento em atividades físicas diárias ocorre com o aumento progressivo da idade, levando ao decréscimo da capacidade física (Paffenbarger et al., 1978). De acordo com Pimenta et al. (2008) e Januário et al. (2011), a capacidade funcional foi maior para o grupo de idosos que praticavam regularmente atividade física. Ao contrário, Caporicci e Neto (2011) não observaram diferenças para esse domínio entre o grupo de idosos que não praticava atividade física e o grupo que praticava, embora esse último apresentasse uma tendência de escore mais alto.

Há que se considerar que a qualidade de vida do indivíduo idoso está relacionada também à segurança socioeconômica, ao bem-estar psicossocial e à sensação de saúde, sendo essa última está relacionada por sua vida passada, pela estrutura genética e pelo meio ambiente (Darnton-Hill, 1995).

Observou-se que os grupos não apresentaram diferenças significativas para os domínios "limitação por aspectos físicos", "dor", "estado geral de saúde", "vitalidade", "aspectos sociais", "limitação por aspectos emocionais" e "saúde mental". Esse fato pode ser atribuído à similaridade da idade e à pequena porcentagem da amostra possuir algum tipo de doença incapacitante, independente se eram trabalhadores remunerados ou não, ou não trabalhadores. Segundo Luoh e Herzog (2002), realizar mais de 100 horas anuais de trabalho voluntário e de trabalho remunerado exerceu efeito protetor significativo contra problemas de saúde e morte em idosos.

De acordo Joia et al. (2007), além das doenças crônicas, a inatividade, o aumento da dependência em executar as atividades de vida diárias e a falta de perspectivas na aposentadoria podem desencadear um alto nível de ansiedade e depressão, comprometendo a qualidade de vida dos idosos. Assim, é de extrema importância que sejam desenvolvidas estratégias que garantam aos idosos não apenas maior longevidade, mas felicidade, satisfação pessoal e qualidade de vida. No estudo de Vecchia et al. (2005), observou-se que é importante manter o equilíbrio emocional do idoso para promover qualidade de vida, dispondo de tranquilidade, bom humor e sentir-se satisfeito com a vida, atributos relativos a saúde mental que ajudam os idosos a se manterem fortalecidos no enfrentamento das atividades diárias e dos desafios impostos pela vivência.

No quesito “saúde mental”, Gruenewald et al. (2007) relataram que a frequência de engajamento em atividades intelectuais, sociais e produtivas foi inversamente relacionada à incidência de demência, exercendo efeito protetor para essa. Os resultados sugerem que tanto a interação social quanto estímulo intelectual pode ser relevante para preservar o funcionamento mental em idosos.

Para Andrade e Monteiro (2007), é sugestivo pensar na perda da capacidade para o trabalho relacionada às condições laborais e aos efeitos do processo de envelhecimento da população. De acordo Paschoal (2000), o trabalho se torna gerador de sofrimento tanto físico quanto psíquico, pois deve ser considerado que os trabalhadores idosos estão no mundo do trabalho um tempo maior que as pessoas mais jovens, o que os expõem muito mais aos riscos laborais.

Ao relacionar o ICT com a qualidade de vida da população estudada, observou-se que houve correlação positiva para os domínios “capacidade funcional”, “limitação por aspectos físicos”, “dor”, “estado geral de saúde” e “limitação por aspectos emocionais”, indicando uma relação direta da capacidade para o trabalho sobre a qualidade de vida. Martins (2002) também observaram uma forte associação entre o Índice de Capacidade para o Trabalho e a qualidade de vida, pois quanto mais alto os escores do ICT, mais alto também foram os escores de qualidade de vida. No estudo realizado por Martinez et al. (2009), o ICT apresentou correlação estatisticamente significativa com as oito dimensões do estado de saúde analisadas pelo SF-36, considerando-se que, quanto melhor o estado de saúde, maior o valor do ICT.

Em geral, as dimensões da saúde física apresentaram correlações mais fortes com o ICT, ao contrário das dimensões relacionadas à saúde mental. Segundo Nygård et al. (1991), a saúde física, representada pela capacidade funcional, é considerada como a base para a capacidade para o trabalho por ter um papel significativo sobre o desgaste do trabalhador por se relacionar ao desempenho das demandas do trabalho.

Para Beltrame (2009), o trabalho ocupa grande parte da vida do ser humano e a satisfação no trabalho é um dos pilares fundamentais na construção do conceito de qualidade de vida. Assim, o trabalho, quando desempenhado com prazer, é um meio para se obter qualidade de vida (Vecchia et al., 2005). De acordo com Tuomi et al. (1997a), a capacidade para o trabalho é representada pela saúde a partir da capacidade funcional e da presença de doenças, expandido para uma visão global de saúde.

A satisfação no trabalho apareceu associada aos aspectos de saúde mental, independente de variáveis sócio demográficas (Martinez, 2002). Para entender a relação entre satisfação no trabalho e saúde, levou-se em conta que o trabalho é uma das mais importantes maneiras do homem se posicionar

como indivíduo; é algo que complementa e dá sentido à vida. A felicidade no trabalho é tida como resultante da satisfação de necessidades psicossociais, do sentimento de prazer e do sentido de contribuição no exercício da atividade profissional (Alberto, 2000).

