

Universidade Federal de Juiz de Fora  
Faculdade de Medicina  
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

Marluce Rodrigues Godinho

**CAPACIDADE PARA O TRABALHO DOS TÉCNICO-ADMINISTRATIVOS EM  
EDUCAÇÃO DE UMA UNIVERSIDADE PÚBLICA E FATORES ASSOCIADOS**

Juiz de Fora  
2013

Marluce Rodrigues Godinho

**CAPACIDADE PARA O TRABALHO DOS TÉCNICO-ADMINISTRATIVOS EM  
EDUCAÇÃO DE UMA UNIVERSIDADE PÚBLICA E FATORES ASSOCIADOS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, área de concentração: Processo Saúde-Doecimento e seus Determinantes, da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre.

Orientadora: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Rosangela Maria Greco

Coorientadora: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Maria Teresa Bustamante Teixeira

Juiz de Fora

2013

Ficha catalográfica elaborada através do Programa de geração automática da Biblioteca Universitária da UFJF, com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

Godinho, Marluce Rodrigues.

Capacidade para o trabalho dos técnico-administrativos em educação de uma universidade pública e fatores associados / Marluce Rodrigues Godinho. -- 2013.

166 p. : il.

Orientadora: Rosangela Maria Greco

Coorientadora: Maria Teresa Bustamente Teixeira

Dissertação (mestrado acadêmico) - Universidade Federal de Juiz de Fora, Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 2013.

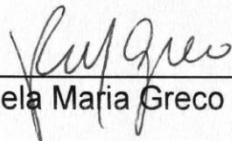
1. Saúde do trabalhador. 2. Avaliação da capacidade de trabalho. 3. Envelhecimento da População. 4. Condições de trabalho. I. Greco, Rosangela Maria, orient. II. Teixeira, Maria Teresa Bustamente, coorient. III. Título.

**MARLUCE RODRIGUES GODINHO**

**“Capacidade para o Trabalho dos Técnico-Administrativos em Educação de  
uma Universidade Pública e Fatores Associados”**

Dissertação de Mestrado submetida ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade Federal de Juiz de Fora- UFJF, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Aprovado em 18/12/2013



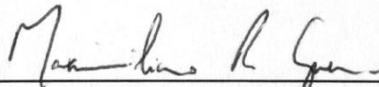
---

Rosângela Maria Greco – UFJF



---

Liliâne Reis Teixeira – ENSP/FIOCRUZ



---

Maximiliano Ribeiro Guerra – UFJF

## DEDICATÓRIA

Ao meu pai, Ongley, que ficou radiante quando fui aprovada no Mestrado, mas logo depois teve que partir e não pôde acompanhar esta conquista... pai, sei que onde estiver está feliz e torcendo para que a sua "rapinha do tacho" torne-se um exemplo de Mestre. Sinto saudades....

## AGRADECIMENTOS

À minha mãe, que trabalhou arduamente durante anos para que eu alcançasse mais esta conquista.

Ao meu marido e melhor amigo, Gustavo, pela compreensão, companheirismo, amor e pelas noites em claro me ajudando a formatar o trabalho, as tabelas e esperando que eu fosse dormir.

Aos meus irmãos e cunhados pelo apoio, carinho e companheirismo sempre.

Às crianças da minha vida, sobrinhos e afilhados, Clara, Pedro e Mariana, por me fazerem voltar a ser criança por alguns instantes e esquecer os problemas.

À minha orientadora, Rosangela Maria Greco, pelo aprendizado, carinho e preocupação dedicados a mim durante esses cinco anos de convivência. Além disto, por ser uma amiga nas horas boas e por enxugar minhas lágrimas e acalmar meu coração nos momentos mais difíceis.

À minha coorientadora, Maria Teresa Bustamante Teixeira, pelo aprendizado, carinho e colaboração na análise dos dados, na elaboração da dissertação e por confiar na minha atuação no estágio docente nas aulas de epidemiologia.

À Professora Liliane Reis Teixeira pelas ideias e sugestões para enriquecimento do trabalho e pelo acolhimento e apoio diante do meu desejo de prosseguir os estudos.

Ao Professor Maximiliano Ribeiro Guerra pelo carinho, estima e pelas valiosas contribuições para o trabalho.

Às Professoras Luciana Fernandes Portela e Isabel Cristina Gonçalves Leite pela disponibilidade e por atenderem de forma amigável e competente a todas as dúvidas.

Ao Professor Alfredo Chaoubah pela imprescindível ajuda na consolidação do banco de dados e na análise estatística do trabalho.

À Professora Girlene Alves da Silva que me ajudou a tomar decisões difíceis e não deixou que eu desanimasse.

A todos os professores do Mestrado, por ministrarem as disciplinas com tanta dedicação e gosto, facilitando o aprendizado em Saúde Coletiva.

Aos funcionários do NATES, Lenir, Anderson, Vânia; dona Fátima, que mesmo enfrentando uma situação difícil na vida nunca deixou de dar um sorriso e uma palavra amiga; Denise, que mesmo após ter ido prestar serviços em outro setor, é sempre lembrada porque todo dia nos recebia de maneira acolhedora.

À Elisângela por estar sempre disposta a ajudar quando precisamos e por entender nossa agonia e desespero em muitas etapas, e também por ficar feliz com cada novo Mestre que ajuda a formar.

Aos meus colegas do mestrado, especialmente Priscila, Schirley e Vívian, por se fazerem sempre presentes, compartilhando conhecimentos, angústias, inseguranças e as conquistas.

À equipe de coleta e digitação dos dados, em especial à Maria Julia e à Denise, por estarem sempre dispostas a me ouvir e me fazem rir nos momentos mais difíceis, sem me deixar desanimar.

Aos meus familiares e amigos pelo apoio e por compreenderem meus momentos de ausência.

Aos trabalhadores Técnico-Administrativos em Educação da UFJF, por terem inspirado e contribuído com a realização desta pesquisa.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), por ter concedido bolsa de estudos com a qual pude me dedicar exclusivamente ao Mestrado

A todos que colaboraram para a realização deste trabalho, de maneira direta ou indireta.

E por fim, porém não menos importante, agradeço à Deus pelo dom da vida, por possibilitar que eu abra meus olhos e me levante com saúde todas as manhãs e por ter colocado essas pessoas iluminadas em minha vida. A todos, o meu MUITO OBRIGADA do fundo do coração.

“Falar da saúde é sempre difícil. Evocar o sofrimento e a doença é, em contrapartida, mais fácil: todo mundo o faz. Como se, a exemplo de Dante, cada um tivesse em si experiência suficiente para falar do inferno e nunca do paraíso”.

Christophe Dejours



## RESUMO

Nos últimos anos, o Brasil vem passando por um dos mais significativos processos de envelhecimento da população ativa em todo o mundo, mas diferentemente dos países desenvolvidos, no Brasil este processo não vem sendo acompanhado pelo crescimento econômico, melhoria do bem-estar e diminuição das desigualdades. Devido a isto, serão necessárias diversas mudanças no que diz respeito ao mercado de trabalho e ao perfil das políticas públicas, no sentido de possibilitar a manutenção da capacidade para o trabalho e a autonomia física e mental dos trabalhadores no decorrer dos anos. O objetivo deste trabalho foi analisar a capacidade para o trabalho dos servidores públicos de uma instituição de ensino superior e os fatores associados. Foi desenvolvido um estudo transversal com uma amostra aleatória de 600 trabalhadores técnico-administrativos em educação e para calcular a capacidade para o trabalho foi utilizado o Índice de Capacidade para o Trabalho (ICT). A população de estudo foi composta, predominantemente: por homens (51,5%), com idade média de 45 anos ( $DP=\pm 11$ ), casados ou vivendo em união estável (61,5%), com pós-graduação (56,7%), que trabalham em apenas um emprego (83,3%), com carga horária semanal menor ou igual a 40 horas (78,6%), não trabalham à noite (79,8%), tem contato direto com o público (58,3%) e obtiveram capacidade para o trabalho predominantemente boa ou ótima (84,7%). A análise multivariada, realizada através de regressão de Poisson e controlado por idade e sexo, mostrou que os fatores associados significativamente ao baixo ICT foram: escolaridade até ensino médio ( $RP= 2,04$ ;  $IC95\% 1,03-3,75$ ), autoavaliação de saúde geral ruim ( $RP= 2,34$ ;  $IC95\% 1,11-3,27$ ), presença de sinais e sintomas de depressão ( $RP= 4,52$ ;  $IC95\% 2,03-6,01$ ), sedentarismo ( $RP= 2,90$ ;  $IC95\% 1,35-4,77$ ), baixo apoio social no trabalho ( $RP= 3,97$ ;  $IC95\% 1,66-4,45$ ), absenteísmo por doença um ou mais dias ( $RP= 3,82$ ;  $IC 95\% 1,62-4,46$ ) e as exigências do trabalho predominantemente mentais ( $RP= 0,54$ ;  $IC95\% 0,32-0,90$ ). Os resultados do estudo mostraram que, embora a maior parte dos trabalhadores tenham apresentado boa ou ótima capacidade para o trabalho, ainda houve uma pequena porcentagem com baixa ou moderada capacidade, o que indica a necessidade de implementação de medidas de apoio direcionadas a eles, visando melhorar sua capacidade e prevenir que eles se tornem incapacitados para o trabalho ao longo do tempo. Além disso, são necessárias medidas direcionadas aos demais trabalhadores, a fim de manter sua capacidade para o trabalho, explicando a eles sobre os fatores nocivos e sobre aqueles que colaboram com a manutenção desta condição.

**Palavras-chave:** Saúde do trabalhador. Avaliação da capacidade de trabalho. Envelhecimento da População. Condições de trabalho.

## ABSTRACT

In recent years, Brazil has experienced one of the most significant processes of aging of the active population in the world, but unlike developed countries, this process has not been accompanied by economic growth, improvement of well-being level and decreased inequalities. Because of this, it will require several changes with regard to the labor market and the profile of public policy, in order to allow the maintenance of work ability and physical and mental autonomy of workers over the years. The objective of this study is to analyze the capacity for work of public servants of a higher education institution and associated factors. We developed a cross-sectional study with a random sample of 600 technical-administrative workers in education and to measure work ability was used for the Work Ability index (WAI). The study population was predominantly composed of: males (51.5%), mean age 45 years, married or cohabitating (61.5%), with post-graduate (56.7%), which work on only one job (83.3%), with weekly hours less than or equal to 40 hours (78.6%), do not work at night (79.8%), direct contact with the public (58.3 %) and obtained ability to work predominantly good or excellent (84.7%). Multivariate analysis realized through Poisson regression and controlled for age and sex, showed that factors significantly associated with low WAI were: schooling until high school (PR = 2.04, CI95% 1.03 to 3.75), self-assessed poor general health (PR = 2.34, CI95% 1.11 to 3.27), presence of signs and symptoms of depression (PR = 4.52, CI95% 2.03 to 6.01), physical inactivity (PR = 2.90, CI95% 1.35 to 4.77), low social support at work (PR = 3.97, CI95% 1.66 to 4.45), work absenteeism due to illness by a day or more (PR = 3.82, CI95% 1.62 to 4.46) and the requirements of predominately mental work (PR = 0.54 CI95% 0.32 to 0.90). The results of the study showed that although most workers have shown good or excellent work ability, there was still a small percentage with low or moderate capacity, which indicates the need for implementation of support measures directed at them, aiming improve its capacity and prevent them from becoming unable to work over time . In addition, measures necessary directed to other workers in order to maintain their work ability, explaining to them about the harmful factors and those who collaborate with the maintenance of this condition.

**Keywords:** Occupational Health. Work Capacity Evaluation. Demographic Aging. Working Conditions.

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Mapa da UFJF .....	49
Figura 2: Delimitação da população do estudo .....	52
Quadro 1: Itens abrangidos pelo Índice de Capacidade para o Trabalho, número de questões utilizadas para avaliar cada item e escore (número de pontos) das respostas. ....	56
Quadro 2: Classificação do nível de atividade física- IPAQ .....	58
Quadro 3: Variáveis independentes .....	64

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Frequência das características sociodemográficas dos Técnico-Administrativos em Educação da Universidade Federal de Juiz de Fora – Juiz de Fora – 2013 (N=600).....	68
Tabela 2: Frequência das características individuais dos Técnico-Administrativos em Educação da Universidade Federal de Juiz de Fora – Juiz de Fora – 2013 (N=600) .....	69
Tabela 3: Frequência das características do trabalho dos Técnico-Administrativos em Educação da Universidade Federal de Juiz de Fora - Juiz de Fora - 2013 (N=600) .....	72
Tabela 4: Capacidade para o Trabalho dos Técnico-Administrativos em Educação da Universidade Federal de Juiz de Fora - Juiz de Fora - 2013 (N=600) .....	73
Tabela 5: Prevalência de ICT reduzido e razão de prevalência segundo características sociodemográficas dos Técnico-Administrativos em Educação da Universidade Federal de Juiz de Fora - Juiz de Fora - 2013 (N=600) .....	76
Tabela 6: Prevalência de ICT reduzido e razão de prevalência segundo condições de saúde e hábitos de vida dos Técnico-Administrativos em Educação da Universidade Federal de Juiz de Fora - Juiz de Fora - 2013 (N=600) .....	78
Tabela 7: Prevalência de ICT reduzido e razão de prevalência segundo características do trabalho dos Técnico-Administrativos em Educação da Universidade Federal de Juiz de Fora - Juiz de Fora - 2013 (N=600) .....	81
Tabela 8: Razão de prevalência bruta e ajustada segundo fatores associados ao ICT reduzido dos Técnico-Administrativos em Educação da Universidade Federal de Juiz de Fora - Juiz de Fora - 2013 (N=538).....	83

## SUMÁRIO

LISTA DE FIGURAS .....	11
LISTA DE TABELAS .....	12
APRESENTAÇÃO .....	15
<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>16</b>
<b>2 HIPÓTESES .....</b>	<b>20</b>
<b>3 OBJETIVOS .....</b>	<b>21</b>
3.1 OBJETIVO GERAL .....	21
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	21
<b>4 FUNDAMENTOS TEÓRICOS .....</b>	<b>22</b>
4.1 O TRABALHO E A HUMANIDADE .....	22
<b>4.1.1 Técnico-Administrativos em Educação .....</b>	<b>31</b>
4.2 SAÚDE DO TRABALHADOR .....	32
<b>4.2.1 Saúde do Trabalhador no Brasil.....</b>	<b>35</b>
<b>4.2.2 Patologias Ocupacionais .....</b>	<b>40</b>
4.3 ENVELHECIMENTO DA POPULAÇÃO ATIVA E CAPACIDADE PARA O TRABALHO .....	42
<b>5 MATERIAIS E MÉTODOS.....</b>	<b>47</b>
5.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO .....	47
5.2 CENÁRIO DO ESTUDO .....	48
5.3 POPULAÇÃO DO ESTUDO .....	51
5.4 ESTRATÉGIAS E INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS.....	53
<b>5.4.1 Instrumentos de coleta de dados .....</b>	<b>54</b>
5.5 VARIÁVEIS DO ESTUDO.....	61
5.6 ESTRATÉGIAS DE ANÁLISE DOS DADOS .....	64
5.7 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA.....	65
<b>6 RESULTADOS .....</b>	<b>67</b>
6.1 CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO DE ESTUDO.....	67
<b>6.1.1 Características sociodemográficas, hábitos de vida e condições de saúde .....</b>	<b>67</b>
<b>6.1.2 Características relacionadas ao trabalho .....</b>	<b>71</b>

6.1.3	<b>Características relacionadas ao Índice de Capacidade para o Trabalho.....</b>	<b>73</b>
6.2	<b>ANÁLISE DOS FATORES ASSOCIADOS À CAPACIDADE PARA O TRABALHO .....</b>	<b>75</b>
6.2.1	<b>Características sociodemográficas.....</b>	<b>75</b>
6.2.2	<b>Características das condições de saúde e hábitos de vida.....</b>	<b>76</b>
6.2.3	<b>Características relacionadas ao trabalho .....</b>	<b>79</b>
6.3	<b>ANÁLISE MULTIVARIADA .....</b>	<b>82</b>
7	<b>DISCUSSÃO .....</b>	<b>85</b>
7.1	<b>PERFIL DA POPULAÇÃO DE ESTUDO E FATORES ASSOCIADOS À CAPACIDADE PARA O TRABALHO.....</b>	<b>85</b>
7.1.1	<b>Efeito do trabalhador sadio e limitações do estudo .....</b>	<b>103</b>
8	<b>CONCLUSÕES .....</b>	<b>105</b>
	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>108</b>
	<b>ANEXOS .....</b>	<b>124</b>

## APRESENTAÇÃO

Essa pesquisa analisou os fatores associados à capacidade para o trabalho em servidores públicos Técnico-Administrativos em Educação da Universidade Federal de Juiz de Fora. Sua realização se justificou pela produção restrita de estudos nacionais junto aos servidores públicos e pelo atual contexto de valorização do setor terciário da economia (setor de serviços), com modificação nas relações de trabalho e onde as questões relacionadas à capacidade para o trabalho ganham relevância frente ao envelhecimento da força de trabalho e da mudança no perfil de morbidade dos trabalhadores.

Para analisar e discutir a capacidade para o trabalho, foi importante realizar uma reflexão, ainda que breve, sobre como se deu, no decorrer da evolução da sociedade, o desenvolvimento do trabalho nos diferentes modos de produção que existiram até chegar ao modo de produção capitalista, vigente no Brasil. Além disso, foi importante discorrer sobre o trabalhador e, mais especificamente, sobre o servidor público Técnico-Administrativo em Educação, de forma a mostrar como está organizado seu processo de trabalho.

Considerou-se relevante ainda, realizar considerações sobre a área que se dedica a estudar a qualidade de vida e a saúde destes indivíduos, a Saúde do Trabalhador, levando em consideração as patologias ocupacionais mais prevalentes e o quadro atual que o país vivencia, no que diz respeito ao envelhecimento populacional e, conseqüentemente, o envelhecimento funcional, tendo em vista seu impacto direto sobre a sociedade.

## 1 INTRODUÇÃO

O trabalho faz parte do cotidiano dos seres humanos, sendo sua fonte de renda, sobrevivência e um meio de interação social. É o que possibilita aos indivíduos conseguirem satisfazer suas necessidades básicas como alimentação, lazer e sociabilidade (CARREIRA; MARCON, 2003).

Além de possibilitar a sobrevivência material do homem, o trabalho é vivido como um ideal, uma possibilidade de ascensão, reconhecimento e pertencimento a um grupo social e isso faz do trabalho um fator social determinante no que diz respeito à saúde e à subjetividade dos trabalhadores (BORGES; MOULIN; ARAÚJO, 2001; VON BONSDORFF et al., 2011).

Mas, o trabalho nem sempre é fonte apenas de benefícios, podendo vir a causar danos variados à saúde do indivíduo. Se de um lado o trabalho pode trazer recompensas e satisfação para o trabalhador, como o salário que garante seu sustento financeiro e de sua família, o bem-estar de ter uma ocupação e estar inserido no mercado, a possibilidade de convívio com os colegas de trabalho, por outro lado pode gerar desgaste e adoecimento. Este adoecimento, muitas vezes, leva a um quadro de incapacidade, que diz respeito à perda ou diminuição da capacidade para o trabalho, levando ao afastamento, temporário ou até mesmo permanente, do indivíduo de seu ambiente de trabalho (ILMARINEN et al., 1991; MARTINEZ; LATORRE; FISCHER, 2010).

Capacidade, de acordo com a definição do dicionário, é definida como "... qualidade de quem é apto a fazer determinada coisa, a compreendê-la; competência. Tendo como sinônimos: aptidão, habilidade, inteligência, talento, entre outros" (FERREIRA, 2009).

Já a capacidade para o trabalho, é definida por Tuomi e colaboradores (2005) como o quanto um trabalhador está apto no presente ou estará apto num futuro próximo para realizar seu trabalho em relação às exigências que o trabalho impõe ao seu estado de saúde e às suas capacidades físicas e mentais, representando uma medida do envelhecimento funcional. Esse envelhecimento é entendido como a perda da capacidade para o trabalho e, muitas vezes, ocorre antes do envelhecimento cronológico (BELLUSCI; FISCHER, 1999; ILMARINEN, 2001; ILMARINEN, 2009; SAMPAIO; AUGUSTO, 2012).



Doenças ocupacionais vêm se tornando cada vez mais comuns e apresentam-se como alguns dos maiores causadores de incapacidades nas populações ativas, gerando custos para a saúde pública dos países (BULTMANN, 2007). A ocorrência de doenças ocupacionais pode trazer consequências tanto para os funcionários quanto para as instituições, tendo como principal consequência a queda da produtividade, devido à redução da força de trabalho e devido ao afastamento do trabalhador de suas atividades (DINIZ et al., 2010). O aumento das doenças ocupacionais leva ao aumento dos benefícios requeridos ou concedidos e gera fortes impactos no sistema de previdência pública e, conseqüentemente, impacto na distribuição do ônus para a sociedade (SALIM, 2003).

Com o adoecimento de um trabalhador, além do ônus gerado para a sociedade, há o ônus para a empresa e o ônus gerado para o Estado no que diz respeito à Previdência Social, pois como preza a legislação brasileira, todo trabalhador afastado do trabalho por motivo de doença tem direito ao chamado auxílio-doença. O auxílio-doença é um benefício concedido ao segurado impedido de trabalhar por mais de 15 dias seguidos, por motivo de doença ou acidente (MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA SOCIAL, 2013).

Assim, o adoecimento e afastamento de um trabalhador representam para a sociedade a diminuição da força de trabalho e, conseqüentemente, a redução na contribuição para a Previdência Social, uma vez que, de acordo com o Decreto nº 3.048 de 06 de Maio de 1999, a Previdência Social tem como finalidade assegurar aos seus beneficiários meios indispensáveis de manutenção por motivo de incapacidade, desemprego involuntário, idade avançada, tempo de serviço, encargos familiares e de reclusão ou por morte daqueles de quem dependiam economicamente e isto só é possível mediante uma gestão quadripartite com contribuição dos trabalhadores, dos empregadores, dos aposentados e do governo nos órgãos colegiados (BRASIL, 1999).

Segundo dados mais recentes da Previdência Social, só no ano de 2011 foram registrados 711.164 acidentes e doenças do trabalho, sendo que destes, foram contabilizados 15.083 doenças relacionadas ao trabalho, tendo como consequência o afastamento de 611.576 trabalhadores devido a incapacidade temporária, 14.811 trabalhadores por incapacidade permanente e 2.884 trabalhadores foram a óbito. Ao se contabilizar os gastos com estes afastamentos, somados às aposentadorias especiais relacionadas às condições ambientais do

trabalho, pagos exclusivamente pelo Instituto Nacional do Seguro Social (INSS), tem-se o valor de R\$ 15,9 bilhões só no ano de 2011, mostrando o impacto social e econômico sobre a saúde pública no Brasil e a necessidade emergencial de mudanças nas políticas públicas e ações para melhoria deste quadro (MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA SOCIAL, 2013).

E essa situação tende a se agravar devido ao envelhecimento populacional que vem ocorrendo na população ativa mundial e, especialmente, brasileira, onde há estimativas de que em 2050 existam em torno de dois bilhões de pessoas idosas no mundo, a maioria residindo em países em desenvolvimento, como é o caso do Brasil (BRASIL, 2007). Neste contexto, “o Brasil apresenta um dos mais significativos processos de envelhecimento populacional em todo mundo”, mas diferentemente dos países desenvolvidos, no Brasil este processo não vem sendo acompanhado pelo crescimento econômico, pela melhoria do nível de bem-estar ou pela diminuição das desigualdades sociais (RAFFONE; HENNINGTON, 2005).

Com o envelhecimento da população ativa, muitas transformações na sociedade são esperadas, repercutindo em diversos setores, como no mercado de trabalho e no perfil das políticas públicas, colocando novos desafios no que diz respeito a garantir boas condições de saúde aos idosos a fim de preservar sua autonomia física e mental que lhes possibilitará manterem boas perspectivas de vida e assumirem papéis na sociedade (GIATTI; BARRETO, 2003).

É importante ressaltar que no Brasil, a proteção social é baseada no modelo de seguridade social, sendo realizada através da Previdência Social. Pela Previdência Social é designado um conjunto de políticas públicas, inspiradas no princípio de justiça social, que garante a todos os cidadãos o direito a um mínimo vital socialmente estabelecido, tendo o Estado um papel central na administração e no financiamento do sistema. Dessa forma, “a seguridade gera um compromisso entre as gerações, em que os adultos atuais pagam os benefícios da geração de seus pais e criam uma nova dívida para a geração de seus filhos” (FLEURY; OUVÉNEY, 2009, p. 35).

Sendo assim, “a redução das contribuições previdenciárias, devido ao desemprego e aposentadorias, agrava a relação entre contribuintes e segurados, pois os contribuintes constituem uma das principais fontes de recursos destinados ao pagamento dos benefícios” (BATICH, 2004, p. 37) e isto leva à reflexão de que se a população economicamente ativa continuar adoecendo, perdendo sua capacidade

funcional, e a população idosa não obtiver meios para preservar sua autonomia física e mental, provavelmente será difícil bancar os benefícios concedidos a esta população.

Tuomi e colaboradores (2001), Nurminen e colaboradores (2002) e Ilmarinen (2009) mostram em seus estudos que a promoção da capacidade para o trabalho diminui a incapacidade e, conseqüentemente, as aposentadorias precoces. Portanto, baseados no contexto atual que a população brasileira está vivenciando e na necessidade iminente de se preservar a capacidade para o trabalho da população ativa, considerou-se importante o desenvolvimento deste estudo com vistas a analisar os fatores associados à capacidade para o trabalho dos técnico-administrativos em educação da Universidade Federal de Juiz de Fora, tornando possível propor ações de promoção, prevenção e controle para a redução da incapacidade para o trabalho e, conseqüentemente, do envelhecimento funcional.

## 2 HIPÓTESES

Considerando o referencial teórico adotado, a capacidade para o trabalho é influenciada por diversos fatores relacionados ao indivíduo, às relações sociais deste e ao ambiente de trabalho. Portanto, a capacidade para o trabalho pode ser preservada, se forem controlados os fatores prejudiciais à sua manutenção. A partir da análise conjunta das variáveis sociodemográficas, condições de saúde e hábitos de vida e das características do trabalho, as hipóteses deste estudo são:

- Existem diferenças entre as características sociodemográficas e a capacidade para o trabalho.
- Condições de saúde ruins interferem diretamente e negativamente na capacidade para o trabalho.
- Hábitos de vida saudáveis favorecem a manutenção da capacidade para o trabalho.
- As características do trabalho relacionam-se à capacidade para o trabalho, mesmo diante das diferenças sociodemográficas e hábitos de vida.

Na literatura pesquisada, poucos estudos foram encontrados destinados a avaliar a capacidade para o trabalho de servidores públicos, tanto nacional, quanto internacionalmente. Deste modo, considerando a importância de detectar precocemente a perda da capacidade, o objetivo principal desta pesquisa é analisar os fatores associados à capacidade para o trabalho dos Técnico-Administrativos em Educação de uma universidade pública.

### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 OBJETIVO GERAL**

Analisar a capacidade para o trabalho e os fatores associados em trabalhadores Técnico-Administrativos em Educação da Universidade Federal de Juiz de Fora.

#### **3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

Identificar a capacidade para o trabalho, através do Índice de Capacidade para o Trabalho dos Técnico-Administrativos em Educação da UFJF.

Descrever o perfil das doenças apresentadas pelos Técnico-Administrativos em Educação baseado no Índice de Capacidade para o Trabalho.

Verificar as associações entre a capacidade para o trabalho e as características sociodemográficas, ocupacionais, condições de saúde e hábitos de vida dos trabalhadores.

## 4 FUNDAMENTOS TEÓRICOS

### 4.1 O TRABALHO E A HUMANIDADE

A palavra trabalho vem do latim *tripalium* que era um instrumento de tortura utilizado pelos romanos para obrigar os escravos a trabalharem (KNAPIK, 2004). E em outras línguas como na inglesa (labor), na francesa (travail), na grega (ponos) ou na alemã (Arbeit), o significado da palavra trabalho, até a época Moderna, sempre esteve ligado a um estado de extrema miséria, pobreza, penalização, esforço extremo e cansaços insuportáveis (DE DECCA, 1991; ARANHA; MARTINS, 1995).

Esta concepção de que o trabalho está relacionado a sofrimento e dor é proveniente dos primórdios da civilização, desde que Deus criou o Homem nas pessoas de Adão e Eva. Já nesta época, como se pode ver na Bíblia Sagrada no capítulo 3 do livro do Gênesis, Adão e Eva desobedeceram a Deus e comeram o fruto da árvore proibida no Jardim do Éden. Diante disto, Ele os amaldiçoou dizendo a Eva que multiplicaria suas dores do parto, daí usa-se até os dias atuais a expressão “trabalho de parto” simbolizando o sofrimento do ato (ARANHA; MARTINS, 1995).

A Adão, Deus disse: “Maldito é o solo por causa de ti! Com sofrimento dele te nutrirás todos os dias de tua vida (...). Com o suor de teu rosto comerás teu pão, até que retornes ao solo, pois dele foste tirado” (CHAUÍ, 2000 p. 12), conotando ao trabalho um sentido de castigo e amargura.

Mas essa ideia de sofrimento que a própria origem da palavra impôs a esta, no decorrer dos anos acabou dando lugar ao sentido de esforço e luta, ascendendo da mais humilde e desprezada posição ao nível mais elevado e a mais valorizada das atividades humanas (DE DECCA, 1991).

Foi o contato do homem com a natureza através do trabalho, que possibilitou diferenciar o ser humano dos demais animais, tornando-se evidente a importância do trabalho na constituição do ser humano (RODRIGUES, 2009). Assim, a origem do trabalho possui uma forte ligação com a origem da humanidade propriamente dita, sendo que o fato que marca o início da humanidade é, sem dúvida, o surgimento de indivíduos humanos vivos, mas seu primeiro ato histórico que os

distingue dos demais animais, não é apenas o fato de pensar racionalmente, mas sim o fato de produzir seus meios de vida através do trabalho (MARX; ENGELS, 1986; AITA; FACCI, 2011).

Desta forma, as sociedades humanas são movidas a estabelecer com a natureza, uma relação de trocas e transformações através do trabalho. Para isto, é preciso organizar esta relação de forma que seus resultados permitam a sobrevivência física do homem e o perfeito funcionamento deste “viver em sociedade”. (OFFE, 1989)

Antes de tudo, o trabalho é um processo de que participam o homem e a natureza, processo em que o ser humano, com sua própria ação, impulsiona, regula e controla seu intercâmbio material com a natureza. Defronta-se com a natureza como uma de suas forças. Põem em movimento as forças naturais de seu corpo – braços e pernas, cabeça e mãos, a fim de apropriar-se dos recursos da natureza, imprimindo-lhes forma útil à vida humana. Atuando assim sobre a natureza externa e modificando-a, ao mesmo tempo modifica sua própria natureza. Desenvolve as potencialidades nela adormecidas e submete ao seu domínio o jogo das forças naturais. (MARX, 2008, p. 211)

O ser humano é dotado de pluralidades inerentes à sua existência. O trabalho, como uma manifestação de vida deste, acaba por exigir que as várias dimensões que o integram, corpo/alma; fazer/valores; verbal/não verbal; consciente/não consciente; individual/coletivo façam uma convergência em prol do mesmo objetivo: o trabalho. “Pelo trabalho, o homem faz experiência de seu tempo e de si mesmo, é usado por outrem e faz uso de si mesmo num jogo dialético sem fim.” (CUNHA; SCHWARTZ, 2005, p. 90).

Mas o trabalho humano nem sempre existiu da forma como é conhecido hoje, tendo evoluído de uma simples prestação de serviço exploradora, servil e desumana a uma relação duplamente dependente, na qual de um lado tem-se o empregador, que precisa da mão de obra, e de outro o empregado que oferece seus serviços mediante um salário pré-acordado, seguindo normas predeterminadas no contrato de trabalho (STUCHI, 2010).

Para obter essa evolução e chegar ao modo de organização de sociedade atual, ou seja, o modo capitalista de produção, o trabalho passou por várias etapas e transformações na forma como era visto e desenvolvido (DALLAGO, 2010).

Tudo começou no período denominado por muitos autores como pré- história. Inicialmente, nas sociedades primitivas, ou comunais, os seres humanos viviam em tribos onde predominava o trabalho coletivo e solidário. Depois, passaram para o modo de produção tributário, também chamado modo de produção asiático, devido à

maneira de organização de sociedades como as da China e Índia, mas não sendo exclusivo apenas dos povos destes lugares. Na Antiguidade Clássica passou a imperar o modo de produção escravista e na Idade Média, o modo de produção feudal baseado na servidão. Por fim, no final da Idade Média surgiu o modo de produção capitalista, propiciando a expansão do comércio, grandes descobrimentos (como a chegada dos europeus à América) e mais adiante, o surgimento de indústrias e fábricas (KNAPIK, 2004; DALLAGO, 2010). Sendo assim, inicialmente será descrito o trabalho, desde as sociedades primitivas até o capitalismo atual predominante no Brasil.

Há aproximadamente um milhão de anos, surgiram os primeiros seres humanos, sendo estes um tanto quanto diferentes dos seres humanos atuais. Eles andavam nus, agachados e eram mais peludos, assim como os macacos. Estes seres humanos, diferentemente dos demais animais, começaram a se comunicar através de conversas utilizando uma linguagem, específica para o período no qual estavam vivendo, que possibilitava o entendimento entre eles (KRAWULSKI, 1998; KNAPIK, 2004).

Começaram também a fazer objetos, como ferramentas, para facilitar sua vida e transformar as matérias-primas que extraíam da natureza. Sua principal preocupação era encontrar alimentos para comerem, sendo que, para isto, desenvolviam atividades como caça, pesca e coleta, mas por não saberem plantar ainda, eles precisavam escolher lugares onde houvesse maior quantidade de frutos e de animais para caçar (GOLDEMBERG; LUCON, 2007).

O domínio do fogo e da pedra foi fundamental neste período, mas de início os homens primitivos tinham que esperar raios e vulcões incendiarem as florestas para obter o fogo. Muito tempo depois, eles descobriram que ao criar um atrito entre pedras ou pedaços de madeira, conseguiriam produzir o fogo (KNAPIK, 2004; GOLDEMBERG; LUCON, 2007).

Ao passarem os anos, o homem aprendeu a plantar e colher, deixando sua vida nômade e se estabelecendo em solos férteis, onde passou a colher o fruto que ele mesmo plantava. A partir de então, passou a viver em grupos, constituindo a base do viver em sociedade, e formando as primeiras tribos nas quais todas as decisões eram tomadas em conjunto e cada um do grupo se sentia responsável pelo outro, havendo uma interdependência social onde todos lutavam solidariamente pela



sobrevivência do grupo (GOLDEMBERG; LUCON, 2007; ARAÚJO; SACHUK, 2007; DALLAGO, 2010).

Nestas sociedades, o trabalho era dividido entre as pessoas, principalmente, de acordo com gênero e idade. Enquanto as mulheres ficavam responsáveis pelo plantio, cuidar da casa e dos filhos, preparar comida e fabricar objetos de cerâmica, os homens saíam para caçar. É importante ressaltar que esta divisão de tarefas não causava desigualdades sociais e todos os membros do grupo trabalhavam e tinham acesso ao fruto de seu trabalho. A preocupação de todos era o bem estar de toda a comunidade em que viviam (ARAÚJO; SACHUK, 2007).

As mulheres, responsáveis pelo plantio, começaram a observar que onde caíam sementes nasciam plantas que produziam frutos como os das florestas. Assim, perceberam que podiam cultivar e produzir seus próprios alimentos. Neste momento nasceu a agricultura (KNAPIK, 2004; GOLDEMBERG; LUCON, 2007).

Os homens por sua vez, responsáveis pela caça, levavam filhotes dos animais que caçavam para as crianças cuidarem, passando a domesticá-los. Daí então, perceberam que não precisavam sair todos os dias para caçar, uma vez que seu alimento estava à sua disposição em suas tribos. Foi neste momento que surgiu a pecuária (ARAÚJO; SACHUK, 2007).

Após todas estas descobertas realizadas, o homem aprendeu, ao acaso, como derreter alguns metais, fato este que mudou novamente sua vida, uma vez que antes, os objetos e ferramentas que eram feitos de pedras e ossos, passaram a ser feitos de metal, crescendo em número e em qualidade. Mas, não foram apenas os objetos e ferramentas que tiveram sua quantidade aumentada, a produção de alimentos, que antes era limitada à sobrevivência, também aumentou se tornando maior que o necessário, gerando o excesso de produção. Nestas circunstâncias, o que sobrava era estocado para ser utilizado em situações de catástrofes naturais ou então em festas coletivas. Este excesso de produção acabou despertando o interesse de algumas pessoas, que passaram a enxergar a possibilidade de detenção de poder, passando a produção a ser disputada (KNAPIK, 2004).

Começou a existir, então, a desigualdade, na qual apenas uma minoria era beneficiada e onde começou a existir uma disputa acirrada sobre quem ficaria com o excedente da produção. A terra, que antes era um bem comum, passou a ser repartida, tornando-se propriedade privada; ocorreu uma divisão entre as famílias

proprietárias e as não proprietárias, surgindo as classes sociais e a divisão do trabalho (MATOS; LIMA, 2007).

Esta divisão, que antes era feita por gênero e idade, passou a ser feita por habilidades como vários tipos de artesãos, agricultores e comerciantes. Neste momento, muitas aldeias se transformaram em cidades, teve início o trabalho individual, surgiu a propriedade privada e a exploração do trabalho, dando impulso ao que mais tarde seria conhecido como escravidão (KNAPIK, 2004; MATOS; LIMA, 2007).

No meio de todas estas transformações, ocorreu o modo de produção tributário em diversas localidades como China, Índia, Mesopotâmia, Egito e América Pré-Colombiana. A transição de uma sociedade sem classes para outra com divisão de classes e exploração do trabalho humano é o que marca este modo de produção. Quando se acrescenta a estes aspectos o surgimento da propriedade privada, passa-se para o modo de produção escravista. Assim, o modo de produção tributário aparece como um ponto de partida para o que viria logo a seguir, a escravidão (MATOS; LIMA, 2007).

Há aproximadamente 3500 anos, começou o período conhecido como Idade Antiga ou Antiguidade, no qual predominou o modo de produção escravista. Com as transformações sociais que ocorreram, cada localidade se organizou de maneira diferente e cada um tinha seu foco de produção para manter a sociedade, mas tendo como princípio as mesmas premissas de exploração do trabalho de alguns (os escravos) e poder de outros. Pode-se citar como exemplo a Sociedade Mesopotâmica, a qual era dividida em três camadas (aristocracia dominante, cidadãos livres e escravos) e o que sustentava a sociedade eram os lavradores, criadores de gado, comerciantes, médicos, artesãos, carpinteiros, ferreiros e pescadores (OLIVEIRA, 2003).

Outro exemplo é a Sociedade Grega, na qual os gregos consideravam o ato de trabalhar humilhante e desprezível. O trabalho era visto como algo que denegria a imagem do ser humano e do cidadão como se fosse um castigo. “No mundo antigo, trabalhar era para escravo, que não era uma pessoa constrangida ao trabalho” (SILVA FILHO, 2001, p. 18).

Para os cidadãos, pessoas livres, trabalhar era algo fora de cogitação e qualquer atividade que exigisse esforço era rejeitada e imposta aos escravos. Dessa forma, somente aqueles que possuíam poder e riqueza não trabalhavam. Aos outros

restavam as tarefas de produzir alimentos, roupas e utensílios domésticos, enquanto os homens livres se dedicavam à política, ao estudo das artes, da filosofia, do direito e à poesia (LASSANCE; SPARTA, 2003; KNAPIK, 2004).

Aqueles homens livres que possuíam um nível de educação melhor tornavam-se professores dos filhos dos ricos, enquanto os escravos, em sua maioria, trabalhavam em minas de chumbo e pedreiras, rastejando em galerias baixas e mal ventiladas, cavando de joelhos ou deitados durante um período de 10 a 12 horas por dia. E, embora representassem a maioria da população, aquele que não prestasse um bom trabalho como escravo acabava sendo eliminado (LASSANCE; SPARTA, 2003; KNAPIK, 2004).