Analisando os grupos separadamente, observou-se correlação significativa entre o ICT e os domínios “capacidade funcional”, “dor”, “estado geral de saúde” e “vitalidade” para o grupo 1; e correlação significativa com os domínios “capacidade funcional”, “limitação por aspectos físicos”, “dor” e “limitação por aspectos emocionais” para o grupo 2. Deve-se ressaltar que ambos os grupos são constituídos por idosos trabalhadores, remunerados ou não, apresentando melhor qualidade de vida devido à sua situação de trabalho, independente das limitações impostas pelo processo de envelhecimento, e que a maioria não apresentou doenças incapacitantes. Além disso, pode-se inferir que quanto melhor sua capacidade para o trabalho, melhor sua capacidade funcional, física e emocional. De acordo com Sousa et al. (2003), existe uma relação positiva entre trabalho e envelhecimento, onde os idosos trabalhadores tendem a apresentar melhores condições de saúde que a população de idosos em geral, que incluem os desempregados, aposentados e inválidos, o que conduz a um padrão melhor de qualidade de vida. Para Costa (2001) e Ramos et al. (2008), a permanência e as condições de trabalho parecem ser fortemente influenciadas pela capacidade física do idoso, não possibilitando uma qualidade de vida adequada.

Segundo Fernandes e Monteiro (2006), a avaliação das condições de trabalho (ambiente físico, organização, tipos de relações formais e informais) precisa ser considerada de uma forma mais ampla, pois não se trata simplesmente de identificar e tratar uma doença, mas de promover a saúde e a qualidade de vida do trabalhador, o que pode evitar o sofrimento, o desgaste, a doença ou a morte, possibilitando o retorno ao trabalho, considerado como atividade fundamental na constituição do sujeito e da vida digna.

No quesito “dor”, Parmelee et al. (2007) observaram que ter e manter passatempos mostrou-se associado à redução da sintomatologia depressiva em idosos, ressaltando a importância da manutenção de atividades de lazer sobre controle da dor e obtenção de melhor qualidade de vida.

Em uma revisão sistemática da literatura, Dias et al. (2010) observaram que a participação em atividades comunitárias, voluntariado e trabalho contribui positivamente para a saúde e bem-estar emocional e para a redução de sintomas depressivos entre os idosos. Apontou-se a importância da manutenção de atividades sociais com amigos no envelhecimento, contribuindo para minimização de sentimentos de solidão e promoção de maior auto eficácia.

O grupo 3 apresentou correlação significativa entre o ICT e os

domínios “capacidade funcional” e “estado de saúde geral”. Assim, os idosos desse grupo apresentaram menor capacidade para o trabalho, por não praticarem nenhuma atividade laboral, o que interferiu na sua percepção de qualidade de vida. Esse resultado corrobora com Sousa et al. (2003), no qual os idosos desempregados apresentam piores condições de saúde, maiores taxas de mortalidade e maiores prevalências de sintomas psiquiátricos. Sabe-se que para o idoso, a aposentadoria e o isolamento social são considerados agentes estressores que afetam sua qualidade de vida (Pimenta et al., 2008). Para Oliveira (1985), para o idoso ter saúde ele precisa de vida independente, casa, ocupação, afeição e comunicação.

No quesito “estado de saúde geral”, Silva e Marchi (1997) relataram o significado de ter uma condição de bem-estar, que inclui o bom funcionamento do corpo, o vivenciar uma sensação de bem-estar psicológico e principalmente uma boa qualidade nas relações que o indivíduo mantém com as outras pessoas e com o meio ambiente. Assim, no presente estudo, o grupo de idosos não trabalhadores teve a percepção de não apresentar bem-estar pelo fato de considerarem sua capacidade para o trabalho baixa.

Apesar das perdas orgânicas, funcionais e mentais naturais do envelhecimento, é possível gerar um ser humano idoso sadio e com autonomia para realizar as tarefas diárias, bem como, manter suas relações intelectuais e sociais com o meio que o rodeia (Leite, 2000). Dessa forma, a atividade física na terceira idade tem como objetivo o retardamento do processo inevitável do envelhecimento, através da normalização da vida do idoso, afastando os riscos comuns na terceira idade (Shephard Roy, 1997). Indivíduos que praticam atividades físicas têm maiores chances de apresentar boa capacidade para o trabalho, tendo importante significado na qualidade de vida (Raffone, Hennington, 2005).

Para Odebrecht (2002), a boa saúde física e mental, compatível com a idade, está diretamente relacionada com o potencial para realizar o trabalho. Além disso, a capacidade para o trabalho está diretamente relacionada com o envelhecimento bem sucedido. Assim, a qualidade de vida do indivíduo e sua produtividade estão relacionadas com a qualidade do trabalho. O desafio consiste em conseguir manter o nível de produtividade ao longo da vida laboral, preservando o indivíduo, sua saúde e seu bem-estar.

CONCLUSÃO

A média do ICT foi de 31,7 pontos e um número considerável de idosos relatou capacidade para o trabalho nas categorias moderada e baixa. O grupo de idosos trabalhadores remunerados apresentou pontuação estatisticamente maior para as dimensões “capacidade para o trabalho atual comparada com a melhor de toda a vida”, “número atual de doenças diagnosticadas por médico” e “prognóstico sobre a capacidade para o trabalho daqui a dois anos” e para o ICT global quando compa-

rado ao grupo de idosos não trabalhadores.

A qualidade de vida dos idosos foi avaliada por meio do instrumento SF-36, que se mostrou eficaz, detectando diferenças entre as dimensões analisadas. Os idosos consideraram os domínios moderado e bom, com maiores pontuações para “limitação por aspectos emocionais” e “limitações por aspectos físicos” e menores pontuações para os domínios “capacidade funcional” e “estado geral de saúde”. Houve diferença estatisticamente significativa somente para o domínio “capacidade funcional” entre o grupo de idosos trabalhadores remunerados e o grupo de idosos não trabalhadores.

Ao relacionar o ICT com a qualidade de vida dos idosos estudados, observou-se que houve correlação positiva para os domínios “capacidade funcional”, “limitação por aspectos físicos”, “dor”, “estado geral de saúde” e “limitação por aspectos emocionais”, indicando uma relação direta da capacidade para o trabalho sobre a qualidade de vida. Em geral, as dimensões da saúde física apresentaram correlações mais fortes com o ICT, ao contrário das dimensões relacionadas à saúde mental. Houve correlação significativa entre o ICT e os domínios “capacidade funcional”, “dor”, “estado geral de saúde” e “vitalidade” para o grupo de idosos trabalhadores remunerados; correlação significativa com os domínios “capacidade funcional”, “limitação por aspectos físicos”, “dor” e “limitação por aspectos emocionais” para o grupo de idosos trabalhadores não remunerados; e correlação com os domínios “capacidade funcional” e “estado de saúde geral” para o grupo de idosos não trabalhadores.

Assim, a capacidade para o trabalho mostrou-se estar relacionada com a qualidade de vida do idoso, ou seja, quanto melhor a sua capacidade para o trabalho, melhor a sua qualidade de vida, principalmente em termos físicos. Pôde-se concluir que idosos trabalhadores, independentemente de serem remunerados ou não, tem maior capacidade para o trabalho e qualidade de vida do que idosos não trabalhadores, pois o trabalho possui uma importante função na realização e satisfação profissional e pessoal desses indivíduos.

REFERÊNCIAS

Alberto LCFR. Os determinantes da felicidade no trabalho: um estudo sobre a diversidade nas trajetórias profissionais de engenheiros. [Dissertação de Mestrado]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2000.

Alcântara AO. Velhos institucionalizados e família: entre abafos e desabafos. Coleção velhice e sociedade. Campinas: Editora Alínea, 2009.

Almeida EA, Madeirai GD, Arantesi PMM, Alencarii MA. Comparação da qualidade de vida entre idosos que participam e idosos que não participam de grupos de convivência na cidade de Itabira-MG. Rev Bras Geriatr Gerontol 2010; 13(3):435-444.

Alves JED. Procurando superar a modelização de um modo de envelhecer. *Movimento* 2004; 10(2):57-71.

Amarilho CB, Carlos SA. O executivo-empresário, sua aposentadoria e o processo de afastamento do trabalho. *Textos Envelhecimento* 2005; 8(1):61-88.

Andrade CB, Monteiro MI. Envelhecimento e capacidade para o trabalho dos trabalhadores de higiene e limpeza hospitalar. *Rev Esc Enferm USP* 2007; 41(2):237-244.

Barbosa GS, Valadares GV. Experimentando atitudes e sentimentos: o cotidiano hemodialítico como base para o cuidar em enfermagem. *Esc Anna Nery Rev Enferm* 2009; 13(10):17-23.

Barley M. Unemployment and ill health: understanding the relationship. *J Epidemiol Community Health* 1994; 48(4): 333-337.
Beauvoir S. A velhice. 2ª ed. São Paulo. Ed. Difel, 1970.

Bedogni G, Pietrobelli A, Heymsfield SB, Borghi A, Manzieri AM, Morini P et al. Is body mass index a measure of adiposity in elderly women? *Obes Res* 2001; 9(1):17-20.

Bellusci SM, Fischer FM, Borges FNS, Teixeira LR, Barrios S. Capacidade para o trabalho de funcionários de um hospital filantrópico. *Anais Abergó: Bahia*, 1999.

Bellusci SM, Fischer FM. Envelhecimento funcional e condições de trabalho em servidores forenses. *Rev Saúde Pública* 1999; 33(6):602-609.

Bellusci SM. Envelhecimento e condições de trabalho em servidores de uma instituição judiciária: Tribunal Regional Federal da 3ª região. [Dissertação de Mestrado]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 1998.

Beltrame MRS. Capacidade de trabalho e qualidade de vida em trabalhadores de indústria. [Dissertação de Mestrado]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2009.

Bragança ABS. Aposentadoria: a experiência de professores aposentados do Instituto de Biologia da UNICAMP. [Dissertação de Mestrado]. Campinas: Universidade Estadual de Campinas; 2004.