No decorrer dos anos, diversos fatores como a relação entre o custo dos escravos e outros trabalhadores, o progresso tecnológico, a necessidade de trabalhadores cada vez mais motivados, a diminuição da mão de obra, a fuga da população para o campo e as várias revoltas dos escravos, que reivindicavam pela melhoria de sua situação de exploração brutal no trabalho, acabaram estimulando, aos poucos, a libertação dos escravos e a substituição por novas relações de trabalho que seriam a servidão e os trabalhadores assalariados, já indicando um ponto de partida para a nova fase, o Feudalismo, ou seja, o modo de produção feudal (OLIVEIRA, 2003; KNAPIK, 2004).

No ano 476, teve início um novo período para a sociedade conhecido como Idade Média, que por sua vez é dividido em dois períodos: Alta Idade Média e Baixa Idade Média. A Alta Idade Média prevaleceu do século V ao século XI, período no qual a escravidão foi substituída pela servidão, evoluindo de trabalho escravo a trabalho de estrutura familiar. Neste novo regime de servidão, as pessoas continuavam sem liberdade; presas à terra, sem ter a propriedade da mesma; o trabalho era realizado no próprio lar pelo chefe da família, sendo realizado, também, pela mulher e os filhos e a jornada de trabalho começava quando nascia o sol e só terminava ao anoitecer (LASSANCE; SPARTA, 2003; ARAÚJO; SACHUK, 2007).

A Igreja, maior proprietária de terras no período feudal, apoiava a opressão exercida pelos senhores feudais sobre os servos e os influenciava a obedecerem aos seus senhores, servindo-os como se fosse esta a vontade de Deus. Na época, o comércio era pouco significativo, havia pouca utilização de capital na vida econômica, sendo esta uma economia de consumo na qual o servo e sua família cultivavam e fabricavam tudo que necessitavam e os produtos excedentes, oriundos

dos feudos, eram trocados num local chamado mercado (CODO; SAMPAIO; HITOMI, 1998; ARAÚJO; SACHUK, 2007).

Do século XI ao XV, período denominado como Baixa Idade Média, a Igreja organizou expedições conhecidas como Cruzadas que acabaram colaborando com a expansão do comércio entre Europa e Oriente. Neste contexto, o dinheiro passou a ser a medida universal do valor das mercadorias que os comerciantes vendiam. A partir daí, os servos começaram a se emancipar e organizar o trabalho urbano transformando-se em padeiros, sapateiros, tecelões e outras especialidades que se uniram em corporações de ofícios. Estas eram associações profissionais de defesa mútua que se destinavam a proteger seus interesses e lutar contra a aristocracia, organizar a relação entre público e mercado e estipular preços justos e não prejudiciais entre eles. Estas corporações preocupavam-se com o bem-estar de todos os seus membros (KNAPIK, 2004).

No final da Idade Média, surgiu uma nova classe que se ocupava da troca das mercadorias, a burguesia. Ocorreu o renascimento do comércio e o crescimento urbano. O trabalho deixou de ser realizado nos lares e a cidade tornou-se centro e espaço do trabalho, sendo este realizado durante o dia e a noite nas fábricas. Com a modificação da estrutura do trabalho e o surgimento de monarquias nacionais, nas quais os reis de países como França e Inglaterra diminuíram progressivamente o poder dos nobres do sistema feudal, o feudalismo declinou dando lugar ao surgimento do capitalismo. Assim, houve uma mudança na relação social passando de senhor/ servo para burguês/ proletário, a maior marca do capitalismo (OLIVEIRA, 2003; LASSANCE; SPARTA, 2003).

É importante salientar que, neste breve histórico sobre o trabalho humano, cada modo de produção é encontrado em diferentes períodos da história da humanidade, o que varia de acordo com a região. Enquanto no fim da Idade Média as sociedades da Europa viviam o início do modo de produção capitalista, o Brasil vivia ainda no modo de produção comunal. Então, quando os portugueses chegaram ao Brasil no século XV, mais precisamente em 22 de abril de 1500, os habitantes desta terra, os índios, ainda viviam em sociedades solidárias, nas quais encontrava-se vigente o modo de produção comunal onde todos trabalham em benefício de todos (KNAPIK, 2004).

A partir da descoberta e colonização do Brasil, os portugueses escravizaram os índios que aqui habitavam para explorar a árvore conhecida como pau-brasil,

impondo-lhes um regime de trabalho cruel, no qual muitos trabalhavam até morrer. Aproximadamente três décadas depois, o que passou a chamar a atenção foi a cana de açúcar e como as plantações desta se expandiram muito, a mão de obra dos indígenas já não era mais suficiente, dando início ao tráfico de escravos negros africanos para o Brasil (SIMONSEN, 1957).

O Brasil foi o último país da América a abolir a escravidão, fato este que só ocorreu em 1888 quando a Princesa Isabel assinou a Lei Áurea abolindo a escravidão no país (FREYRE, 1974; CATANI, 1986).

O fim da escravidão deu lugar ao modo de produção capitalista e com este, passou a prevalecer o trabalho livre e assalariado (CATANI, 1986). Com isto, os negros, que eram escravos até então, não possuíam nenhuma qualificação para disputar um lugar no mercado de trabalho. A consequência foi o desemprego, falta de lugar para morar e meios de sobrevivência, dando início à marginalização e acentuando as desigualdades sociais no país. E, por mais que no decorrer dos anos, os negros tenham conquistado espaço no mercado de trabalho e na sociedade de um modo geral, as desigualdade sociais continuam a existir (RIBEIRO; PIOVESAN, 2008; MONSMA, 2010).

Diante do apresentado, após o trabalho passar por inúmeras transformações e a classe trabalhadora ter conquistado muitos avanços, o modo de produção capitalista é o que prevalece, no Brasil, até os dias de hoje. Na atual conjuntura do capitalismo, as atividades econômicas encontram-se divididas em três setores: primário, secundário e terciário, sendo este terceiro uma “novidade” do século XX, uma vez que, nos séculos anteriores, a divisão das atividades econômicas do trabalho era fundamentada em noções sociais “pré- científicas” e dividia-se simplesmente em extração/ agricultura, produção/ indústria e trocas/ comércio (ALMEIDA, 2004).

A partir do século XX, ocorreu um processo de reconhecimento social do setor terciário pelo Estado e a divisão se estabeleceu da seguinte maneira: no setor primário são desenvolvidas as atividades de agricultura e das indústrias extrativas para a produção de alimentos e matérias-primas, no setor secundário estão as atividades das indústrias manufatureiras e no setor terciário estão as atividades de comércio e prestação de serviços como transporte, lazer, educação e outras formas de criação artística e filosófica (ALMEIDA, 2004). Daí, o setor terciário ser também

denominado setor de serviços, que vem crescendo cada vez mais e ocupando posição de destaque nas economias dos países (PRONI; SILVA; OLIVEIRA, 2005).

Uma característica principal deste setor é a simultaneidade que ele possui, pois o processo de produção e consumo ocorre simultaneamente neste setor estando ao mesmo tempo, no ambiente de trabalho, o trabalhador e o consumidor. Além disso, no setor de serviços não existe estocabilidade, ou seja, não existe forma de armazenar o produto do serviço, sendo impossível, por exemplo, um enfermeiro dar três banhos no paciente para não ter que dar no dia seguinte. O ato se esgota no momento que ele é realizado (PRONI; SILVA; OLIVEIRA, 2005).

Sendo assim, a presença do consumidor pode agir como uma fonte de risco, ou carga de trabalho, de natureza biológica, psíquica ou ergonômica que, na maioria das vezes, não podem ser simplesmente eliminados como nos setores primário e secundário. Não se pode fazer com que um aluno permaneça em silêncio durante uma aula para eliminar o ruído ambiental, assim como não existe maneira de “fechar hermeticamente” um paciente portador de doença contagiosa, como é feito com produtos industriais, para eliminar o risco à saúde que ele possui. De acordo com Pena (2011, p. 416) “esse consumo imediato do produto pode se expressar em processos saúde/doença variados e constituídos muitas vezes pela relação próxima e conflituosa entre o trabalhador e o cliente”.

Portanto, neste setor, as atividades para prevenção de doenças e acidentes exigem diferentes estratégias que devem sempre levar em conta os princípios éticos, de civilidade, de direitos e de valores culturais dos indivíduos (PENA; MINAYO- GOMES, 2010).

Atualmente, nos países desenvolvidos o setor terciário responde por mais de dois terços do Produto Interno Bruto (PIB) e no Brasil emprega em torno de três quartos da população economicamente ativa (PRONI; SILVA; OLIVEIRA, 2005). E é neste setor que estão situados os trabalhadores de interesse para este estudo, os servidores públicos, mais especificamente os Técnico-Administrativos em Educação.

#### 4.1.1 Técnico-Administrativos em Educação

Servidor público é todo indivíduo legalmente investido de cargo público regido pelo chamado Regime Jurídico Único (RJU) através da Lei 8.112 de 11 de dezembro de 1990. Este Regime prevê licença para tratamento de saúde, licença por acidente em serviço e aposentadoria por invalidez no caso de incapacidade para o trabalho devido a doença. Além disso, existe o plano de carreira que cada servidor, dependendo do cargo, pode evoluir e a possibilidade de qualificação e aprimoramento profissional, que são oferecidos pela própria instituição (SAMPAIO et al., 2003).

Nas universidades públicas, os servidores são distribuídos em duas categorias: os Técnico-Administrativos em Educação (TAEs) e os docentes. Os TAEs são servidores efetivos e se caracterizam por serem trabalhadores com níveis de escolaridade variados, incluindo desde a formação básica até a educação superior. As atividades realizadas por eles envolvem uma multiplicidade de funções e dentre suas atribuições gerais pode-se citar: planejar, organizar, executar ou avaliar as atividades inerentes ao apoio técnico administrativo, ao ensino, à pesquisa e à extensão, atividades características de instituições federais de ensino superior. Além disso, realizam atividades específicas utilizando recursos materiais, financeiros e outros dos quais a instituição dispõe para assegurar a eficiência, a eficácia e a efetividade de todas as atividades descritas acima (BRASIL, 2005).

Dessa forma, entre os TAEs encontram-se desde trabalhadores braçais, como é o caso do pessoal do setor de manutenção e infraestrutura, até trabalhadores exclusivamente administrativos, como os que trabalham nas secretarias das faculdades.

Fazer parte do serviço público, ou seja, ser um servidor público é algo almejado pela maioria dos brasileiros atualmente. Prova disto é a quantidade de pessoas que estão tentando concursos públicos nos últimos anos e a quantidade de cursinhos preparatórios para concursos existentes no Brasil. Isto se deve aos grandes atrativos que o serviço público proporciona aos servidores como a estabilidade no trabalho; a remuneração de acordo com o nível de escolaridade; folgas nos feriados podendo emendar os dias, além de benefícios como auxílio-alimentação e vale transporte (NUNES; LINS, 2009).

Com isto, além das pessoas que já atingiram a maioridade, o serviço público está atraindo também jovens com menos de 18 anos que estão mudando seu foco, ou seja, antes a prioridade era cursar uma faculdade para obter um diploma de nível superior e tentar o concurso público. Agora, os jovens estão tentando conquistar uma vaga no serviço público primeiro, em busca da estabilidade empregatícia e financeira, para depois cursarem o ensino superior (COUTINHO et al., 2011).

Assim, os servidores públicos têm um perfil cada vez mais jovem, por ingressarem cedo no serviço público e para a manutenção da saúde deles, é importante que sejam realizados estudos, visando auxiliar na melhoria das políticas públicas voltadas para a saúde do trabalhador no país.

#### 4.2 SAÚDE DO TRABALHADOR

Durante muitos anos as pessoas trabalharam de forma desumana, sendo submetidas a trabalhos pesados, nos quais não havia nenhuma preocupação com o bem estar, qualidade de vida e a saúde dos trabalhadores. A partir do século XIX, após muitas lutas da classe operária e muitas reivindicações dos trabalhadores por melhores condições de trabalho e de vida, alguns avanços foram sendo alcançados, paulatinamente, no sentido de possibilitar uma melhoria das condições reivindicadas (BATICH, 2004).

A relação do trabalho com o processo saúde/doença, embora seja constatada desde a Antiguidade, nem sempre foi foco de atenção (MINAYO-GOMEZ; THEDIM-COSTA, 1997). Por isso, baseando-se na leitura de pesquisas realizadas na área, será mostrado o caminho percorrido por esse campo de atuação até chegar ao que é atualmente.

Os primeiros passos para se chegar à saúde do trabalhador como é conhecida hoje foram dados no século XIX, num período que se pode chamar de “pré-história da saúde dos trabalhadores”, no qual o primeiro marco reivindicado foi a redução da jornada de trabalho, reivindicação que não obteve maiores sucessos por aproximadamente 50 anos. Insatisfeitos, mas não derrotados, os operários retomaram suas reivindicações, só que abordando outros aspectos, como a limitação do trabalho infantil, a proteção das mulheres, novamente a duração do



trabalho, o trabalho realizado no período noturno, o repouso semanal e a carga de trabalho a qual eram submetidas pessoas incapacitadas para exercê-lo. Enfim, os operários começaram a ter sucesso com suas lutas, mas cada projeto de lei que era proposto levava anos para ser votado e com isso as conquistas levaram anos para serem alcançadas e efetivadas (DEJOURS, 1997).

A caderneta do operário, por exemplo, levou nove anos para ser eliminada, assim como a redução da jornada de trabalho de mulheres e crianças levou treze anos, a lei sobre higiene e segurança levou onze anos, a lei sobre acidentes de trabalho quinze anos, o repouso semanal levou vinte e sete anos, a redução da jornada de trabalho para 10 horas levou quarenta anos e para 8 horas levou vinte e cinco anos. Dessa forma, apenas no final do século XIX foram obtidas leis sociais relacionadas de fato à saúde dos trabalhadores, tendo estes adquirido bases sólidas e atingido a dimensão de uma força política em fase de crescimento (DEJOURS, 1997).

Na primeira metade do século XIX, com a Revolução Industrial, surgiu na Inglaterra, a medicina do trabalho como uma especialidade médica. Preocupado com a falta de cuidados médicos aos seus operários, Robert Dernham (proprietário de uma indústria têxtil) resolveu pedir ajuda a seu médico Dr. Robert Baker, indagando-o sobre uma possível solução para seu problema na empresa, sendo assim, o médico respondeu-lhe:

Coloque no interior da sua fábrica o seu próprio médico, que servirá de intermediário entre você, os seus trabalhadores e o público. Deixe-o visitar a fábrica, sala por sala, sempre que existam pessoas trabalhando, de maneira que ele possa verificar o efeito do trabalho sobre as pessoas. E se ele verificar que qualquer dos trabalhadores está sofrendo a influência de causas que possam ser prevenidas, a ele competirá fazer tal prevenção. Dessa forma você poderá dizer: meu médico é a minha defesa, pois a ele dei toda a minha autoridade no que diz respeito à proteção da saúde e das condições físicas dos meus operários; se algum deles vier a sofrer qualquer alteração da saúde, o médico unicamente é que deve ser responsabilizado (MENDES; DIAS, 1991).

Dessa forma, Dernham resolveu contratar Baker como médico de sua fábrica. Foi assim que surgiu, em 1830, o primeiro serviço de medicina do trabalho, mostrando o primeiro esforço de preocupação com a saúde dos trabalhadores (MENDES; DIAS, 1991).

Com o tempo e a evolução acelerada da tecnologia industrial, o modelo de medicina do trabalho começou a se mostrar impotente para intervir nos problemas de saúde ocasionados pelos processos de produção, surgindo então um novo

modelo denominado Saúde Ocupacional, dentro das empresas, com equipes multiprofissionais e ampliando a atuação do médico, que passou a intervir no ambiente de trabalho (GOMEZ, 2011).

Essa atuação multiprofissional e a estratégia de intervenção nos locais de trabalho refletem a influência das escolas de saúde pública e o fato de que as relações entre saúde e trabalho já eram estudadas há um tempo. Dessa forma, na metade do século XIX, intensificaram-se os estudos e as pesquisas relacionadas aos problemas de saúde ocupacional e, nesse momento também, esta passou a ser considerada um ramo da saúde ambiental dentro da Saúde Pública. (MENDES; DIAS, 1991)

Mas, da mesma forma que a Medicina do Trabalho se tornou insuficiente para atender às necessidades de saúde dos trabalhadores, a Saúde Ocupacional também era incapaz de atender às necessidades dos trabalhadores, surgindo então a Saúde do Trabalhador como resposta ao movimento social dos trabalhadores, gerando novas políticas sociais e novas leis, o que provocou mudanças na legislação do trabalho, especialmente na saúde e segurança do trabalhador (GOMEZ, 2011).

Ao lado das doenças profissionais clássicas, ganharam força as doenças cardiovasculares (hipertensão arterial e doença coronariana), distúrbios mentais, estresse e câncer. Devido a esta mudança do perfil de doenças apresentadas pelos trabalhadores, a saúde do trabalhador, diferentemente da medicina do trabalho e da saúde ocupacional, visa à promoção da saúde, tendo como estratégia principal a educação dos profissionais numa tentativa de modificar seu comportamento e estilo de vida. E, apesar da saúde do trabalhador apresentar diferenças em cada país e época, ela mantém os mesmos princípios em todos os lugares. (MENDES; DIAS, 1991)

Enquanto na medicina do trabalho a prática era centrada na figura do médico e orientada pela teoria da unicausalidade, na qual cada doença tem um agente etiológico; e na saúde ocupacional era utilizada a intervenção interdisciplinar, relacionando o ambiente de trabalho com o trabalhador, considerando um conjunto de fatores de risco como condicionantes de doença, ao superar a visão da saúde ocupacional, a saúde do trabalhador se situa na perspectiva de saúde como direito, tendo como base a concepção de determinação social do processo saúde- doença (GOMEZ, 2011).

#### 4.2.1 Saúde do Trabalhador no Brasil

No Brasil, onde a utilização de mão de obra escrava permaneceu até o final do século XIX, não houve qualquer preocupação com a saúde dos trabalhadores até então. Só após a chegada da família real portuguesa no início do século XIX no país e abertura dos portos, que começaram a surgir as primeiras ideias e movimentos no sentido de considerar a doença e a saúde como questões de interesse público e social, surgindo aí as primeiras preocupações com as patologias ocupacionais, como sempre tendo o interesse principal de desenvolvimento econômico do país (MENDES, 2007).

Com a chegada da Corte portuguesa ao Rio de Janeiro em 1808, as primeiras instâncias de saúde pública foram criadas no país, sendo que no período da Colônia e no início do Império, em 1822, o atendimento à saúde da população brasileira era desigualmente distribuído, sendo ofertado às camadas mais altas da população enquanto os pobres desconheciam a prática médica (ESCOREL; TEIXEIRA, 2008; CRUZ DE SOUZA, 2011).

Em 1840, inserido no contexto mundial de expansão industrial dos países europeus e dos Estados Unidos, o Brasil teve a decadência do regime monárquico e se estabeleceu a República Federativa. Neste período, o café tornou-se o principal produto de exportação do país e, em 1850, a expansão da lavoura cafeeira originou um bloco de poder centrado na aristocracia paulista, que dividia o espaço político com outras oligarquias agrárias existentes. Estes, juntamente com a República, assumiram o poder nacional consolidando-se, a partir de 1902, com a política 'café com leite' na qual se alternavam oligarquias paulistas e mineiras na direção do país. Todo o crescimento deste período não trouxe transformações para os serviços de saúde, tendo como grande inovação do período a vacinação obrigatória contra a varíola em todo território nacional e a criação de uma lista de doenças de notificação compulsória (DOS SANTOS, 2006; ESCOREL; TEIXEIRA, 2008; FERNANDES; CHAGAS; SOUZA, 2011).