Brasil. Ministério da Saúde. Estatuto do idoso. Brasília, DF, 2003.

Camarano AA. O idoso brasileiro no mercado de trabalho. Texto para discussão no 830. Rio de Janeiro: IPEA, 2001.

Candeloro JM, Caromano FA. Efeito de um programa de hidroterapia na flexibilidade e na força muscular de idosos. *Rev Bras Fisioter* 2007; 11(4):303-309.

Caporicci S, Neto MFO. Estudo comparativo de idosos ativos e inativos através da avaliação das atividades da vida diária e medição da qualidade de vida. *Motricidade* 2011; 7(2):15-24.

Carr JA, Higginson IJ. Are quality of life measures patient centred? *Br Med J* 2001; 322(7298):1357-1360.

Chillida MS. Capacidade para o trabalho e trabalho noturno entre trabalhadores de enfermagem de um hospital universitário. [Dissertação de Mestrado]. Campinas: Universidade Estadual de Campinas; 2003.

Ciconelli RM, Ferraz MB, Santos W, Meinão I, Quaresma MR. Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36 (Brasil SF-36). *Rev Bras Reumatol* 1999; 39(3):143-150.

Coelho ESP, Pedrosa MFBP. Avaliação da qualidade de vida em idosos residentes no município de Santos/SP. *Rev Ceciliania* 2012; 4(1):4-8.

Costa G. Trabalho e envelhecimento. *Rev Proteção*. 2001; fev:46-55.

Darnton-Hill L. El envejecimiento com salud y la calidad de la vida. In: *Foro Mundial de la Salud*. Geneva 1995; 16:381-391.

Deutsch S. Atitude de trabalhadores quanto à prática da atividade física no tempo livre. *Motriz* 1999; 5(2):160-167.

Dias EG, Duarte YAO, Lebrão ML. Efeitos longitudinais das atividades avançadas de vida diária em idosos: implicações para a reabilitação gerontológica. *Mundo Saúde* 2010; 34(2):258-267.

Duarte YAOL, Lebrão ML, Santos JLF, Laurenti R. Impacto do sedentarismo na incidência de doenças crônicas e incapacidades e na ocorrência de óbitos entre os idosos do município de São Paulo. *Saúde Coletiva* 2008; 5(24):183-188.

Duran ECM, Cocco MIM. Capacidade para o trabalho entre trabalhadores de enfermagem do pronto-socorro de um hospital universitário. *Rev Latino-Am Enfermagem* 2004; 12(1):43-49.

Fabrizio SCC, Rodrigues RAP, Costa Junior ML. Causas e consequências de quedas de idosos atendidos em hospital público. *Rev Saúde Publica* 2004; 38(1):93-99.

Fernandes ACP, Monteiro MI. Capacidade para o trabalho entre trabalhadores de um condomínio de empresas de alta tecnologia. *Rev Bras Enferm* 2006; 59(6): 752-756.

França HL, Soares NE. A importância das relações intergeracionais na quebra do preconceito sobre a velhice. In: *Veras RP. Terceira Idade, Desafios Para o 3º Milênio*. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1997. p.143-169.

Giaqueto A, Soares N. O trabalho e o trabalhador idoso. In: *Proceedings of the 1st Seminário de Saúde do Trabalhador de Franca, 2010, Franca (SP, Brazil)* [online]. 2010. [acesso em 26 de outubro de 2012]. Disponível em: http://www.proceedings.scielo.br/scielo.php?pid=MSC000000112010000100007&script=sci_arttext Giatti L, Barreto SM. Saúde, trabalho e envelhecimento no Brasil. *Cad Saúde Pública* 2003; 19(3):759-771.

Gruenewald TL, Karlamangla AS, Greendale GA, Singer BH, Seeman TE. Feelings of Usefulness to Others, Disability, and Mortality in Older Adults: The MacArthur Study of Successful Aging. *J Gerontol Psychol Sci* 2007; 62B(1):28-37.

Hunter R. Status epilepticus. History, incidence and problems. *Epilepsia* 1959; 1:162-188.

Iamamoto MV. O Serviço Social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional. São Paulo, Cortez, 2003.

Ilmarinen J, Tuomi K, Eskelinen L, Nygård C-H, Huuhtanen P, Klouckars M. Background and objectives of the Finnish research project on aging workers in municipal occupations. *Scand J Work Environ Health* 1991;17(Suppl 1):7-11.

Ilmarinen J. Aging workers. *Occup Environ Med* 2001; 58(8):546-52.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Sinopse do Censo Demográfico 2010. Rio de Janeiro; 2011. [acesso em 25 de outubro de 2012]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/sinopse.pdf>

Janlert U. Unemployment as a disease and disease of the unemployed. *Scand J Work Environ Health* 1997; 23(Suppl 3):79-83

Januário RSB, Serassuelo Junior H, Liutti MC, Decker D, Molari M. Qualidade de vida em idosos ativos e sedentários. *ConScientiae Saúde* 2011; 10(1):112-121.

Joia LC, Ruiz T, Donalisio MR. Condições associadas ao grau de satisfação com a vida entre a população de idosos. *Rev Saúde Pública* 2007; 41(1):131-8.