Mais adiante, o final da década de 1920 foi marcado por várias crises de superprodução de café e a crise econômica mundial pela quebra da bolsa de Nova York em 1929, ocasionando uma forte crise econômica e uma grande insatisfação social. Ao mesmo tempo, o Brasil passava por um período de urbanização e este

adensamento urbano reforçou o movimento operário, colocando os problemas das camadas operárias na agenda nacional. Com este movimento, as ações de saúde pública, ampliadas para os sertões na década anterior, foram se enfraquecendo, ampliando as medidas iniciais de assistência médica, visando atender às demandas do movimento operário (SCOREL; TEIXEIRA, 2008).

Com o aumento na oferta dos serviços médicos aos trabalhadores urbanos, ficaram evidenciadas duas bases distintas do governo de Getúlio Vargas: a saúde pública e a medicina previdenciária. Dessa forma, em 1923, o governo, pela Lei Eloy Chaves, instituiu as primeiras Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs) restritas aos funcionários de empresas ferroviárias, iniciando a conformação da previdência social no país. A partir de 1933, o governo de Vargas iniciou um movimento para transformar as CAPs em Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs), congregando os trabalhadores por categorias profissionais. Mas, ao invés de serem aplicados para seu devido fim, os recursos da previdência foram utilizados para outros fins: o apoio à industrialização do país. E vale ressaltar que a assistência médica não deixou de ser excludente, pois apenas os trabalhadores inseridos no mercado de trabalho formal tinham direito a esta assistência (BATICH, 2004; ELIAS, 2004).

Em 1953, foi criado o Ministério da Saúde e, além de estabelecer a complexa estrutura da saúde pública, o período getulista deixou como marca a separação entre esta e a assistência médica previdenciária, sendo que a saúde pública tinha a visão da totalidade da população, direcionada aos problemas de saúde da coletividade e não problemas de grupos populacionais específicos. Essa dicotomia fez ampliar a assistência médica individual, na qual o principal objetivo era assistir os indivíduos nas doenças que os estavam impedindo de trabalhar (SCOREL; TEIXEIRA, 2008; AZEVEDO; FERREIRA, 2012).

Em 1964, o presidente da época João Goulart, foi deposto e iniciou-se o período de 21 anos de ditadura militar a partir do golpe militar. Deste momento em diante, o regime ditatorial governou o país através de atos do Executivo, suprimindo, progressivamente, os direitos políticos e civis. A intensa repressão política estava fortemente associada ao 'milagre econômico' que prezava pelo crescimento da economia e serviu para aumentar a desigualdade social. Na primeira década do regime militar, o resultado foi concentração de renda, arrocho salarial, perda de poder aquisitivo do salário mínimo, aumento dos preços, diminuição da oferta de

alimentos, colapso dos serviços públicos de transporte e saúde e, resumindo, precária condição de vida para grande parte da população (ESCOREL; TEIXEIRA, 2008).

Nas políticas sociais, algumas medidas foram implementadas como o Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS), Programa de Integração Social (PIS), Programa de Formação de Patrimônio do Servidor Público (PASEP) e a reformulação do sistema previdenciário. Durante esta década, predominava o sistema de atenção estatal à saúde, com o modelo da previdência social sobre o Ministério da Saúde (enfraquecido financeiramente e normativamente). Dessa forma, uma primeira medida foi unificar os IAPs no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), levando à centralização administrativa e financeira e uniformizando os benefícios para todos os trabalhadores segurados. Assim, a previdência passou a ter função assistencial e redistributivista, mas ainda limitada aos trabalhadores com carteira assinada (LIMA et al., 2009; DE OLIVEIRA, 2012).

Com a ampliação da abrangência de ações e incorporação de segmentos de trabalhadores, foi ocorrendo uma tendência à universalização, onde mais classes de trabalhadores passaram a ter atenção à sua saúde, desde que contribuíssem para a previdência. Os que não contribuía obtinham a atenção à saúde nas santas casas, postos de saúde (apenas se integrassem o perfil de algum programa) e consultórios, desde que pudessem pagar por isso (BERTOLOZZI; GRECO, 1996; BRASIL, 2006; ESCOREL, 2008).

O INPS passou a ser um grande comprador de serviços privados de saúde, estimulando um padrão de prática médica orientado pelo lucro e não pela qualidade na assistência em busca de solucionar problemas de saúde. Outra modalidade sustentada pela previdência foi a chamada 'medicina de grupo', fixando um convênio com as empresas e estas passando a serem responsáveis pela atenção à saúde de seus funcionários, deixando de contribuir com a previdência (ESCOREL, 2008; PIETROBON; DO PRADO; CAETANO, 2008).

Durante o período mais repressivo da ditadura militar no Brasil, a abordagem dos problemas de saúde transformou-se e se constituiu a base ideológica e teórica de um pensamento médico-social, sendo a abordagem histórico-estrutural dos problemas de saúde, realizada nos Departamentos de Medicina Preventiva (DMP), locais onde foram iniciadas as bases universitárias do movimento sanitário. Este novo pensamento sobre a saúde recebeu estímulo da Organização Pan-Americana

da Saúde (OPAS) e considerava o caráter político da área da saúde e a determinação social do processo saúde-doença (SCOREL, 2008).

Nesta mesma época foi criado o Plano de Pronta Ação (PPA) no INPS para universalizar o atendimento médico, em caráter especial de emergência. Nele, a previdência se comprometia a pagar os atendimentos da rede pública e da privada, sem que para isso o paciente precisasse apresentar comprovação de contribuição previdenciária (TANAKA; RESENBURG, 1990; OCKE-REIS; DE ANDREAZZI; SILVEIRA, 2006).

Em 1985, José Sarney assumiu a presidência da República e logo nos primeiros meses encerrou o longo período de censura à imprensa e aos demais meios de comunicação. Foi criada uma comissão para elaborar o anteprojeto da nova Constituição e o processo de redemocratização do país foi bem-sucedido. A nova Constituição do país, chamada por Ulysses Guimarães de 'Constituição cidadã' foi aprovada em outubro de 1988 e ocorreram as primeiras eleições para a presidência da República em outubro de 1989 (SCOREL, 2008; DE OLIVEIRA; DE OLIVEIRA, 2011).

Em 1985, a nomeação de representantes do movimento da Reforma Sanitária para importantes cargos no Ministério da Saúde possibilitou uma inflexão nos rumos da política nacional de saúde e as AISs foram ratificadas como estratégias de reorientação da Previdência e Assistência Social e da Educação, tornando-se a política do INPS. Em 1986, ocorreu a oitava Conferência Nacional de Saúde (CNS) reunindo cerca de cinco mil pessoas, onde se discutiu e aprovou a unificação do sistema de saúde, o conceito ampliado de saúde, o direito de cidadania e dever do Estado, com a elaboração de novas bases financeiras do sistema e a criação de instâncias institucionais de participação social. Nesse período, aconteceu também a I Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador (CNST) como um desdobramento da VIII CNS (MINAYO-GOMEZ; LACAZ, 2005; SCOREL, 2008).

Em 1987, foi aprovado o decreto que criou os Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde (Suds) e sua ideia serviu como uma estratégia ponte para a chegada ao Sistema Único de Saúde (SUS). A Constituição de 1988 estabeleceu que a saúde fosse parte da seguridade social e passou a ser considerada um direito de todos e dever do Estado. Daí então, foi criado o SUS, regido pelos princípios de universalidade, equidade, integralidade, descentralização

político-administrativa e participação da comunidade (TANAKA et al., 1992; DE OLIVEIRA; DE OLIVEIRA, 2011; MONNERAT; DE SOUZA, 2011).

Ao longo de 1989, foram realizadas negociações em torno da lei complementar que regulamentaria o SUS. A Plenária Nacional da Saúde assumiu a condução dos debates da Lei Orgânica da Saúde, promulgada em 1990 (Lei 8080 e 8142), constituindo as bases legais de organização do novo sistema de saúde brasileiro. Desta forma, a unificação da assistência médica previdenciária ao Ministério da Saúde constituiu o SUS (ESCOREL, 2008).

Através da Lei Orgânica de Saúde (Lei Federal 8080/90) em seu artigo 6º, parágrafo 2º foram regulamentados os dispositivos constitucionais sobre a Saúde do Trabalhador, definindo-a como um conjunto de atividades que se destina, através das ações de vigilância epidemiológica e sanitária, à promoção e proteção da saúde dos trabalhadores, assim como visa à recuperação e reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho.

Assim, a Saúde do Trabalhador é uma área da Saúde Pública que estuda e visa intervir nas relações entre o trabalho e a saúde, tendo como objetivos a promoção e proteção da saúde do trabalhador através de ações de vigilância, realizando diagnósticos, disponibilizando tratamentos e a reabilitação de forma integrada no SUS (BRASIL, 2001). Como campo de intervenção e de práticas da esfera da saúde pública, a saúde do trabalhador é baseada nos princípios do SUS de acesso universal, integralidade da atenção, descentralização e participação social, enfatizando as ações de prevenção e promoção da saúde (GOMEZ, 2011).

Ela exige um corpo de práticas teóricas multiprofissionais, interinstitucionais e interdisciplinares técnicas, sociais, políticas e humanas, devendo estar integrada com as ações de saúde ambiental, pois os riscos oriundos dos processos produtivos podem afetar o meio ambiente e a população em geral, assim como o ambiente pode interferir na saúde dos trabalhadores (GOMEZ, 2011).

E, ao discutir o tema saúde do trabalhador, é imprescindível falar de quem é o objeto destes estudos e ao mesmo tempo quem é o motivo, quem estimula e desencadeia a realização de pesquisas nesta área, o trabalhador. Assim, no Brasil, durante alguns anos, o conceito de trabalho não incluía como parte “ativa” da população no mercado de trabalho os trabalhadores que exercem trabalho não remunerado, os trabalhadores que exercem atividades na produção e construção para o próprio uso e os trabalhadores domésticos (IBGE, 2012).

No entanto, após 1990, o conceito de trabalho tornou-se mais abrangente e com isso, trabalhador é todo indivíduo que depende do trabalho para seu sustento financeiro e de sua família e para a manutenção de sua qualidade de vida e que esteja inserido no mercado de trabalho, formal ou informal, inclusive os trabalhadores domésticos. Tem-se ainda que, trabalhador é todo aquele que realiza tarefas baseadas em contratos, com salário acordado e direitos previstos em leis, que compõem a Consolidação das Leis do Trabalho – CLT. São ainda considerados trabalhadores, pessoas que exercem atividades não remuneradas como os estagiários e as pessoas que por algum motivo tenham sido afastadas do mercado de trabalho como os aposentados ou os desempregados (BRASIL, 2001; IBGE, 2012).

É importante ressaltar que a área de Saúde do Trabalhador é complexa demais, devido ao fato de relacionar-se e interferir com interesses econômicos e políticos, tanto das empresas quanto dos poderes públicos, o que muitas vezes causa morosidade e dificulta suas ações. No entanto, é preciso persistência para atuar na área, pois a prevenção de agravos ocupacionais à saúde traz benefícios tanto a nível individual quanto coletivo.

#### **4.2.2 Patologias Ocupacionais**

Conforme apresentado anteriormente, o trabalho em sua origem era realizado única e exclusivamente com o objetivo de garantir a sobrevivência dos indivíduos, de sua família e comunidade ou tribo. Ao longo dos anos, o trabalho passou a ser uma atividade de exploração do homem pelo próprio homem e, com isto, deixou de ser algo natural tornando-se impositivo e desgastante. Com essas mudanças na “ordem natural do trabalho humano”, o trabalhador começou a adoecer e desenvolver diversas patologias relacionadas ao seu trabalho e à forma como ele passou a ser realizado.

Dessa forma, patologia é uma palavra de origem grega na qual *pathos* diz respeito a sofrimento ou doença e *logos* quer dizer estudo, portanto, a patologia é o estudo das doenças. No caso das patologias ocupacionais, é o estudo das doenças relacionadas ao trabalho que acometem os indivíduos, devido a diversos fatores



relacionados ao ambiente e às características individuais. Alguns historiadores da medicina fazem referência a esta associação entre trabalho e o processo saúde doença desde os papiros egípcios. Por conta disto, verifica-se que desde o antigo Egito já existiam doenças relacionadas ao trabalho como as dermatites pruriginosas laboratoriais citadas no papiro de Ebers e as lesões de braços e mãos em pedreiros citadas nos papiros de Sellier (MINAYO-GOMEZ; THEDIM-COSTA, 1997; MENDES, 2007).

Durante muitos anos, essa relação entre trabalho e saúde foi investigada por diversos estudiosos, contudo sem se constituir seu foco de preocupação, pelo fato de que os trabalhos mais pesados e que ofereciam mais risco à saúde eram desenvolvidos pelos escravos e afastá-los do trabalho para uma possível recuperação vai de encontro aos interesses econômicos dos seus “donos”, interferindo na produtividade (MINAYO-GOMEZ; THEDIM-COSTA, 1997).

Um autor há de ser destacado, Bernardino Ramazzini, um médico italiano que estudou os riscos ocupacionais e as doenças associadas a aproximadamente cem profissões diferentes. Este estudioso, conhecido como o “Pai da Medicina do Trabalho”, escreveu o primeiro tratado completo sobre doenças relacionadas ao trabalho, o “Tratado sobre as Doenças dos Trabalhadores”, que foi referência para a área das patologias ocupacionais até o século XIX, quando ocorreu a Revolução Industrial e começaram a surgir novos problemas sanitários (DA SILVA; PASCHOARELLI, 2010).

A Revolução Industrial ocasionou inúmeras transformações sociais na vida e na saúde das pessoas, ressaltando os impactos na saúde dos trabalhadores, entre estes incluídas crianças de cinco ou sete anos e mulheres que eram contratadas por não terem direito a salários mais altos. Estes trabalhadores eram submetidos a trabalhos longos, penosos e perigosos em ambientes de trabalho agressivos ao conforto e à saúde, acabando por produzir graves danos como acidentes mutilantes ou até mesmo fatais, intoxicações agudas e outros agravos. (MENDES, 2007; DE ARAÚJO, 2013).

São inúmeras as patologias ocupacionais e falar de cada uma delas separadamente não seria possível, pois não haveria páginas que bastassem para defini-las. Por esta razão, serão apresentados brevemente os grupos de sistemas do organismo humano acometidos pelas doenças ocupacionais.

De maneira mais ampla, podem ocorrer nas mais variadas partes do corpo tumores benignos ou malignos, dependendo da exposição a que o trabalhador está submetido. Mais especificamente, o trabalhador está sujeito a: hematopatologias, doenças que acometem o sistema imune, endocrinopatologias, psicopatologias, doenças do sistema nervoso, doenças neuropsicológicas, patologias do olho, patologias do ouvido, distúrbios de voz, patologias cardiovasculares, patologias respiratórias, doenças hepáticas, patologias renais ou do trato urinário, dermatoses, doenças que acometem o sistema reprodutor, intoxicações agudas ou doenças osteomusculares (MENDES, 2007).

O desenvolvimento de doença e a doença específica que o trabalhador desenvolve dependem de uma série de fatores que são frequentemente estudados por pesquisadores em todo o mundo e são relacionados ao indivíduo e ao ambiente propriamente dito, incluindo nele o tipo de trabalho realizado, a forma como é realizado, entre outros fatores. Ilmarinen e colaboradores (1991) realizaram estudos sobre capacidade para o trabalho e envelhecimento populacional utilizando o modelo teórico estresse-desgaste de Rutenfranz e, segundo este modelo, o desgaste do trabalhador é proveniente das cargas físicas e mentais do trabalho, influenciado pela capacidade de enfrentamento do indivíduo. Essa capacidade condiciona diferentes respostas ao estresse e pode desencadear respostas fisiológicas, psicológicas e comportamentais, gerando efeitos negativos para a saúde e capacidade para o trabalho (MARTINEZ; LATORRE, 2009).

Em estudos desenvolvidos e divulgados como os de Duran e Cocco (2004) e de Assunção, Sampaio e Nascimento (2010), as patologias osteomusculares são as mais frequentes entre os diversos tipos de categoria profissional, sendo essa doença responsável pela maioria dos afastamentos do trabalho e geradora de diferentes graus de incapacidade para o trabalho.

#### 4.3 ENVELHECIMENTO DA POPULAÇÃO ATIVA E CAPACIDADE PARA O TRABALHO

Para falar sobre a capacidade para o trabalho, iremos começar abordando o envelhecimento da população ativa.

O envelhecimento cronológico é um processo natural, que ocorre com todos os seres vivos ao longo da vida e que traz modificações fisiológicas como aumento do coração, alteração da perfusão renal, redução da força muscular respiratória e corporal, diminuição do metabolismo, mudança no sistema digestivo, redistribuição da massa corporal, entre outras alterações. Devido a estas mudanças fisiológicas, com o aumento da idade, ocorre também o aumento da gordura corporal e a internalização de gordura abdominal, tendo como principal resultado do excesso de peso, o crescimento da prevalência de doenças como hipertensão e diabetes (PULCHINELLI JUNIOR; CURY JR.; GIMENES, 2012).

Diante desta situação, o envelhecimento muitas vezes é tratado como uma etapa da vida marcada pela decadência e pela ausência de papéis sociais, onde o envelhecer, frequentemente, é associado ao fim de uma etapa, ao sofrimento, solidão, doença e morte. É possível perceber que, quando o assunto é envelhecimento, o olhar das pessoas já se mostra carregado de negativismo e este preconceito em relação aos idosos, pode gerar sua discriminação e exclusão social (JARDIM; MEDEIROS; BRITO, 2006). No entanto, uma visão mais positiva e produtiva em relação ao envelhecimento, já se apresenta mais marcante na atualidade, devido ao crescimento do número de idosos no mundo inteiro, ou seja, a velhice por si só não é a causadora da incapacidade para o trabalho (ALMEIDA; LOURENÇO, 2007).

O envelhecimento populacional é inevitável e tem se mostrado como um dos maiores desafios da saúde pública contemporânea, no qual a estimativa é que em 2050 existam em torno de dois bilhões de pessoas idosas no mundo, a maioria residindo em países em desenvolvimento (BRASIL, 2007). Este fato ocorreu inicialmente em países desenvolvidos, mas recentemente é nos países em desenvolvimento que o envelhecimento da população tem ocorrido de forma mais acentuada. No Brasil, o número de idosos ( $\geq 60$  anos de idade) passou de 3 milhões em 1960, para 7 milhões em 1975 e 14 milhões em 2002 (um aumento de 500% em quarenta anos) e estima-se que alcançará 32 milhões em 2020 (LIMA-COSTA; VERAS, 2003).

Os países do terceiro mundo vêm exibindo, nas últimas décadas, um progressivo declínio nas suas taxas de mortalidade e, mais recentemente, também nas suas taxas de fecundidade (CARVALHO; GARCIA, 2003). Esses dois fatores associados promovem a base demográfica para um envelhecimento real dessas

populações, à semelhança do processo que continua ocorrendo, ainda que em escala menos acentuada, nos países desenvolvidos.

Os principais desafios desse processo de envelhecimento são, de um lado, o fato do envelhecimento populacional estar se dando sem que tenha havido uma real melhoria das condições de vida de uma grande parcela dessas populações, e de outro lado, a rapidez com que esse envelhecimento está ocorrendo (BARILE et al., 2012). Nos países menos desenvolvidos, o contingente de pessoas prestes a envelhecer, dadas as reduções nas taxas de mortalidade, é proporcionalmente bastante expressivo quando comparado com o contingente disponível, no início do século, nos países desenvolvidos. Com a baixa real da fecundidade, a tendência é haver transformações drásticas na estrutura etária desses países, em tempo relativamente curto, sem que as conquistas sociais tenham se processado devidamente para a maioria da população (YORKSTON et al., 2010).

Essas mudanças no perfil demográfico, com significativo aumento da população idosa, levam à diminuição da razão entre população ativa e a inativa e ao aumento da relação de dependência da parcela inativa sobre a economicamente ativa. Esta situação, somada ao quadro político, socioeconômico e de precarização do mercado de trabalho obriga os trabalhadores a permanecerem mais tempo no trabalho, submetidos a piores condições, fato que colabora com a redução ou perda de sua capacidade funcional (KALACHE; VERAS; RAMOS, 1987; RENOSTO et al., 2009).

Nesse contexto, o envelhecimento cronológico passa a ter menor relevância do que o envelhecimento funcional, sendo que, diante das condições de vida e de saúde precárias a que os trabalhadores estão expostos nos países em desenvolvimento, o envelhecimento funcional é precoce e precede o cronológico. Dessa forma, um trabalhador, após 20 anos de atividades laborais, sob condições ambientais, de trabalho e de vida adversas, ao chegar aos 50 anos já pode encontrar-se funcionalmente envelhecido, apresentando redução na sua capacidade para o trabalho. Seguindo essa ideia, pode-se inferir que o envelhecimento funcional não está relacionado simplesmente à evolução da idade e sim, às condições que o indivíduo é submetido ao longo dos anos, dentre estas se destacando as condições de trabalho. Portanto, o envelhecimento funcional pode ocorrer antes mesmo do indivíduo completar 60 anos de idade e por essa razão, autores como Padula e

colaboradores (2013) já consideram trabalhador idoso, aquele com mais de 45 anos de idade (KALACHE; VERAS; RAMOS, 1987; RENOSTO et al., 2009).

A capacidade funcional está intimamente ligada à manutenção da autonomia física e mental do indivíduo e com isso, se as pessoas atingirem idades cada vez mais avançadas mantendo boas condições de saúde e autonomia, não haverá maiores problemas para a sociedade. Giatti & Barreto (2003) apontam que as pessoas que trabalham, apresentam melhores condições de saúde do que a população geral, e que as pessoas doentes e incapazes são, geralmente, excluídas do mercado de trabalho.

Lima, Barros e Alves (2012) encontraram forte associação entre incapacidade funcional e o menor tempo do sentimento de felicidade no idoso e relataram ainda, que a felicidade associa-se a menor desenvolvimento de limitações físicas, proporcionando a independência e a autonomia dos idosos. Moura e colaboradores (2013) destacam que a promoção da capacidade funcional dos trabalhadores, ao longo dos anos das atividades laborais, pode contribuir para a qualidade de vida na aposentadoria, com redução dos custos para manutenção da saúde dos idosos.

Portanto, muitas transformações na sociedade são esperadas com o envelhecimento da população ativa, repercutindo em diversos setores, como no mercado de trabalho e no perfil das políticas públicas, colocando novos desafios no que diz respeito a possibilitar a promoção da capacidade para o trabalho e boas condições de saúde aos idosos, a fim de preservar sua autonomia física e mental, que lhes possibilitará manterem boas perspectivas de vida e assumirem papéis importantes na sociedade (Giatti & Barreto, 2003).

Entretanto, é importante ressaltar que a capacidade para o trabalho não está apenas relacionada ao envelhecimento cronológico, uma vez que jovens também apresentam baixa capacidade para o trabalho (TUOMI et al., 2005).

A capacidade para o trabalho é essencial para o bem-estar de todos os seres humanos que exercem alguma atividade laborativa, mas se não for devidamente cuidada pode ser diminuída a um grau que levará ao afastamento do indivíduo de suas atividades habituais. Muitos fatores podem favorecer essa queda da capacidade para o trabalho, sendo que eles podem ser influenciados pelo próprio indivíduo, ao intervir em seu estilo de vida e em seu ambiente de trabalho (TUOMI et al., 2005).

A fim de apoiar o trabalhador na prevenção da diminuição precoce de sua capacidade para o trabalho, foi criado o Índice de Capacidade para o Trabalho (ICT). O ICT é oriundo de pesquisas que foram realizadas na Finlândia de 1981 a 1992, desenvolvido pelo Instituto de Saúde Ocupacional da Finlândia, no acompanhamento de servidores municipais em processo de envelhecimento, visando prever a incidência de incapacidade para o trabalho para o grupo de pessoas com 50 anos de idade ou mais. É interessante ressaltar, que durante os onze anos do seguimento, dois terços das pessoas do grupo que obteve baixa capacidade para o trabalho, se aposentaram por incapacidade. O índice pode ser usado não apenas para verificar a capacidade atual do trabalhador, mas também ajuda a prever o risco de incapacidade em um futuro próximo, auxiliando na elaboração das medidas de prevenção a serem adotadas e contribuindo para o envelhecimento ativo (TUOMI et al., 2005).

## 5 MATERIAIS E MÉTODOS

### 5.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO

Esse estudo é parte de uma pesquisa exploratória transversal de maior amplitude denominada “Trabalhadores Técnico-Administrativos em Educação: Condições de Trabalho e de Vida” que vem sendo realizada na UFJF.

A pesquisa maior visa investigar os fatores relacionados às condições de trabalho e de vida desses trabalhadores, abordando questões sobre o estado de saúde geral, hábitos alimentares, atividades físicas, etilismo, tabagismo, relações familiares, com os amigos e no trabalho, condições socioeconômicas, perfil demográfico, entre outras questões relevantes para se compreender o processo saúde- doença destes indivíduos.

Para isto, tem sido realizado o “I Inquérito sobre Condições de Trabalho e de Vida dos Trabalhadores da UFJF” (Anexo A), e este tem se apresentado como o primeiro passo para o desenvolvimento futuro de um estudo de coorte prospectivo na universidade, pois de acordo com Hulley e colaboradores (2008, p. 129) “É possível fazer um estudo transversal como primeiro passo em um estudo de coorte ou ensaio clínico com pouco ou nenhum custo adicional”.

O tipo de desenho epidemiológico utilizado neste estudo, o transversal, é também denominado estudo seccional, corte, corte- transversal, vertical, pontual ou de prevalência (PEREIRA, 1995; PITANGA, 2002). Isso porque, nesse tipo de estudo, a exposição e o desfecho são observados simultaneamente em um único momento ou por um curto período, sem que haja acompanhamento da população em estudo ao longo do tempo. Daí alguns autores como Hochman e colaboradores (2005) compararem o estudo transversal a uma fotografia feita de uma população. Assim, só é possível obter informações sobre a prevalência, sem que haja a possibilidade de estimar a incidência da doença (PITANGA, 2002; BASTOS; DUQUIA, 2007; HULLEY et al., 2008; MEDRONHO et al., 2009).

E, assim como ocorre com todo e qualquer estudo epidemiológico, o estudo transversal apresenta seus pontos positivos e suas limitações. O fato de ser realizado um recorte único no tempo faz com que esse tipo de estudo apresente

custo mais baixo, facilidade e rapidez na realização e objetividade na coleta dos dados. Mas, por outro lado, justamente devido a este tipo de recorte, é difícil investigar condições de baixa prevalência e se torna menor a capacidade de estabelecer relações de causalidade (BASTOS; DUQUIA, 2007; CARMO et al., 2011).

Ainda assim, quando realizados com cautela, tendo em vista suas vantagens e limitações, os estudos transversais são úteis para descrever variáveis e seus padrões de distribuição, sendo importante fonte de informações sobre a saúde e os hábitos de vida de uma população, além de ser uma ferramenta útil aos planejadores da área da saúde na alocação de recursos para prevenção de agravos, proteção e promoção da saúde dos indivíduos e fornecimento de importantes informações que contribuem com o avanço do conhecimento científico (BASTOS; DUQUIA, 2007; HULLEY et al., 2008).

## 5.2 CENÁRIO DO ESTUDO

O estudo foi realizado no período de fevereiro de 2012 a agosto de 2013, na Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF) localizada na cidade de Juiz de Fora no Estado de Minas Gerais. A UFJF possui, atualmente, trinta e cinco cursos de graduação, cinquenta e cinco cursos de especialização, MBA e residência, vinte e três mestrados, nove doutorados e um colégio de nível fundamental e médio, o Colégio de Aplicação João XXIII. Isto resulta num total de cerca de 18.868 alunos (UFJF, 2013).

No que diz respeito aos recursos humanos, de acordo com os últimos dados obtidos do Sistema Integrado de Gestão Acadêmica de Recursos Humanos, a universidade é composta por mil duzentos e sessenta e cinco técnico-administrativos em educação (UFJF, 2013).

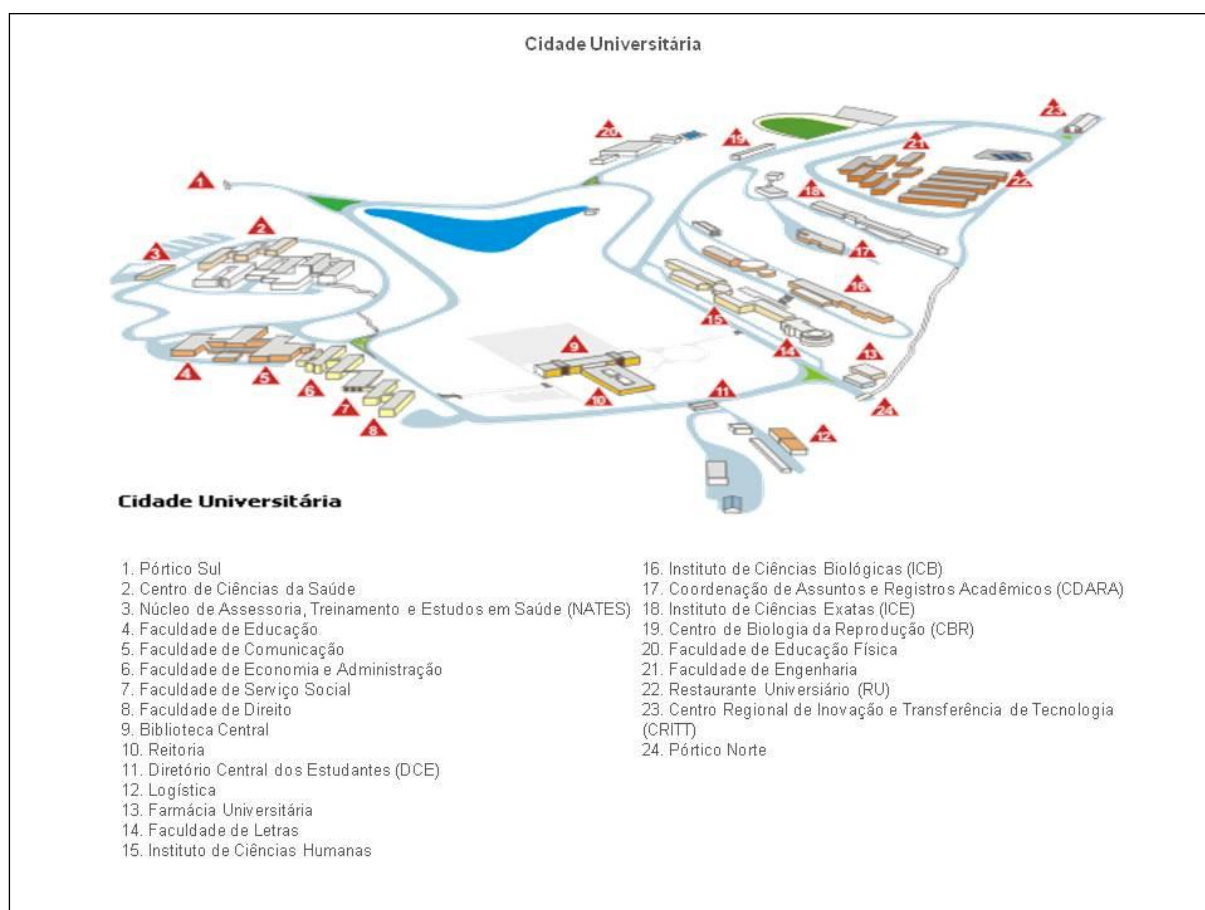
Além das unidades situadas no campus universitário no bairro São Pedro, a universidade possui unidades distribuídas pela cidade de Juiz de Fora, onde os profissionais desenvolvem suas atividades laborais e os alunos desenvolvem suas atividades de ensino, pesquisa e extensão. Alguns exemplos das unidades externas ao campus podem ser citados, como o Hospital Universitário, que é subdividido em



duas unidades, a unidade Santa Catarina e a unidade Dom Bosco, o Cine-Theatro Central, o Museu de Arte Murilo Mendes, a Casa de Cultura, entre outras.

Com isto, a UFJF possui uma área total construída, dentro e fora do campus, de 170.428,50 m<sup>2</sup>, sendo que o Campus Universitário possui área total de 1.346.793,80 m<sup>2</sup> e a área fora do Campus totaliza 74.506,04 m<sup>2</sup> (UFJF, 2013).

O Campus Universitário, também denominado como cidade universitária, é organizado em unidades acadêmicas, sendo estas unidades institutos e faculdades diversos. Os institutos e as faculdades são prédios de dois andares ou mais, dependendo das atividades desenvolvidas no setor, e são distribuídos ao longo do campus conforme apresentado na Figura 1.



**Figura 1: Mapa da UFJF**

Fonte: <http://www.ufjf.br/portal/universidade/ufjf/mapas/>, 2013

Além dos institutos e faculdades, também estão situados no campus alguns centros como o Centro Regional de Inovação e Transferência de Tecnologia

(CRITT), o Centro de Biologia da Reprodução (CBR) e o Centro de Ciências da Saúde (CCS), onde estão localizadas as faculdades de enfermagem e fisioterapia.

Existem ainda o Núcleo de Assessoria, Treinamento e Estudos em Saúde (NATES), a Reitoria, o Diretório Central dos Estudantes (DCE), o setor de Logística, a Farmácia Universitária, a Coordenação de Assuntos e Registros Acadêmicos (CDARA), o Restaurante Universitário (RU) e a Biblioteca Central, que possui um amplo acervo bibliográfico constituído por livros, folhetos, publicações avulsas, obras de referência, periódicos, material audiovisual, trabalhos de conclusão de curso, dissertações e teses (UFJF, 2013).

Alguns destes prédios são novos, construídos há pouco mais de um ano, e outros são recém-reformados, mas, em sua maioria, os prédios são antigos e possuem uma infraestrutura que pode, muitas vezes, não possibilitar boas condições de trabalho aos funcionários da instituição.

A UFJF foi criada em 1960 por meio do ato do Presidente Juscelino Kubitschek, através da Lei 3.858/60. Sua denominação atual foi oficializada em 20 de agosto de 1965 através da Lei 4.759/65 e a universidade tornou-se um polo acadêmico e cultural da Zona da Mata Mineira, atraindo alunos não apenas desta região, mas também alunos do Sul de Minas Gerais e até mesmo de outros estados do país. Isso traz uma grande contribuição no sentido de transformar a economia e a sociedade de Juiz de Fora (UFJF, 2010).

Desde o ano de 2007, a UFJF aderiu ao Programa de Apoio a Planos de Reestruturação e Expansão das Universidades Federais (Reuni) e com isto, de acordo com relatório de gestão de 2011, divulgado em 3 de abril de 2012, contendo o balanço do Reuni, até 2011 foram criadas 1.355 vagas nos cursos disponíveis de graduação e habilitação (UFJF, 2012).

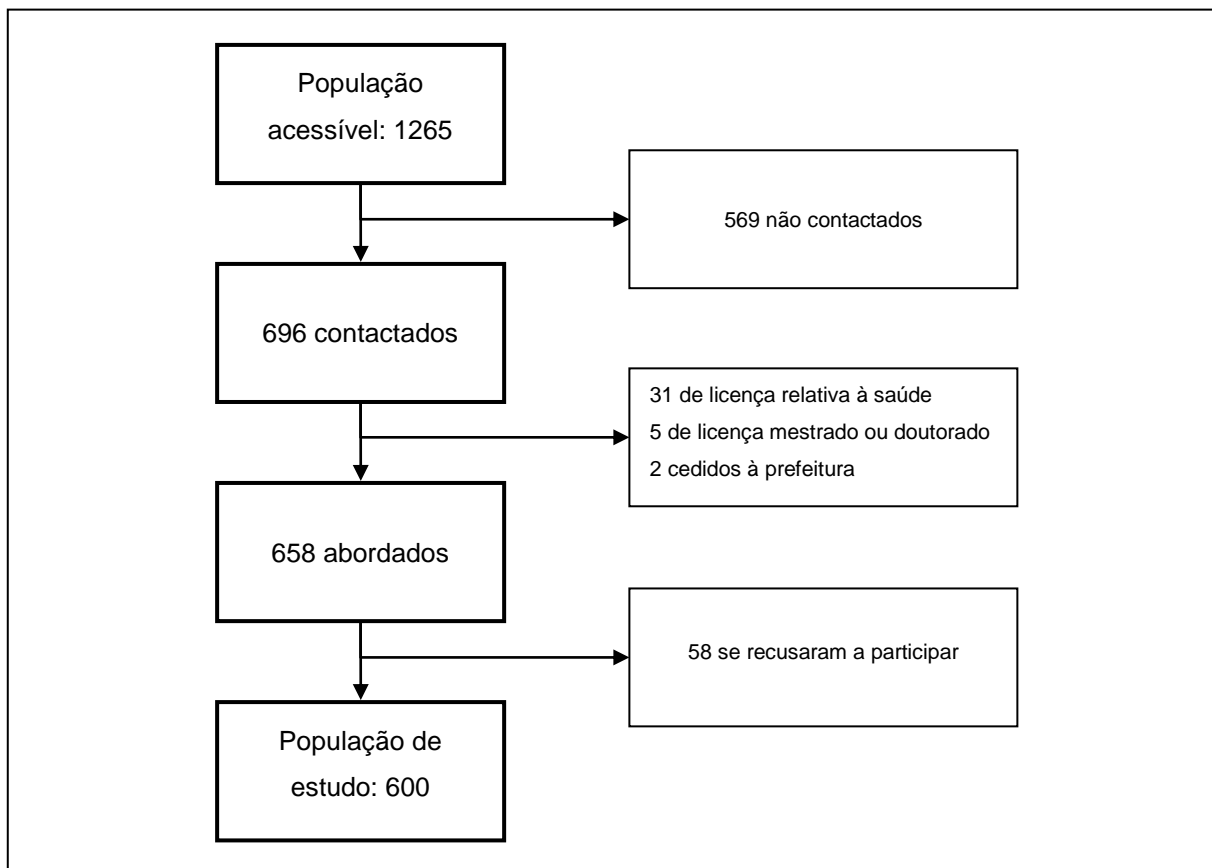
Além da ampliação no número de vagas nos cursos, a UFJF fechou o ano de 2012 com investimentos de mais de R\$ 530 milhões, contemplando importantes projetos da instituição como Jardim Botânico, Parque Científico e Tecnológico, Planetário, Moradia Estudantil, entre outros. Conseqüentemente, devido a esta ampliação histórica, foram necessárias novas contratações de recursos humanos gerando um aumento expressivo de professores e técnico-administrativos na instituição (UFJF, 2012).

### 5.3 POPULAÇÃO DO ESTUDO

Nos estudos transversais há duas possibilidades para a seleção da população de estudo, podendo ser uma população inteira (que caracteriza um censo) ou uma amostra representativa dela, a fim de apresentar características que tornem possível a investigação da relação entre exposição e doença (PEREIRA, 1995; BLOCH; COUTINHO, 2009).

Para este estudo, a população acessível foram os trabalhadores Técnico-Administrativos em Educação da UFJF do Campus Juiz de Fora. Os critérios de inclusão foram: ser funcionário técnico-administrativo efetivo da universidade, em exercício ativo da função e aceitar participar voluntariamente do estudo. Os critérios de exclusão foram: estar em situação de afastamento do trabalho por motivo de licença para tratamento de saúde, licença-maternidade ou afastamento pelo Instituto Nacional de Seguridade Social, licença para mestrado e doutorado, licença para acompanhar cônjuge, ter sido cedido a outra instituição ou ter sido transferido de outro órgão público, como por exemplo, do ministério dos transportes, uma vez que estes não são funcionários permanentes da universidade.

Até o final do mês de agosto de 2013, o quantitativo de técnico-administrativos em educação da UFJF totalizava 1265 trabalhadores. O objetivo deste estudo era realizar um censo, no entanto, devido a questões logísticas e operacionais, como a greve que ocorreu durante quase quatro meses no período da coleta, até o dia trinta e um de agosto de dois mil e treze (data limite para fechamento do banco de dados para o presente estudo), haviam sido abordados 55% dos técnico-administrativos, o que equivale a 696 trabalhadores. Destes, foram excluídos 31 por estarem afastados por licenças relacionadas à saúde, maternidade ou INSS, cinco por licença para mestrado e doutorado e dois que estavam cedidos para prestar serviços à prefeitura do município. Dos 658 trabalhadores disponíveis, 58 (8,8%) se recusaram a participar do estudo e 600 (91,2%) retornaram o questionário devidamente preenchido.