Kawamoto R, Yoshida O, Oka Y, Kodama A. Influence of living alone on emotional well-being in community-dwelling elderly persons. *Geriatr Gerontol Int* 2005; 5(3):152-158.

Knoplinch J. Osteoporose, o que você precisa saber. 3º ed. São Paulo: Robe Editorial, 2001.

Kujala V, Remes J, Ek E, Tammelin T, Laitinen J. Classification of work ability index among young employees. *Occup Med* 2005; 55(5):399-401.

Leite PF. Aptidão física, esporte e saúde. 3ª ed. São Paulo: Robe, 2000.

Liberato VC. A oferta de trabalho masculina "pós-aposentadoria". Brasil urbano – 1981/2001. [Dissertação de Mestrado]. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais; 2003.

Lima MG, Barros MBA, César CLG, Goldbaum M, Carandina L, Ciconelli RM. Health-related quality of life among the elderly: a population-based study using SF-36 survey. *Cad Saúde Pública* 2009; 25(10):2159-2167.

Luoh MC, Herzog AR. Individual consequences of volunteer and paid work in old age: health and mortality. *J Health Soc Behavior* 2002; 43(4):490-509.

Martinez MC, Latorre MRDO, Fischer FM. Capacidade para o trabalho: revisão de literatura. *Ciênc Saúde Coletiva* 2010; 15(S1):1553-1561,

Martinez MC, Latorre MRDO, Fischer FM. Validade e confiabilidade da versão brasileira do Índice de Capacidade para o Trabalho. *Rev Saúde Pública*; 2009; 43(3):525-32.

Martinez MC. As relações entre a satisfação com aspectos psicossociais no trabalho e a saúde do trabalhador. [Dissertação de Mestrado]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2002.

Martins MM. Qualidade de vida e capacidade para o trabalho de profissionais em Enfermagem no trabalho de turnos. [Dissertação de Mestrado]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2002.

Matsudo SM, Matsudo VKR, Barros Neto TL. Atividade física e envelhecimento: aspectos epidemiológicos. *Rev Bras Med Esporte* 2001; 7(1):2-13.

McKee D. Forward thinking and family support: explaining retirement and old age labor supply in Indonesia. California Center for Population Research. University of California, Los Angeles, 2006.

Mendes R, Dias EC. Saúde dos trabalhadores. In: Rouquayrol MZ, Almeida Filho N, eds. *Epidemiologia & Saúde*. 5ª ed. Rio de Janeiro: Medsi, 1999; p. 431-456.

Monteiro MS. Envelhecimento e capacidade para o trabalho entre trabalhadores brasileiros. [Tese de Doutorado]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 1999.

Moreira MM. O envelhecimento da população brasileira em nível regional; 1940-2050. In: *Anais do XI Encontro Nacional de Estudos Populacionais*. Caxambu: Associação Brasileira de Estudos Populacionais, 1998.p. 3030-3124.

Moreira MMS. Trabalho, qualidade de vida e envelhecimento. [Dissertação de Mestrado]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública; 2000.

Moser AM. Existem maneiras de viver bem a velhice? Mitos e realidade. In: Wielenska RC. *Sobre comportamento e cognição*: vol. 6. Questionando e ampliando a teoria e as intervenções clínicas em outros contextos. Santo André: Ed. Esetec,2001.

Neri AL. As políticas de atendimento aos direitos da pessoa idoso expressas no estatuto do idoso. *Rev Terceira Idade* 2005; 16(34):7-24.

Nygård CH, Eskelinen L, Suvanto S, Tuomi K, Ilmarinen J. Associations between functional capacity and work ability among elderly

- municipal employees. *Scand J Work Environ Health* 1991; 17(Suppl 1):122-127.
- Odebrecht C, Gonçalves LO, Sell I. O envelhecimento do trabalhador: da fisiologia à função laboral: aspectos a serem incrementados na análise ergonômica. *Anais Abergio: Gramado*, 2001.
- Odebrecht C. Adequação do trabalho ao trabalhador que envelhece: recursos auxiliares. [Tese de Doutorado]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2002.
- Oliveira C. Por que asilamos nossos velhos. *Rev Bras Enferm* 1985; 38(1):7-13.
- Organização Pan-Americana da Saúde. Organização Mundial de Saúde. Envelhecimento ativo: uma política de saúde. Tradução Suzana Gontijo. Brasília, 2005.
- Paffenbarger RS, Wing AL, Hyde RT. Physical activity as an index of heart attack risk in college alumni. *Am J Epidemiol* 1978; 108(3):161-175.
- Paraguay A, Isabel BB, Cardoso DM, Zanon MAC. Saúde e qualidade de vida no trabalho – na perspectiva de aposentadoria. In: *Anais do 4º Congresso Latino Americano de Ergonomia e 8º Congresso Brasileiro de Ergonomia*, Florianópolis, 1997, p.144-148.
- Parmelee PA, Harralson TL, Smith LA, Schumacher HR. Necessary and discretionary activities in knee osteoarthritis: do they mediate the pain-depression relationship? *Pain Med* 2007; 8(5):449-461.
- Paschoal SMP. Qualidade de vida do idoso: elaboração de um instrumento que privilegia sua opinião. [Dissertação de Mestrado]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2000.
- Pimenta FAP, Simil FF, Tôrres HOG, Amaral CFS, Rezende CF, Coelho TO, Rezende NA. Avaliação da qualidade de vida de aposentados com a utilização do questionário SF-36. *Rev Assoc Med Bras* 2008; 54(1):55-60.
- Pohjonen T. Perceived work ability of home care workers in relation to individual and work-related factors in different age groups. *Occup Med* 2001; 51(3): 209-217
- Quaglio S. Trabalho ainda é rotina de 4 milhões de idosos. *Folha de São Paulo, Especial: Mais velhos*, 26/09/1999, p.9.
- Radkiewicz P, Widerszal-Bazyl TMI. Psychometric properties of Work Ability Index in the light of comparative survey study. *Int Congress Series* 2005; 1280:304-309.
- Raffone AM, Hennington EA. Avaliação da capacidade funcional dos trabalhadores de enfermagem. *Rev Saúde Pública* 2005; 39(4):669-676.
- Ramos EL, Souza NVDO, Caldas CP. Qualidade de vida do idoso trabalhador. *Rev Enferm UERJ* 2008; 16(4):507-511.
- Relação Anual de Informações Sociais (RAIS). Brasília. Ministério do Trabalho e do Emprego. Características do Emprego Formal 2008. [acesso em 26 de outubro de 2012]. Disponível em: http://www.mte.gov.br/rais/2008/arquivos/Resultados_Definitivos.pdf
- Renosto A, Biz , Hennington EA, Pattussi MC. Confiabilidade teste-reteste do Índice de Capacidade para o Trabalho em trabalhadores metalúrgicos do Sul do Brasil. *Rev Bras Epidemiol* 2009; 12(2):217-225.
- Rosa LN, Cunha MCB, Franco RC. Qualidade de vida em indivíduos portadores da Síndrome pós-pólio. *Arq Med ABC* 2006; 31(1):18-22.
- Rosner B. *Fundamentals of biostatistics*. 2nd ed. Boston: PWS Publisher, 1986.
- Rowe JW, Kahn RL. Human aging: usual and successful. *Science* 1987; 237(4811):143-149.
- Ruwer SL, Rossi AG, Simon LF. Equilíbrio no idoso. *Rev Bras Otorinolaringol* 2005; 71(3):298-303.
- Saito JMF, Murai HC. A reinserção da população idosa no mercado de trabalho sob a ótica da enfermagem. *Rev Enferm UNISA* 2007; 8:38-41.
- Santos CTM, Diniz CEO, Souza KC, Mendes LC, Pires PP. O idoso no mercado de trabalho. [Trabalho de Conclusão de Curso]. Belo Horizonte: Faculdade Novos Horizontes; 2007.
- Santos DM, Sichieri R. Índice de massa corporal e indicadores antropométricos de adiposidade em idosos. *Rev Saúde Pública* 2005; 39(2):163-168.
- Santos SR, Santos IBC, Fernandes MGM, Henriques MERM. Qualidade de vida do idoso na comunidade: aplicação da Escala de Flanagan. *Rev Latin-AmEnfermagem* 2002; 10(6):757-764.
- Sazlina SG, Zaiton A, Nor Afiah MZ, Hayati KS. Predictors of health related quality of life in older people with non-communicable diseases attending three primary care clinics in Malaysia. *J Nutr Health Aging* 2012; 16(5):498-502.
- Shephard Roy JJ. *Aging, physical activity, and health*. United States: Human Kinetics, 1997.
- Silva Junior SHA. Avaliação de qualidades psicométricas da versão brasileira do Índice de Capacidade para o Trabalho. [Dissertação de Mestrado]. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz - Escola Nacional de Saúde Pública; 2010.
- Silva LG, Hadad MCL, Domansky RC, Vituri DW. Capacidade para o trabalho entre trabalhadores de higiene e limpeza de um hospital universitário público. *Rev Eletr Enferm* 2010; 12(1):158-163.
- Silveira EA, Kac G, Barbosa LS. Prevalência e fatores associados à obesidade em idosos residentes em Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil: classificação da obesidade segundo dois pontos de corte do

índice de massa corporal. *Cad Saúde Pública* 2009; 25(7):1569-1577.

Siqueira LEA. *Estatuto do idoso de A a Z. Aparecida: Idéias e Letras*, 2004.

Sousa L, Galante H, Figueiredo D. Qualidade de vida e bem-estar dos idosos: um estudo exploratório na população portuguesa. *Rev Saúde Pública* 2003; 37(3):364-371.

Souza RM. Melhor idade? Evidências sobre a participação dos idosos brasileiros no mercado de trabalho (1994 a 2000). [Dissertação de Mestrado]. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais; 2003.

Spiriduso WW. Physical activity and aging: introduction. In: Spiriduso W, Eckert H, eds. *Physical activity and aging*. Champaign: Human Kinetics, 1989. p.1-5.

Truelsen T, Bonita R, Jamrozik K. Surveillance of stroke: a global perspective. *Int J Epidemiol* 2001. 30(Suppl 1):S11-S16.