**Figura 2: Delimitação da população do estudo**

Fonte: A autora, 2013

A escolha por esta população de estudo foi devido ao fato de que a mesma apresenta características que favorecem a realização de um estudo com boas taxas de participação e seguimento e as informações são potencialmente de qualidade. O mesmo não ocorre com trabalhadores do setor privado, uma vez que estudos realizados com eles tendem a enfrentar dificuldades decorrentes da crescente instabilidade no emprego, já que eles são contratados e sujeitos a demissões a qualquer momento, sendo importante frisar que tem-se a intenção de realizar um estudo de coorte com os técnico-administrativos em educação da UFJF (FAERSTEIN et al., 2005; FERREIRA et al., 2012).

Além disso, realizar este estudo com os Técnico-Administrativos em Educação (TAEs) tem como características favoráveis a heterogeneidade sociodemográfica e a estabilidade no emprego que contribuíram, respectivamente, com a variabilidade dos determinantes sociais de saúde desta população e com o monitoramento do trabalhador em longo prazo.

#### 5.4 ESTRATÉGIAS E INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS

A coleta de dados da pesquisa Trabalhadores Técnico-Administrativos em Educação: Condições de Trabalho e de Vida foi realizada através da aplicação do instrumento de coleta de dados “I Inquérito sobre condições de trabalho e de vida dos Trabalhadores Técnico-Administrativos em Educação da Universidade Federal de Juiz de Fora” (Anexo A).

Antes de elaborar a versão final do Inquérito, foi realizado um estudo-piloto com 184 trabalhadores terceirizados da universidade, sendo esta uma população similar aos sujeitos desta pesquisa, que são os trabalhadores concursados. Este estudo-piloto foi desenvolvido, a fim de realizar possíveis adequações no instrumento de coleta de dados e treinar os pesquisadores. Pois, de acordo com Faerstein e colaboradores (1999, p. 125), quando são utilizados questionários autopreenchíveis, “deve ser ainda mais intenso o esforço de detectar, durante os pré-testes, possíveis dificuldades de compreensão ou inadequação do texto e das perguntas, para a elaboração de instruções adicionais e adequação das opções de resposta”.

A partir daí, foram detectadas limitações no instrumento, tais como incapacidade de responder algumas perguntas e pouca clareza em algumas questões. Dessa forma, foram realizadas algumas alterações para superar as dificuldades percebidas e melhor adequar o instrumento de coleta de dados. Além disso, todos os integrantes da equipe responsável pela coleta de dados passaram pelo treinamento com o estudo-piloto, a fim de unificar a abordagem aos trabalhadores e a forma com que os dados foram coletados.

É interessante destacar, que a elaboração da pesquisa Trabalhadores Técnico-Administrativos em Educação: Condições de Trabalho e de Vida foi baseada em um estudo que vem sendo realizado com técnico-administrativos na Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), o Estudo Pró- Saúde. Este estudo é um projeto do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro- IMS/UERJ e tem a intenção de descrever perfis de morbidade física e mental, seus fatores de risco, assim como práticas e comportamentos relacionados à saúde. Além disso, pretende investigar determinantes socioeconômicos e culturais

associados a esses perfis nas populações adultas, no contexto urbano brasileiro (FAERSTEIN et al., 1999).

O instrumento de coleta do “I Inquérito sobre condições de trabalho e de vida dos Trabalhadores Técnico-Administrativos em Educação da Universidade Federal de Juiz de Fora” consiste em um questionário autopreenchível, com tempo de preenchimento de 30 a 50 minutos, constituído de 40 páginas com perguntas, em sua maioria, objetivas e distribuídas em 12 blocos (do bloco A ao L), onde cada bloco aborda uma questão específica. Após a definição dos desfechos, os professores/pesquisadores que construíram o instrumento, buscaram na literatura quais destes já apresentavam instrumentos de coleta validados e que seriam relevantes para a realização da pesquisa.

#### **5.4.1 Instrumentos de coleta de dados**

Para o presente estudo, foram utilizados os questionários do inquérito que respondiam às questões referentes às variáveis independentes sociodemográficas, relacionadas ao trabalho, condições de saúde e hábitos de vida e à variável dependente ICT. O questionário que corresponde à variável dependente é o bloco I do inquérito e os que correspondem às variáveis independentes correspondem aos blocos B, E, F, G e H. Os blocos citados foram elaborados com base nos questionários já existentes Índice de Capacidade para o Trabalho (ICT), Questionário sobre a Saúde do Paciente-9 (PHQ-9), Questionário Internacional de Atividades Físicas curto (IPAQ curto), Teste de Identificação dos Transtornos Devido ao Uso de Álcool (AUDIT), escala de apoio social utilizada no *Medical Outcomes Study* (MOS) e Escala Sueca de Demanda-Controle-Apoio social (DSC), respectivamente. Além desses questionários, foram utilizadas questões do bloco A sobre autopercepção da saúde geral e bucal, a questão F11 sobre tabagismo, questões do bloco H sobre características do trabalho, a questão J11 sobre contato com o público e questões do bloco K sobre as variáveis sociodemográficas.

As características dos questionários utilizados, bem como sua validade estão descritas a seguir.

Índice de Capacidade para o Trabalho (ICT)- O ICT é um instrumento, traduzido, adaptado, testado e validado para o Brasil, em forma de questionário, com questões objetivas para serem respondidas pelo próprio trabalhador. Para responder as questões, é importante que este possua escolaridade mínima da quarta série do ensino fundamental, recomendação dada por viabilizar a melhor compreensão das questões. O instrumento é formado por sete itens, cada um com uma ou mais questões. O índice de cada indivíduo varia de um escore de 7 a 49 pontos e é determinado com base nas respostas dadas às várias questões sobre as exigências físicas e mentais do trabalho, o estado de saúde e os recursos do trabalhador (TUOMI et al., 2005; MARTINEZ; LATORRE; FISCHER, 2009).

O ICT é calculado a partir da soma dos pontos recebidos em cada um dos itens, de acordo com o quadro 1, sendo que, como no item 2 a capacidade é avaliada em relação tanto às exigências físicas quanto às mentais, a resposta à questão é ponderada, dependendo se o trabalho é fundamentalmente físico, mental ou os dois concomitantemente. Sendo assim, se as exigências do trabalho são físicas, a quantidade de pontos para as exigências físicas é multiplicada por 1,5 e os pontos para as exigências mentais são multiplicados por 0,5. Já se o trabalho possui exigências mentais, a quantidade de pontos para as exigências físicas é multiplicada por 0,5 e para as exigências mentais multiplicada por 1,5. Quando as exigências do trabalho são físicas e mentais a soma dos pontos é inalterada.

De acordo com a pontuação recebida, a capacidade para o trabalho de cada indivíduo é classificada da seguinte maneira: de 7 a 27 pontos é considerada baixa capacidade para o trabalho e as medidas propostas visam restaurar a capacidade; de 28 a 36 pontos é considerada moderada a capacidade para o trabalho e as medidas propostas visam melhorar a capacidade para o trabalho; de 37 a 43 pontos considera-se boa capacidade para o trabalho, sendo propostas medidas para apoiar a capacidade; e, finalmente, de 44 a 49 pontos a capacidade para o trabalho é classificada como ótima, sendo necessárias medidas para a manutenção da capacidade (TUOMI et al., 2005).

Assim, aqueles trabalhadores que apresentam índices baixos ou moderados merecem uma atenção especial no sentido de recuperar ou melhorar sua capacidade o mais rápido possível, através de medidas de intervenção ambientais coletivas e individuais. Mas os trabalhadores que apresentam índices de capacidade bons ou ótimos não são deixados de lado, para estes devem ser fornecidas

informações de como manter sua capacidade para o trabalho satisfatória, além de informações sobre os fatores no trabalho, relacionados ao estilo de vida e ambientais que levam à manutenção ou ao enfraquecimento de sua capacidade, visando prevenir sua diminuição.

Item	Nº de questões	Número de pontos (escore) das respostas	
1. Capacidade atual para o trabalho comparada com a melhor de toda a vida	1	0-10 pontos (valor assinalado no questionário)	
2. Capacidade para o trabalho em relação às exigências do trabalho	2	Número de pontos ponderados de acordo com a natureza do trabalho (fórmula para o cálculo na página seguinte)	
3. Número de doenças atuais diagnosticadas por médicos	1 (lista de 51 doenças)	Pelo menos	5 doenças = 1 ponto
			4 doenças = 2 ponto
			3 doenças = 3 ponto
			2 doenças = 4 ponto
			1 doenças = 5 ponto
			Nenhuma doença = 7 pontos
		(são contadas somente doenças diagnosticadas por médico)	
4. Perda estimada para o trabalho por causa de doenças	1	1-6 pontos (valor circulado no questionário; o <i>pior</i> valor será escolhido)	
5. Faltas ao trabalho por doenças no último ano (12 meses)	1	1-5 pontos (valor circulado no questionário)	
6. Prognóstico próprio da capacidade para o trabalho daqui a 2 anos	1	1,4 ou 7 pontos (valor circulado no questionário)	
7. Recursos mentais*	3	Os pontos das questões são somados e o resultado é contado da seguinte forma: Soma 0-3 = 1 ponto Soma 4-6 = 2 pontos Soma 7-9 = 3 pontos Soma 10-12 = 4 pontos	

\*este item refere-se à vida em geral, tanto no trabalho, como no tempo livre.

**Quadro 1: Itens abrangidos pelo Índice de Capacidade para o Trabalho, número de questões utilizadas para avaliar cada item e escore (número de pontos) das respostas.**

Fonte: Tuomi, K. et al., 2005



O Questionário sobre a Saúde do Paciente-9 (PHQ9) é uma adaptação do PRIME-MD (*Primary Care Evaluation of Mental Disorders*), um instrumento de diagnóstico para transtornos mentais, desenvolvido para serviços de atenção primária à saúde nos Estados Unidos na década de 1990. O PHQ-9 é um questionário breve e aplicado a adultos para detectar os cinco transtornos mentais mais comuns na atenção primária à saúde: depressão, ansiedade, alcoolismo, reações de estresse e transtornos alimentares (SPITZER; KROENKE; WILLIAMS, 1999).

O PHQ-9 é composto por nove questões, em que cada uma possui quatro possíveis respostas: 0- Nenhuma vez; 1- vários dias; 2- mais da metade dos dias; 3- quase todos os dias. A partir das respostas, é possível medir a frequência de sinais e sintomas de depressão nas últimas duas semanas (SPITZER; KROENKE; WILLIAMS, 1999; KROENKE et al., 2001). O escore total é obtido pela soma dos nove itens e pode variar de 0 a 27 pontos, sendo que os indivíduos que possuem escore total até 10 pontos são classificados com ausência de sinais e sintomas de depressão e aqueles com pontuação maior ou igual a dez, classificados com presença de sinais e sintomas de depressão. O PHQ-9 foi validado por Spitzer e colaboradores (1999) e por Kroenke e colaboradores (2001).

O Questionário Internacional de Atividades Físicas curto (IPAQ curto) é um instrumento utilizado para estimar o nível de prática de atividade física habitual dos indivíduos e composto por oito questões abertas. Com as respostas dessas questões, torna-se possível detectar a inatividade física ou estimar o tempo semanal gasto pelos indivíduos em diferentes tipos de atividade como caminhada, atividades moderadas ou vigorosas (SEGHETTO; PICCOLI, 2012). Logo após, os indivíduos são classificados quanto ao tipo de atividade física e o total de tempo direcionado a esta, como apresentado no quadro 2. O IPAQ foi testado e validado no Brasil por Matsudo e colaboradores (2001).

O Teste de Identificação dos Transtornos Devido ao Uso de Álcool (AUDIT) é um instrumento utilizado para identificar o tipo de consumo de álcool das pessoas, especialmente daquelas em consumo de risco. Foi desenvolvido pela Organização Mundial da Saúde, como um método simples de rastreamento do consumo excessivo de álcool e como apoio para uma avaliação breve. O AUDIT é composto por dez questões, nas quais as perguntas de um a oito possuem cinco opções de resposta, com exceção da pergunta dois que possui seis opções. As questões nove

e dez possuem três possíveis respostas. O cálculo do escore é realizado, somando-se a pontuação de cada questão e de acordo com o resultado obtido, o consumo do indivíduo é classificado em abstinência ou consumo sem risco (0 a 7), consumo de risco (8 a 15), consumo prejudicial ou mesmo dependência (16 a 19) e dependência (20 a 40) (ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, 2001). O AUDIT foi adaptado e validado para o Brasil por Mendez (1999) e Lima e colaboradores (2005) (MORETTI-PIRES; CORRADI-WEBSTER, 2011).

<b>Frequência e Duração</b>	<b>Classificação</b>
Não realizou nenhuma atividade física por mais de 10 minutos contínuos durante a semana	Sedentário
Não atingiu nenhum dos critérios da recomendação quanto à frequência e duração	Insuficientemente Ativo B
a) Qualquer atividade por 5 dias na semana OU b) Qualquer atividade, com duração total de 150 minutos por semana	Insuficientemente Ativo A
a) Atividade vigorosa 3 ou mais dias por semana com duração diária de 20 minutos ou mais OU b) Atividade moderada ou caminhada 5 ou mais dias por semana com duração diária de 30 minutos ou mais OU c) Qualquer atividade somada (caminhada, moderada, vigorosa) 5 ou mais dias por semana com duração de 150 minutos ou mais, por semana	Ativo
a) Atividade vigorosa 5 ou mais dias por semana com duração diária de 30 minutos ou mais b) Atividade vigorosa 3 ou mais dias por semana com duração diária de 20 ou mais somada a atividade moderada e/ou caminhada 5 ou mais dias por semana com duração diária de 30 minutos ou mais	Muito Ativo

**Quadro 2: Classificação do nível de atividade física- IPAQ**

Fonte: IPAQ Internacional - [www.ipaq.ki.se](http://www.ipaq.ki.se)

A Escala de Apoio Social utilizada no Medical Outcomes Study (MOS) é utilizada para verificar o apoio e a rede social que o indivíduo dispõe. Alguns autores já sugeriram que a ruptura de laços sociais, afeta os sistemas de defesa do organismo, de forma que o indivíduo se torna mais susceptível a doenças, e influencia na manutenção da saúde, favorecendo condutas adaptativas em situações

de estresse (CASSEL, 1974; COBB, 1976). Griep e colaboradores (2005) apontam diversos autores que já investigaram a influência dos laços sociais no risco de adoecer e morrer. Os resultados destes estudos mostraram que dispor de uma rede social e receber ajuda dos indivíduos que pertencem a ela trazem benefícios à saúde e ao bem-estar.

Rede social pode ser definida como o grupo de pessoas com as quais se pode manter contato ou alguma forma de vínculo social, já o apoio social está relacionado aos recursos que outras pessoas disponibilizam em situações de necessidade (DUE et al., 1999). A escala de apoio social foi elaborada para o Medical Outcomes Study (MOS), que foi um estudo abrangendo adultos usuários de serviços de saúde nos Estados Unidos e que apresentavam uma ou mais das seguintes doenças: hipertensão, diabetes, doença coronariana ou depressão (ANDRADE et al., 2005; GRIEP et al., 2005). No estudo de validação da escala de apoio social para o Brasil, foi demonstrado que as variáveis utilizadas para medir rede social estão associadas às dimensões de apoio e existe uma relação forte, direta e consistente entre o número de parentes e amigos íntimos referidos e os níveis de apoio social em todas as dimensões (GRIEP et al., 2005).

A rede social é medida por meio de seis perguntas, abertas e fechadas, nas quais o indivíduo é indagado sobre a quantidade de parentes e amigos com os quais se sente à vontade para falar sobre tudo ou quase tudo e sobre a participação em atividades em grupo no ano anterior. O apoio social é medido por meio de 19 perguntas, que compõem o questionário original do MOS, e abrangem cinco dimensões de apoio, onde as quatro primeiras possuem quatro perguntas e a última, três perguntas. As dimensões são: material, emocional, informação, interação social positiva e apoio afetivo. Para cada pergunta, há cinco possíveis respostas e pontuações atribuídas: 1- nunca, 2- raramente, 3- às vezes, 4- quase sempre e 5- sempre. Para calcular os escores de cada uma das cinco dimensões, foram somados os pontos e divididos pela pontuação máxima da dimensão, para padronizar os resultados de cada dimensão e por fim, o resultado da razão foi multiplicado por 100 (ANDRADE et al., 2005).

Como não foram encontrados, na literatura pesquisada, os métodos para se calcular o escore final de apoio social para as cinco dimensões em conjunto, foi calculada a média e a mediana e foi adotado como ponto de corte 60 pontos. Portanto, aqueles indivíduos com escore das cinco dimensões totalizando 60 pontos

ou menos foram classificados com baixo apoio social e aqueles com mais de 60 pontos, com alto apoio social. A escala de apoio social foi traduzida, adaptada e validada para o português por Griep e colaboradores (2005).

A Escala Sueca de Demanda-Controle-Apoio social (DSC) é uma escala reduzida, que aborda estresse no trabalho, adaptada para o português por Alves e colaboradores (2004). Essa escala tem sua origem em um modelo criado por Robert Karasek para investigar as causas do estresse e seus efeitos sobre a saúde nas interações sociais do ambiente. O apoio social no trabalho foi incluído por Johnson e Hall em 1988 e está ligado à interação entre colegas e chefias na cooperação para a realização do trabalho (JOHNSON; HALL, 1988; KARASEK; THEÖRELL, 1990; ALVES et al., 2004; GRIEP et al., 2011).

Inicialmente o modelo era composto por 49 questões, mas em 1988, Theorell a reduziu para 17 questões, conforme utilizado no presente estudo (KARASEK; THEORELL, 1990). A escala reduzida engloba três dimensões: demanda (cinco questões), controle (seis questões) e apoio social (seis questões). Cada pergunta possui quatro opções de resposta, sendo que para demanda e controle as respostas podem ser: frequentemente, às vezes, raramente e nunca ou quase nada; já para o apoio social, as possíveis respostas são: concordo totalmente, concordo mais que discordo, discordo mais que concordo e discordo totalmente (ALVES et al., 2004; AGUIAR; FONSECA; VALENTE, 2010).

Os escores de cada dimensão foram obtidos somando-se as pontuações das respostas e, posteriormente, foram divididos em duas categorias pela sua mediana, conforme estudo de Alves e colaboradores (2009). Para a demanda, o ponto de corte foi de 14 pontos e os trabalhadores que obtiveram resultado de 8 a 14 pontos tiveram seus trabalhos classificados em baixa demanda e os valores acima de 14, em alta demanda. Para o controle, o ponto de corte foi de 17 pontos e aqueles indivíduos que obtiveram pontuação total entre 5 e 17 pontos foram classificados como tendo baixo controle no trabalho e os que tiveram mais de 17 pontos, com alto controle no trabalho. De forma semelhante, o ponto de corte para o apoio social no trabalho foi de 17 pontos, classificando os indivíduos com pontuação até 17 pontos, inclusive, com baixo apoio social e acima de 17 pontos com alto apoio social.

A partir dessa classificação, torna-se possível realizar quatro combinações: trabalho com alta exigência, que é o tipo de trabalho altamente estressante e que envolve alta demanda e baixo controle; trabalho ativo, que envolve alta demanda e

alto controle; trabalho passivo, resultante da combinação de baixa demanda e baixo controle; e trabalho com baixa exigência, que resulta da combinação baixa demanda e alto controle (KARASEK, 1981; KARASEK, THEÖRELL, 1990; ALVES, et al., 2004; AGUIAR; FONSECA; VALENTE, 2010).

Dessas quatro, o trabalho de baixa exigência, também chamado baixo desgaste, é considerado o tipo de trabalho ideal por possibilitar o relaxamento e menor chance de situações estressantes. Em contrapartida, o trabalho com alta exigência é a combinação mais prejudicial, por ser fonte de estresse, devido ao desgaste, e por poder levar o trabalhador ao adoecimento físico e psicológico. Quanto às demais combinações, o trabalho passivo é a segunda combinação mais danosa, por não disponibilizar muitos desafios ao trabalhador, levando à sua desmotivação, já o trabalho ativo, mesmo diante da alta exigência ao trabalhador, torna possível que ele tenha alto controle e poder de decisão, estimulando o aprendizado, o desenvolvimento e aumento da vitalidade (ALVES, 2004; GIANNINI, 2010).

## 5.5 VARIÁVEIS DO ESTUDO

Foi definida como variável dependente o ICT, do qual a pontuação foi categorizada em reduzida capacidade para o trabalho (7 a 36 pontos) e boa capacidade para o trabalho (37 a 49 pontos), semelhante à categorização utilizada no estudo de Raffone e Hennington (2005).

Foram selecionadas como variáveis independentes as condições de saúde e hábitos de vida: autoavaliação do estado de saúde geral e bucal, sinais e sintomas de depressão, nível de atividade física, dependência de álcool, tabagismo, rede e apoio social; as características ocupacionais: número de empregos, carga horária semanal, trabalho à noite, estresse no trabalho (modelo demanda-controle), apoio social no trabalho, absenteísmo por doença, contato com o público e exigências do trabalho e as características sociodemográficas: idade, cor/raça, estado conjugal, sexo, escolaridade e renda familiar. O quadro 3 apresenta como foram agrupadas as variáveis exploradas.

Bloco	Variável	Questão	Agrupamento	
Variáveis relacionadas à saúde e estilo de vida	Condição de Saúde	<b>A1</b> 1 - Muito bom 2 - Bom 3 - Regular 4 - Ruim 5 - Muito ruim	0 - Bom (1, 2) 1 - Ruim (3, 4, 5)	
		<b>A2</b> 1 - Muito bom 2 - Bom 3 - Regular 4 - Ruim 5 - Muito ruim	0 - Bom (1, 2) 1 - Ruim (3, 4, 5)	
		<b>B1 a B9 (PHQ9)</b> Ausente - até 10 pontos Presente - ≥ 10 pontos	0 - Ausência de depressão 1 - Depressão	
	Estilo de vida	<b>E1 a E6 (IPAQ curto)</b> 0 - Sedentário 1 - Pouco Ativo B 2 - Pouco Ativo A 3 - Ativo 4 - Muito Ativo	0 - Ativo ou muito ativo (3, 4) 1 - Pouco ativo (1, 2) 2 - Sedentário (0)	
		<b>F1 a F10 (AUDIT)</b> 0 - Abstinência 1 - Consumo de risco 2 - Consumo prejudicial 3 - Dependência	0 - Abstinência (0) 1 - Consumo sem risco (1) 2 - Dependência (2, 3)	
		<b>F11</b> 1 - Sim 2 - Não, nunca fumei 3 - Não, fumei no passado, mas parei de fumar	0 - Não fuma (2, 3) 1 - Fuma (1)	
	Rede Social	Pessoas com as quais se sente à vontade para conversar.	<b>G1 e G2</b>	0 - 1 ou mais 1 - Nenhum
		Atividades em grupo	<b>G3 a G5</b>	0 - Sim 1 - Não
	Apoio Social	Apoio material, afetivo, emocional, de informação, interação social positiva	<b>G7 a G25</b> Baixo- ≤ 60 pontos Alto- > 60 pontos	0 - Alto Apoio 1 - Baixo Apoio

Variáveis ocupacionais	Número de empregos	<b>H2</b> 1 - Um 2 - Dois 3 - Três 4 - Mais de três	0 - Um emprego (1) 1 - Dois ou mais empregos (2, 3, 4)
	Carga horária semanal	<b>H4</b>	0- ≤40 horas 1- >40 horas
	Trabalho à noite	<b>H12</b> 1 - Sim 2 - Não	1 - Não 2 - Sim
	Modelo demanda-controle	<b>H13 a H23</b>	0 - Baixa Exigência 1 - Trabalho Ativo 2 - Trabalho Passivo 3 - Alta Exigência
	Apoio Social no Trabalho	<b>H24 a H29</b> Baixo- ≤17 pontos Alto- > 17 pontos	0 - Alto Apoio Social 1 - Baixo Apoio Social
	Absenteísmo por doença	<b>I6</b> 1 - De 100 a 365 dias 2 - De 25 a 99 dias 3 - De 10 a 24 dias 4 - Até 9 dias 5 - Nenhum	0 - Nenhuma falta (5) 1 - 1 ou mais faltas (1, 2, 3, 4)
	Contato com o Público	<b>J11</b> 1 - Direto 2 - Indireto 3 - Não tem contato 4 - Direto e indireto	0 - Indireto ou não tem contato (2, 3) 1 - Direto ou direto e indireto (1, 4)
	Exigências do trabalho	Física Mental Mista	0 - Exigência Mista 1 - Física 2 - Mental
Variáveis sociodemográficas	Idade (data de nascimento)	<b>K1</b>	0 - Até 34 anos 1 - De 35 a 49 anos 2 - 50 anos ou mais
	Cor ou raça (autoclassificada segundo IBGE)	<b>K3</b> 1 - Preta 2 - Parda 3 - Branca 4 - Amarela 5 - Indígena	0 - Branca 1 - Não-branca
	Estado conjugal	<b>K4</b> 1 - Casado(a) ou vive em união 2 - Separado(a) ou divorciado(a) 3 - Viúvo(a) 4 - Solteiro	0 - Casado(a) (1) 1 - Não casados(as) (2,3, 4)

	Sexo	<b>K5</b> 1 - Masculino 2 - Feminino	0 - Masculino (1) 1 - Feminino (2)
	Escolaridade	<b>K6</b> 1 - 1º grau incompleto 2 - 1º grau completo 3 - 2º grau incompleto 4 - 2º grau completo 5 - Universitário incompleto 6 - Universitário completo 7 - Pós- Graduação	0 - Universitário ou mais (5, 6, 7) 1 - Até ensino médio (2º grau) (1, 2, 3, 3)
	Renda familiar mensal (salários mínimos)	<b>K19</b> 1 - Até 1 2 - Entre 1 e 2 3 - Entre 2 e 3 4 - Entre 3 e 4 5 - Entre 4 e 5 6 - Entre 5 e 6 7 - Entre 6 e 7 8 - Entre 7 e 8 9 - Entre 8 e 9 10 - Entre 9 e 10 11 - 11- Mais de 10	0 - Mais de 10 (11) 1 - 5 a ≤ 10 (6, 7, 8, 9, 10) 2 - ≤ 5 (1, 2, 3, 4 5)

**Quadro 3: Variáveis independentes**

Fonte: A autora, 2013

## 5.6 ESTRATÉGIAS DE ANÁLISE DOS DADOS

Os dados foram armazenados em um banco no programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 20 e posteriormente procedeu-se a análise univariada, pelo próprio SPSS 20, e as análises bivariada e multivariada pelo programa Stata 11. A análise seguiu os seguintes passos:

Inicialmente foi realizada a análise descritiva, por meio de frequências absolutas e percentuais de todas as variáveis de estudo, com posterior confecção de tabelas, a fim de analisar os dados quanto à forma (simetria, assimetria), tendência central (média, mediana) e variabilidade (desvio-padrão, amplitude total), o que tornou possível traçar uma descrição da realidade da população de estudo.

A seguir, foi efetuada a análise bivariada, na qual foi possível a identificação das associações das variáveis independentes com a capacidade para o trabalho,



efetuada pelo cruzamento desta com cada uma das variáveis independentes, através de tabelas de contingência e teste qui-quadrado, sendo verificada, ainda, a razão de prevalências (RP) bruta. Neste momento, as variáveis que se associaram significativamente ao ICT, com valor de  $p \leq 0,20$ , foram selecionadas para entrar na regressão, além de serem mantidas as variáveis que mesmo não mantendo a associação significativa, apresentaram relevância para o desfecho observado.

Por fim, foi realizada a análise multivariada através da regressão de Poisson, a fim de verificar quais foram as variáveis mais importantes para explicar a perda da capacidade para o trabalho, com determinação da razão de prevalência ajustada, intervalos de confiança de 95% e valores de  $p$ .

## 5.7 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA

Quando um pesquisador vai realizar um estudo com seres humanos, ele precisa ter conhecimento dos requisitos mínimos para que a mesma esteja dentro dos padrões ético-morais e sempre levar em consideração que a pesquisa com seres humanos, deve ser realizada com o principal objetivo de trazer benefícios aos pesquisados, visando restabelecer sua saúde ou diminuir seu sofrimento (SCHNAIDER, 2008).

Por isso, tendo em vista a importância de satisfazer às exigências éticas e científicas fundamentais para a realização de pesquisas com seres humanos, a pesquisa “Trabalhadores Técnico-Administrativos em Educação: Condições de Trabalho e de Vida” foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos da Universidade Federal de Juiz de Fora, conforme é estabelecido na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012), que define as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. A pesquisa foi aprovada com o parecer número 224/2010 (Anexo E).

Após aprovação do comitê de ética da universidade e antes de realizar o estudo-piloto, foi solicitada a autorização de cada diretor ou chefe da unidade responsável pelos funcionários do local (Anexo C).

Ao iniciar a pesquisa, no momento da abordagem para a entrega do questionário aos trabalhadores, eles foram informados sobre o objetivo da pesquisa

e sobre o fato de que sua participação era livre, voluntária e que a recusa em participar do estudo não implicaria qualquer ônus para eles.

Àqueles que aceitaram participar espontaneamente, foi entregue, para assinatura prévia, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Anexo B) onde constava a aceitação do indivíduo em participar da pesquisa, o compromisso da equipe que coletou os dados de não utilizar os resultados individuais para qualquer finalidade, o sigilo quanto à identidade do participante, entre outros esclarecimentos.

Além disso, os membros da equipe de coleta e os digitadores dos dados assinaram um Termo de Sigilo e Confidencialidade (Anexo D), no qual se comprometeram a não divulgar qualquer informação contida nos questionários. É importante ressaltar, que, em nenhum momento, o questionário foi identificado com o nome do participante, sendo o mesmo identificado apenas por uma senha numérica. E assim que os dados foram lançados no banco de dados, os questionários foram devolvidos e ficaram sob os cuidados da professora/pesquisadora responsável pelo estudo.

## 6 RESULTADOS

### 6.1 CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO DE ESTUDO

#### 6.1.1 Características sociodemográficas, hábitos de vida e condições de saúde

Os dados sóciosdemográficos estão apresentados na tabela 1 e pode-se observar que, na amostra estudada, houve distribuição proporcional entre homens e mulheres, mas ainda assim o sexo masculino prevaleceu, com o total de 309 indivíduos (51,8%). A idade variou de 21 a 68 anos, sendo a média 45,1 anos ( $DP \pm 11,0$ ) e a faixa etária predominante foi a de 50 anos ou mais (45,0%).

A maioria são casados ou vivem em união estável (62,2%), classificaram-se na cor/raça branca (68,1%) e tem renda familiar mensal de 5 a 10 salários mínimos (49,1%). A escolaridade variou de ensino fundamental incompleto à Pós-Graduação, sendo que mais da metade (57,2%) dos participantes possuía Pós-Graduação.

As características relacionadas aos hábitos de vida e condições de saúde dos trabalhadores estudados estão apresentadas na tabela 2 e quando perguntados sobre “como consideravam seu próprio estado de saúde em comparação com pessoas da mesma idade”, a maioria respondeu “bom” (52,2%) e quando perguntados sobre a autopercepção do estado de saúde bucal (dentes e gengiva) a resposta predominante também foi “bom” (51,4%).

Os dados referentes a sinais e sintomas de depressão mostraram que, dos 600 trabalhadores estudados, 514 (89,5%) não possuíam os sinais e sintomas característicos da doença. Ao realizar a classificação do nível de atividade física, a maioria (33,3%) foi classificada como ativa, ou seja, realizava atividade física vigorosa no mínimo três dias na semana, por no mínimo vinte minutos, atividade moderada e caminhada ou as três atividades somadas no mínimo cinco dias por semana.

**Tabela 1: Frequência das características sociodemográficas dos Técnico-Administrativos em Educação da Universidade Federal de Juiz de Fora – Juiz de Fora – 2013 (N=600)**

<b>Variável</b>	<b>Categoria</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Idade</b>	Até 34 anos	142	24,7
	De 35 a 49 anos	174	30,3
	50 anos ou mais	258	45,0
<b>Cor ou raça (autoclassificada segundo IBGE)</b>	Preta	60	10,1
	Parda	125	21,1
	Branca	403	68,1
	Amarela	3	0,5
	Indígena	1	0,2
<b>Estado conjugal</b>	Casado(a) ou vive em união	369	62,2
	Separado(a) ou divorciado(a)	60	10,1
	Viúvo(a)	13	2,2
	Solteiro(a) (nunca casou ou viveu em união)	151	25,5
<b>Sexo</b>	Feminino	287	48,2
	Masculino	309	51,8
<b>Escolaridade</b>	Ensino Fundamental Incompleto	21	3,5
	Ensino Fundamental completo	7	1,2
	Ensino Médio Incompleto	7	1,2
	Ensino Médio completo	86	14,5
	Universitário Incompleto	54	9,1
	Universitário completo	79	13,3
	Pós-Graduação	340	57,2
<b>Renda Familiar Mensal</b>	≤ 5 salários mínimos	173	29,7
	5 a ≤ 10 salários mínimos	286	49,1
	Mais de 10 salários	123	21,1
<b>Total</b>		<b>600</b>	<b>100%</b>

Diferenças nos n totais devem-se a perdas de informação para algumas variáveis. Dados não informados inferiores a 5%.

Fonte: A autora, 2013

Os hábitos de vida referentes ao tabagismo mostraram que a maioria não fumava e nunca havia fumado (64,1%) e em relação à dependência de álcool, de acordo com a classificação realizada, a categoria predominante foi abstinência ou consumo sem risco (81,5%), seguida por consumo de risco (16,6%), consumo

prejudicial ou mesmo dependência (1,2%) e dependência (0,7%) que correspondeu a quatro indivíduos.

**Tabela 2: Frequência das características individuais dos Técnico-Administrativos em Educação da Universidade Federal de Juiz de Fora – Juiz de Fora – 2013 (N=600)**

<b>Variáveis</b>	<b>Categoria</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Autoavaliação do estado de saúde geral</b>	Muito Bom	211	35,2
	Bom	313	52,2
	Regular	69	11,5
	Ruim	7	1,2
<b>Autoavaliação do estado de saúde bucal</b>	Muito Bom	139	23,5
	Bom	304	51,4
	Regular	112	19,0
	Ruim	32	5,4
<b>Número de doenças diagnosticadas por médico</b>	Muito Ruim	4	0,7
	5 ou mais doenças	80	13,3
	4 doenças	34	5,7
	3 doenças	43	7,2
	2 doenças	95	15,8
<b>Doenças diagnosticadas por médico</b>	1 doenças	138	23,0
	Nenhuma doença	210	35,0
	Doença musculoesquelética	193	32,2
	Doença cardiovascular	141	23,5
<b>Sinais e sintomas de depressão</b>	Doença neurológica	121	20,2
	Presente	60	10,5
<b>Nível de Atividade Física</b>	Ausente	514	89,5
	Sedentário	74	12,5
	Insuficientemente Ativo B	93	15,7
	Insuficientemente Ativo A	98	16,6
	Ativo	197	33,3
<b>Dependência de Álcool</b>	Muito Ativo	130	22,0
	Abstinência ou consumo sem risco	480	81,5
	Consumo de risco	98	16,6
	Consumo prejudicial ou mesmo dependência	7	1,2
	Dependência	4	0,7

	Fuma	64	10,9
<b>Tabagismo</b>	Não fuma (nunca fumou)	375	64,1
	Não fuma (fumou, mas parou)	146	25
<b>Parentes com quem se sente à vontade para falar sobre tudo ou quase tudo (Rede Social)</b>	Nenhum	98	16,3
	Um ou mais parentes	502	83,7
<b>Amigos com quem se sente à vontade para falar sobre tudo ou quase tudo (Rede Social)</b>	Nenhum	135	22,5
	Um ou mais amigos	465	77,5
<b>Participação em atividades esportivas em grupo ou atividades Artísticas (Rede Social)</b>	Não	406	68,5
	Sim	187	31,5
<b>Participação em reuniões de associações de moradores ou funcionários (Rede Social)</b>	Não	320	54,3
	Sim	269	45,7
<b>Participação em trabalho voluntário não remunerado (Rede Social)</b>	Não	463	78,5
	Sim	127	21,5
<b>Comparecer a atividades da religião (Rede Social)</b>	Não	112	18,8
	Sim	483	82,2
<b>Apoio Social</b>	Baixo Apoio Social	85	14,9
	Alto Apoio Social	487	85,1
<b>Total</b>		<b>600</b>	<b>100%</b>

Diferenças nos n totais devem-se a perdas de informação para algumas variáveis. Dados não informados inferiores a 5%.

Fonte: A autora, 2013

Em relação à rede social, quando foram realizadas perguntas sobre os aspectos da vida com a família, amigos e atividades em grupo, a maioria dos trabalhadores (83,7%) afirmaram ter um ou mais parentes e 465 (77,5%) afirmaram ter um ou mais amigos com quem se sentem à vontade para falar sobre tudo ou quase tudo. Sendo assim, ao classificar o apoio social destes indivíduos, a maioria (85,1%) possuía alto apoio social. No que diz respeito às atividades em grupo, a maior parte dos trabalhadores afirmou ter comparecido a cultos e atividades de sua religião ou outra religião. Mas, em contrapartida, negaram ter participado de outras atividades em grupo no último ano, sendo que 406 trabalhadores (68,5%) negaram ter participado de atividades esportivas como futebol, vôlei, basquete ou atividades artísticas, 320 trabalhadores (54,3%) relataram não ter participado de reuniões de associações de moradores ou funcionários, sindicatos e partidos e 463 (78,5%) relataram não ter participado de trabalho voluntário não remunerado em organizações não governamentais, de caridade e outras no último ano.

Quando indagados sobre o número de doenças diagnosticadas por médico, 210 (35%) trabalhadores relataram não ter nenhuma doença, seguido por 138 (23%) com uma doença, 95 (15,8%) com duas doenças, 80 (13,3%) com cinco ou mais doenças, 43 (7,2%) com três doenças e 34 (5,7%) com quatro doenças.

As três doenças mais comuns foram as musculoesqueléticas (32,2%), doenças cardiovasculares (23,5%) e doenças neurológicas ou transtornos mentais (20,2%). Entre as doenças musculoesqueléticas as mais comuns foram lesão nas costas, braços e mãos (21,1%); entre as cardiovasculares, foi a hipertensão arterial (21,5%) e entre as doenças neurológicas ou transtornos mentais, foram mais prevalentes a depressão leve, tensão, ansiedade e insônia (11,7%).

### **6.1.2 Características relacionadas ao trabalho**

Dados referentes ao trabalho estão apresentados na tabela 3 e, analisando o número de empregos da população de estudo, a maioria (83,9%) possui apenas um emprego, trabalha 40 horas semanais ou menos (78,6%) e não trabalha à noite ou em turnos alternantes (80,9%).

O contato com o público da maioria dos trabalhadores é direto (58,9%), as exigências do trabalho são predominantemente mentais (66,4%) e 390 trabalhadores (65,8%) relataram não ter faltado um dia inteiro ao trabalho por problemas de saúde, consulta médica ou para realizar exame durante o último ano.

Com relação à demanda, ao controle e ao apoio social no trabalho, 427 (73,6%) apresentaram baixa demanda, 329 (56,1%) baixo controle e a maioria dos trabalhadores, 445 (76,3%), apresentaram alto apoio social no trabalho. Ao combinar demanda e controle no trabalho, 240 indivíduos (41,6%) apresentaram trabalho passivo (baixa demanda/baixo controle), 184 (31,9%) baixa exigência do trabalho (baixa demanda/alto controle), 84 (14,6%) alta exigência do trabalho (alta demanda/baixo controle) e 69 indivíduos (12%) apresentaram trabalho ativo (alta demanda/baixo controle).