Tuomi K, Ilmarinen J, Jahkola A, Katajarinne L, Tulkki A. *Índice de capacidade para o trabalho*. São Carlos: EdUFSCar, 2005.

Tuomi K, Ilmarinen J, Jahkola A, Katajarinne L, Tulkki A. *Índice de capacidade para o trabalho*. Tradução de Fischer FM et al. Helsinki: Finnish Institute of Occupational Health. São Paulo: FS-PUSP; 1997b.

Tuomi K, Ilmarinen J, Seitsamo J, Huuhtanen P, Martikainen R, Nygård CH, et al. Summary of the Finnish research project (1981-1992) to promote the health and work ability of aging workers. *Scand J Work Environ Health* 1997a; 23(Suppl 1):66-71.

Vecchia RD, Ruiz T, Bocchi SCM, Corrente JE. Qualidade de vida na terceira idade: um conceito subjetivo. *Rev Bras Epidemiol* 2005; 8(3):246-252.

Velarde JE, Avila FC. Methods for quality of life assessment. *Salud Pública Méx* 2002; 44(4):349-61.

Vidmar MF, Potulski AP, Sachetti A, Silveira MM. Atividade física e qualidade de vida em idosos. *Rev Saúde Pesquisa* 2011; 4(3):417-424.

Vieira EB. *Manual de gerontologia: um guia prático para profissionais, cuidadores e familiares*. Rio de Janeiro: Revinter, 1996.

Wajnman S. Tendências prospectivas de crescimento da população economicamente ativa no Brasil. *Textos para Discussão nº 111*. Belo Horizonte: Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional, 1997.

Ware JE Jr, Sherbourne CD. The MOS 36 item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. *Med Care* 1992; 30(6):473-483.

WHOQOL Group. The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Soc Sci Med* 1995; 41(10):1403-9.

Yach D. Redefining the scope of public health beyond the year 2000. *Current Issues Public Health* 1996; 2:247-252.

Yano SRT, Santana VS. Faltas ao trabalho por problemas de saúde na indústria. *Cad Saúde Pública* 2012; 28(5):945-954.

Zwart BCH, Frings-Dresen MHW, Duivenbooden JC. Test-retest reliability of the Work Ability Index questionnaire. *Occup Med* 2002; 52(S4):177-181.

1. Professor do Curso de Fisioterapia da Universidade Cruzeiro do Sul, São Paulo, SP, Brasil.

2. Professor do Curso de Fisioterapia da Universidade Cruzeiro do Sul, São Paulo, SP, Brasil.

3. Professora do Curso de Odontologia da Universidade Cruzeiro do Sul, São Paulo, SP, Brasil.

4. Fisioterapeuta Especialista em Terapia Intensiva pela SOBRATI – Sociedade Brasileira de Terapia Intensiva – SP, Brasil.

ANEXO 1**III - QUESTIONÁRIO 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 em minha melhor capacidade para o trabalho					

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

2.1. 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).

- 5 () muito boa
 4 () boa
 3 () moderada
 2 () baixa
 1 () muito baixa

2.2. 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.

- 5 () muito boa
 4 () boa
 3 () moderada
 2 () baixa
 1 () 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.

	LESÕES POR ACIDENTES OU DOENÇAS	Em minha opinião	Diagnostico médico
1	Lesão nas costas		
2	Lesão nos braços/mãos		
3	Lesão nas pernas/pés		
4	Lesão em outras partes do corpo Onde ? Que tipo de lesão?		
5	Doença da parte superior das costas ou região do pescoço, com dores freqüentes		
6	Doença da parte inferior das costas com dores freqüentes		
7	Dor nas costas que se irradia para a perna (ciática)		
8	Doença musculoesquelética afetando os membros (braços e pernas) com dores freqüentes		
9	Artrite reumatóide		

10	Outra doença músculo-esquelética Qual?		
11	Hipertensão arterial (pressão alta)		
12	Doença coronariana, dor no peito durante exercício (angina pectoris)		
13	Infarto do miocárdio, trombose coronariana.		
14	Insuficiência cardíaca		
15	Outra doença cardiovascular Qual?		
16	Infecções repetidas do trato respiratório (incluindo 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 Qual?		
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

ANEXO 2

SF-36 PESQUISA EM SAÚDE

SCORE: _____

Instruções: **Esta pesquisa questiona você sobre sua saúde. Estas informações nos manterão informados de como você se sente e quão bem você é capaz de fazer suas atividades de vida diária. Responda cada questão marcando a resposta como indicado. Caso você esteja inseguro em como responder, por favor, tente responder o melhor que puder.**

1. Em geral, você diria que sua saúde é:

- Excelente----- 1
 Muito boa----- 2
 Boa----- 3
 Ruim----- 4
 Muito Ruim----- 5

2. **Comparada a um ano atrás**, como você classificaria sua saúde em geral **agora** ?

- Muito melhor agora do que a um ano atrás----- 1
 Um pouco melhor agora do que um ano atrás----- 2
 Quase a mesma de um ano atrás----- 3
 Um pouco pior agora do que há um ano atrás----- 4
 Muito pior agora do que há um ano atrás----- 5

3. Os seguintes itens são sobre atividades que você poderia fazer atualmente durante um dia comum. **Devido a sua saúde**, você tem dificuldade para fazer essas atividades? Neste caso, quanto?

(circule um número em cada linha)

Atividades	Sim Dificulta muito	Sim Dificulta um pouco	Não. Não Dificulta de modo algum
a. Atividades vigorosas , que exigem muito esforço, tais como correr, levantar objetos pesados, participar em esportes árduos	1	2	3
b. Atividades moderadas , tais como mover uma mesa, passar aspirador de pó, jogar bola, varrer a casa	1	2	3
c. Levantar ou carregar documentos	1	2	3
d. Subir vários lances de escada	1	2	3
e. Subir um lance de escada	1	2	3
f. Curvar-se, ajoelhar-se ou dobrar-se	1	2	3
g. Andar mais de 1 quilômetro	1	2	3
h. Andar vários quarteirões	1	2	3
i. Andar um quarteirão	1	2	3
j. Tomar banho ou vestir-se	1	2	3

4. Durante as **últimas 4 semanas**, você teve algum dos seguintes problemas com o seu trabalho ou com alguma atividade diária regular, **como consequência de sua saúde física?**

(circule uma em cada linha)

	Sim	Não
a. Você diminuiu a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2
b. Realizou menos tarefas do que você gostaria?	1	2
c. Esteve limitado no seu tipo de trabalho ou em outras atividades?	1	2
d. Teve dificuldade de fazer seu trabalho ou outras atividades (p.ex.: necessitou de um esforço extra) ?	1	2

5. Durante as últimas 4 semanas, você teve algum dos seguintes problemas com o seu trabalho ou outra atividade diária, como consequência de algum problema emocional (como sentir-se deprimido ou ansioso) ?

(circule uma em cada linha)

	Sim	Não
a. Você diminuiu a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2
b. Realizou menos tarefas do que você gostaria?	1	2
c. Não trabalhou ou não fez qualquer das atividades com tanto cuidado como geralmente faz?	1	2

6. Durante as **últimas 4 semanas**, de que maneira sua saúde física ou problemas emocionais interferiram nas suas atividades sociais normais, em relação a família, vizinhos, amigos ou em grupo?

(circule uma)

- De forma nenhuma1
- Ligeiramente.....2
- Moderadamente.....3
- Bastante.....
- Extremamente.....5

7. Quanta dor **no corpo** você teve durante as **últimas 4 semanas?**

(circule uma)

- .Nenhum.....1
- .Muito leve2
- . Leve3
- . Moderada4
- . Grave5
- . Muito grave6

8. Durante as **últimas 4 semanas**, quanto a dor interferiu com o seu trabalho normal (incluindo tanto o trabalho, fora de casa e dentro de casa)?

(circule uma)

- .De maneira alguma1

- . Um pouco2
- . Moderadamente3
- . Bastante4
- . Extremamente5

9. Estas questões sobre como você se sente e como tudo tem acontecido com você durante as **últimas 4 semanas**. Para cada questão, por favor dê uma resposta que mais se aproxime da maneira como você se sente. Em relação **as últimas 4 semanas**.

(circule um número para cada linha)

	Todo tempo	A maior parte do tempo	Uma boa parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nunca
a. Quanto tempo você tem se sentido cheio de vigor, cheio de vontade, cheio de força?	1	2	3	4	5	6
b. Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa muito nervosa?	1	2	3	4	5	6
c. Quanto tempo você tem se sentido tão deprimido que nada pode animá-lo?	1	2	3	4	5	6
d. Quanto tempo você tem se sentido calmo ou tranquilo?	1	2	3	4	5	6
e. Quanto tempo você tem se sentido com muita energia?	1	2	3	4	5	6
f. Quanto tempo você tem se sentido desanimado ou abatido?	1	2	3	4	5	6
g. Quanto tempo você tem se sentido esgotado?	1	2	3	4	5	6
h. Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa feliz?	1	2	3	4	5	6
i. Quanto tempo você tem se sentido cansado?	1	2	3	4	5	6

10. Durante as **últimas 4 semanas** quanto do seu tempo a sua **saúde física ou problemas emocionais** interferiram com as suas atividades sociais (como visitar amigos, parentes, etc.)?

(circule uma)

- . Todo tempo1
- . A maior parte do tempo.....2
- . Alguma parte do tempo.....3
- . Uma pequena parte do tempo.....4
- . Nenhuma parte do tempo.....5

11. O quanto **verdadeiro** ou **falso** é **cada** uma das afirmações para você?

(circule um número em cada linha)

	Definitivamente verdadeiro	A maioria das vezes verdadeiro	Não sei	A maioria das vezes falso	Definitivamente falso
a. Eu costumo adoecer um pouco mais facilmente que as outras pessoas	1	2	3	4	5
b. Eu sou tão saudável quanto qualquer pessoa que eu conheço	1	2	3	4	5
c. Eu acho que a minha saúde vai piorar	1	2	3	4	5
d. Minha saúde é excelente	1	2	3	4	5