**Tabela 3: Frequência das características do trabalho dos Técnico-Administrativos em Educação da Universidade Federal de Juiz de Fora - Juiz de Fora - 2013 (N=600)**

<b>Variáveis</b>	<b>Categoria</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Número de empregos</b>	Um emprego	500	83,9
	Dois empregos	84	14,1
	Três empregos	9	1,5
	Mais de três empregos	3	0,5
<b>Carga horária semanal</b>	> 40 horas	125	21,4
	≤ 40 horas	459	78,6
<b>Trabalho à noite</b>	Sim	113	19,1
	Não	479	80,9
<b>Demanda no Trabalho</b>	Baixa Demanda	427	73,6
	Alta Demanda	153	25,5
<b>Controle no Trabalho</b>	Baixo Controle	329	56,1
	Alto Controle	257	43,9
<b>Apoio social no Trabalho</b>	Baixo Apoio social	138	23,7
	Alto apoio social	445	76,3
<b>Modelo demanda- controle</b>	Alta exigência do Trabalho	84	14,6
	Trabalho Passivo	240	41,6
	Trabalho Ativo	69	12
	Baixa Exigência do Trabalho	184	31,9
<b>Absenteísmo por doença</b>	De 100 a 365 dias	4	0,7
	De 25 a 99 dias	20	3,4
	De 10 a 24 dias	26	4,4
	Até 9 dias	153	25,8
	Nenhum dia	390	65,8
<b>Contato com o Público</b>	Direto	350	58,9
	Indireto	74	12,5
	Não tem contato	38	6,4
	Direto e Indireto	132	22,2
<b>Exigências do Trabalho</b>	Predominantemente Física	65	10,9
	Predominantemente Mental	397	66,4
	Exigência Mista	136	22,7
<b>Total</b>		<b>600</b>	<b>100%</b>

Diferenças nos n totais devem- se a perdas de informação para algumas variáveis. Dados não informados inferiores a 5%.

Fonte: A autora, 2013



### 6.1.3 Características relacionadas ao Índice de Capacidade para o Trabalho

Na tabela 4 são apresentados os resultados referentes à capacidade para o trabalho e dimensões. Em relação ao ICT, a maioria apresentou boa capacidade para o trabalho (43,9%), seguida de ótima (42,2%), moderada (12%) e baixa (1,9%). A média do valor do ICT entre os pesquisados foi de 41,6 pontos ( $DP \pm 5,1$ ), sendo a pontuação mínima 22 e a máxima, 49 pontos.

A média da capacidade atual para o trabalho foi 8,5 ( $DP \pm 1,3$ ), sendo o mínimo 3,0 e o máximo 10 (a pontuação do instrumento é de zero a dez pontos). Considerando sua capacidade atual para o trabalho em relação às exigências físicas, 263 trabalhadores (44,1%) a avaliaram como muito boa e em relação às exigências mentais, 286 (47,9%) a avaliaram como boa. Quanto ao impedimento para realizar o trabalho atual devido à lesão ou doença, 362 trabalhadores (61,1%) responderam que não há impedimento ou não possuem doenças. Considerando sua saúde, 512 trabalhadores (86,5%) consideraram bastante provável que daqui a dois anos serão capazes de realizar seu trabalho atual.

Quanto aos recursos mentais, 261 trabalhadores (43,9%) relataram que sempre tem conseguido apreciar suas atividades diárias no trabalho, 312 (52,4%) relataram que sempre tem se sentido ativos e alertas no trabalho e 245 (41,2%) disseram sempre sentir-se cheios de esperança para o futuro.

**Tabela 4: Capacidade para o Trabalho dos Técnico-Administrativos em Educação da Universidade Federal de Juiz de Fora - Juiz de Fora - 2013 (N=600)**

Variável	Categoria	N	%
<b>Capacidade para o Trabalho</b>	Baixa	11	1,9
	Moderada	71	12,0
	Boa	259	43,9
	Ótima	249	42,2
	Muito boa	263	44,1
<b>Capacidade atual (exigências físicas)</b>	Boa	222	37,2
	Moderada	85	14,2
	Baixa	18	3,0
	Muito Baixa	9	1,5

	Muito boa	265	44,4
<b>Capacidade atual (exigências mentais)</b>	Boa	286	47,9
	Moderada	38	6,4
	Baixa	8	1,3
	Não há impedimento ou doença	362	61,1
<b>Impedimento para o trabalho</b>	Capaz, mas com sintomas	123	20,8
	Algumas vezes diminui o ritmo	91	15,4
	Frequentemente diminui ritmo	5	0,8
	Capaz em tempo parcial	8	1,4
<b>Autopercepção sobre a capacidade para o trabalho daqui a dois anos</b>	Totalmente incapacitado	3	0,5
	É provável	20	3,4
	Não está muito certo (a)	60	10,1
	Bastante provável	512	86,5
<b>Aprecia atividades diárias</b>	Sempre	261	43,9
	Quase sempre	188	31,6
	Às vezes	103	17,3
	Raramente/nunca	43	7,2
<b>Sentido ativo e alerta</b>	Sempre	312	52,4
	Quase sempre	222	37,3
	Às vezes	51	8,6
	Raramente/nunca	10	1,7
<b>Cheio de esperança para o futuro</b>	Sempre	245	41,2
	Quase sempre	144	24,2
	Às vezes	138	23,2
	Raramente/nunca	68	11,4
<b>Total</b>		<b>600</b>	<b>100%</b>

Diferenças nos n totais devem-se a perdas de informação para algumas variáveis. Dados não informados inferiores a 5%.

Fonte: A autora, 2013

## 6.2 ANÁLISE DOS FATORES ASSOCIADOS À CAPACIDADE PARA O TRABALHO

### 6.2.1 Características sociodemográficas

Os próximos resultados foram obtidos a partir das análises bivariadas, considerando como desfecho a capacidade para o trabalho reduzida e considerando como valor de  $p$  estatisticamente significativo, aquele menor ou igual a 0,20.

As variáveis sociodemográficas segundo o ICT estão apresentadas na tabela 5. Idade (até 34 anos x 50 anos ou mais), cor/raça, sexo e escolaridade mostraram estar associados à capacidade baixa ou moderada, de forma estatisticamente significativa ( $p= 0,031$ ;  $p= 0,029$ ;  $p= 0,001$  e  $p= 0,000$ , respectivamente), ao passo que estado conjugal e renda não apresentaram significância estatística nas associações ( $p= 0,362$  e  $p= 0,355$  e  $0,916$ , respectivamente).

Em relação às variáveis sociodemográficas, pode-se dizer que a prevalência de capacidade para o trabalho baixa ou moderada é maior entre os indivíduos com idade igual ou superior a 50 anos (RP= 2,02; IC95% 1,07-3,82), da cor/raça não-branca (RP= 1,63; IC95% 1,05-2,53) e do sexo feminino (OR= 2,19; IC95% 1,38-3,47). Para aqueles com nível de escolaridade inferior, como é o caso dos que tem até o ensino médio, a razão de prevalência foi de 2,24 (RP= 2,24; IC95% 1,43-3,51) quando comparado aos que tem o nível universitário ou pós-graduação.

Das características sociodemográficas, idade, sexo, escolaridade e cor/raça foram selecionadas para a análise múltipla.

**Tabela 5: Prevalência de ICT reduzido e razão de prevalência segundo características sociodemográficas dos Técnico-Administrativos em Educação da Universidade Federal de Juiz de Fora - Juiz de Fora - 2013 (N=600)**

Variáveis	Total	ICT reduzido	RP	IC 95%	Valor de p
	N (%)	N (p/%)			
<b>Idade</b>					
Até 34 anos	142 (24,7)	12 (8,5)	1		
De 35 a 49 anos	174 (30,3)	20 (11,5)	<b>1,36</b>	<b>0,66-2,78</b>	<b>0,400</b>
50 anos ou mais	258 (45,0)	44 (17,1)	<b>2,02</b>	<b>1,07-3,82</b>	<b>0,031</b>
<b>Cor ou raça (segundo IBGE)</b>					
Branca	399 (68,2)	46 (11,5)	1		
Não Branca	186 (31,8)	35 (18,8)	<b>1,63</b>	<b>1,05-2,53</b>	<b>0,029</b>
<b>Estado conjugal</b>					
Casados	365 (62,2)	55 (15,1)	1		
Não casados	222 (37,8)	27 (12,2)	0,81	0,51-1,28	0,362
<b>Sexo</b>					
Masculino	305 (51,8)	27 (8,9)	1		
Feminino	284 (48,2)	55 (19,4)	<b>2,19</b>	<b>1,38-3,47</b>	<b>0,001</b>
<b>Escolaridade</b>					
Universitário ou mais	466 (79,5)	52 (11,2)	1		
Até ensino médio	120 (20,5)	30 (25,0)	<b>2,24</b>	<b>1,43-3,51</b>	<b>0,000</b>
<b>Renda Familiar Mensal</b>					
Mais de 10 salários	123 (21,4)	15 (12,2)	1		
5 a ≤ 10 salários mínimos	280 (48,9)	45 (16,1)	1,32	0,73-2,36	0,355
≤ 5 salários mínimos	170 (29,7)	20 (11,8)	0,96	0,49-1,88	0,916

Diferenças nos n totais devem-se a perdas de informação para algumas variáveis. Dados não informados inferiores a 6%.

Fonte: A autora, 2013

### 6.2.2 Características das condições de saúde e hábitos de vida

Na tabela 6, observa-se que houve associação estatística significativa do ICT com as variáveis autoavaliação do estado de saúde geral ( $p=0,000$ ), autoavaliação do estado de saúde bucal (dentes e gengiva) ( $p=0,048$ ), sinais e sintomas de depressão ( $p=0,000$ ), nível de atividade física (ativo ou muito ativo x sedentário,  $p=0,005$ ), dependência de álcool (consumo sem risco x dependência,  $p=0,008$ ), apoio social ( $p=0,001$ ) e rede social relacionada a parentes ( $p=0,000$ ), amigos ( $p=0,067$ ), participação em atividades esportivas em grupo ou atividades artísticas ( $p=0,032$ ) e

participação em reuniões ( $p=0,156$ ). As demais variáveis não apresentaram associação estatisticamente significativa com o ICT.

Nota-se que os trabalhadores que realizaram uma autoavaliação de seu estado de saúde geral ruim, em relação aos indivíduos da mesma idade, tiveram prevalências maiores de ICT baixo ou moderado, quando comparado aos que avaliaram seu estado de saúde como sendo bom (RP= 3,61; IC 95% 2,29-5,71). De forma semelhante, a prevalência foi maior para aqueles que avaliaram seu estado de saúde bucal como sendo ruim, comparado aos indivíduos que a classificaram como boa (RP= 1,59 IC 95% 1,00-2,51).

Para os indivíduos com sinais e sintomas de depressão, a prevalência de capacidade para o trabalho reduzida foi maior quando comparados a indivíduos sem estes sinais e sintomas (RP= 5,11; IC95% 3,21-8,14). Quanto ao nível de atividade física (ativos ou muito ativos x sedentários), foram verificadas diferenças entre os que não realizavam nenhuma atividade e aqueles que realizavam atividades, sendo a prevalência de capacidade para o trabalho baixa ou moderada maior para um indivíduo sedentário que para indivíduos ativos ou muito ativos (RP= 2,22; IC 95% 1,23-3,86).

No que diz respeito à dependência de álcool (consumo sem risco x dependência), quando comparados indivíduos classificados com dependência àqueles em consumo sem risco ou abstinência, a razão de prevalência foi de 3,46 (RP= 3,46; IC 95% 1,39-8,61).

Quanto à rede e apoio social, pôde-se observar que não ter nenhum parente com quem se sente à vontade para falar sobre tudo ou quase tudo, levou a uma maior prevalência de capacidade para o trabalho baixa ou moderada (RP= 2,42; IC 95% 1,52-3,85). De forma semelhante, nos trabalhadores que não possuíam nenhum amigo para falar sobre tudo ou quase tudo, a prevalência de ICT reduzido foi maior, quando comparado aos que tem um ou mais amigos (RP= 1,55; IC 95% 0,97-2,48). Em relação à participação em atividades esportivas ou artísticas em grupo, aqueles que relataram não ter participado destas atividades nos últimos doze meses, apresentaram prevalência maior de ICT reduzido, comparando com os que relataram ter participado desses tipos de atividades (RP= 1,71; IC 95% 1,00-2,93). De forma semelhante, a prevalência de ICT reduzido foi maior entre os que relataram não ter participado de reuniões nos últimos doze meses, comparados aos que relataram ter participado dessas atividades (RP= 1,39; IC 95% 0,88-2,18).

Finalmente, no que diz respeito ao apoio social pode-se dizer que a prevalência de ICT reduzido é maior entre os trabalhadores que possuem baixo apoio social (RP= 2,34; IC95% 1,43-3,85).

Das características relacionadas às condições de saúde e hábitos de vida, foram selecionados para a análise multivariada a autoavaliação do estado de saúde geral, autoavaliação do estado de saúde bucal (dentes e gengiva), sinais e sintomas de depressão, nível de atividade física, dependência de álcool, apoio social e rede social relacionada a parentes, amigos, participação em atividades esportivas em grupo ou atividades artísticas e participação em reuniões.

**Tabela 6: Prevalência de ICT reduzido e razão de prevalência segundo condições de saúde e hábitos de vida dos Técnico-Administrativos em Educação da Universidade Federal de Juiz de Fora - Juiz de Fora - 2013 (N=600)**

Variáveis	Total	ICT Reduzido	RP	IC 95%	Valor de p
	N (%)	N (p/%)			
<b>Autoavaliação do estado de saúde geral</b>					
Bom	516 (87,5)	54 (10,5)	1		
Ruim	74 (12,5)	28 (37,8)	<b>3,61</b>	<b>2,29-5,71</b>	<b>0,000</b>
<b>Autoavaliação do estado de saúde bucal</b>					
Bom	436 (75,0)	53 (12,2)	1		
Ruim	145 (25,0)	28 (19,3)	<b>1,59</b>	<b>1,00-2,51</b>	<b>0,048</b>
<b>Sinais e sintomas de depressão</b>					
Ausente	508 (89,8)	48 (9,4)	1		
Presente	58 (10,2)	28 (48,3)	<b>5,11</b>	<b>3,21-8,14</b>	<b>0,000</b>
<b>Nível de Atividade Física</b>					
Ativo ou Muito Ativo	320 (54,8)	37 (11,6)	1		
Insuficientemente Ativo	190 (32,5)	25 (13,2)	1,14	0,69-1,89	0,618
Sedentário	74 (12,7)	19 (25,7)	<b>2,22</b>	<b>1,23-3,86</b>	<b>0,005</b>
<b>Dependência de Álcool</b>					
Consumo sem risco	472 (81,2)	62 (13,1)	1		
Consumo de risco	98 (16,9)	14 (14,3)	1,09	0,61-1,94	0,777
Dependência	11 (1,9)	5 (6,2)	<b>3,46</b>	<b>1,39-8,61</b>	<b>0,008</b>
<b>Tabagismo</b>					
Não fuma	513 (88,9)	68 (13,3)	1		
Fuma	64 (11,1)	11 (17,2)	0,77	0,41-1,46	0,424

<b>Rede Social (Parentes)</b>					
Um ou mais parentes	495 (83,9)	56 (11,3)	1		
Nenhum	95 (16,1)	26 (27,4)	<b>2,42</b>	<b>1,52-3,85</b>	<b>0,000</b>
<b>Rede Social (Amigos)</b>					
Um ou mais amigos	460 (78,0)	57 (12,4)	1		
Nenhum	130 (22,0)	25 (19,2)	<b>1,55</b>	<b>0,97-2,48</b>	<b>0,067</b>
<b>Rede soc. (Atividades esportivas)</b>					
Sim	185 (31,6)	17 (9,2)	1		
Não	400 (68,4)	63 (15,8)	<b>1,71</b>	<b>1,00-2,93</b>	<b>0,032</b>
<b>Rede Social (Reuniões)</b>					
Sim	264 (45,4)	30 (11,4)	1		
Não	317 (54,6)	50 (15,8)	1,39	0,88-2,18	<b>0,156</b>
<b>Rede Social (Trabalho voluntário)</b>					
Sim	127 (21,8)	15 (11,8)	1		
Não	456 (78,2)	66 (14,5)	1,23	0,70-2,15	0,477
<b>Rede Soc. (Atividades da religião)</b>					
Sim	478 (81,3)	69 (14,4)	1		
Não	110 (18,7)	12 (10,9)	0,76	0,41-1,39	0,371
<b>Apoio Social</b>					
Alto Apoio	480 (85,0)	53 (11,0)	1		
Baixo apoio	85 (15,0)	22 (25,9)	<b>2,34</b>	<b>1,43-3,85</b>	<b>0,001</b>

Diferenças nos n totais devem-se a perdas de informação para algumas variáveis. Dados não informados inferiores a 6%.

Fonte: A autora, 2013

### 6.2.3 Características relacionadas ao trabalho

Na tabela 7, estão apresentadas oito associações realizadas com o ICT, das quais cinco apresentaram significância estatística. Enquanto número de empregos ( $p= 0,827$ ), carga horária semanal ( $p= 0,834$ ) e trabalho sempre à noite ou em turnos alternantes ( $p= 0,471$ ) não obtiveram significância; apoio social no trabalho ( $p= 0,000$ ), modelo demanda-controle (trabalho com baixa exigência x trabalho passivo e trabalho com alta exigência,  $p= 0,10$  e  $p= 0,001$ , respectivamente), absenteísmo por doença ( $p= 0,000$ ), contato com o público ( $p= 0,024$ ) e exigências do trabalho

( $p=0,193$  e  $p= 0,000$ , respectivamente) apresentaram associação estatística significativa.

Em relação aos agentes estressores no trabalho, segundo o modelo demanda-controle, a prevalência de capacidade para o trabalho baixa ou moderada foi maior entre os que tinham um trabalho passivo (RP= 1,46; IC95% 0,83-2,59) e maior ainda entre os que possuíam alta exigência do trabalho, quando comparado aos que tinham baixa exigência (RP= 2,94; IC95% 1,60-5,42). Adicionalmente ao modelo, naqueles indivíduos com baixo apoio social no trabalho, a prevalência de capacidade para o trabalho baixa ou moderada foi maior, em relação aos que possuíam alto apoio social (RP= 2,88; IC 95% 1,86-4,45).

Quanto ao absenteísmo por doença, os trabalhadores que relataram ter faltado o trabalho um ou mais dias por motivo de doença, consulta ou exame, apresentaram maior prevalência de ICT reduzido quando comparado a indivíduos que não se ausentaram do trabalho nenhum dia (RP= 3,33; IC 95% 2,12-5,22).

Em relação ao contato com o público, pode-se observar que prevalência de capacidade para o trabalho reduzida foi maior entre os indivíduos que relataram ter contato direto ou ambos (direto e indireto) com o público, comparando-se com trabalhadores que não tinham contato com o público ou o tinha de maneira indireta, por telefone, e-mail e cartas (RP= 2,44; IC 95% 1,13-5,30).

Quanto às exigências do trabalho, pode-se dizer que a prevalência de baixa capacidade para o trabalho foi menor entre os indivíduos que possuíam trabalhos com exigências predominantemente físicas ou mentais (RP= 0,63; IC95% 0,31-1,26 e RP= 0,37; IC95% 0,23-0,58, respectivamente) quando comparado aos que possuíam trabalho com exigência mista. No entanto, o intervalo de confiança é mais consistente quando se compara indivíduos com trabalhos de exigências predominantemente mentais em relação àqueles com trabalhos de exigência mista.

Foram selecionadas para a análise múltipla as características relacionadas ao trabalho: modelo demanda-controle, apoio social no trabalho, absenteísmo por doença, contato com o público e exigências do trabalho.



**Tabela 7: Prevalência de ICT reduzido e razão de prevalência segundo características do trabalho dos Técnico-Administrativos em Educação da Universidade Federal de Juiz de Fora - Juiz de Fora - 2013 (N=600)**

Variáveis	Total	ICT Reduzido	RP	IC 95%	Valor de p
	N (%)	N (p/%)			
<b>Número de empregos</b>					
Um emprego	492 (83,8)	68 (13,8)	1		
Dois ou mais empregos	95 (16,2)	14 (14,7)	1,06	0,60-1,90	0,827
<b>Carga horária semanal</b>					
≤ 40 horas	453 (78,5)	62 (13,7)	1		
> 40 horas	124 (21,5)	16 (12,9)	0,94	0,54-1,63	0,834
<b>Trabalho à noite</b>					
Não	472 (80,7)	62 (13,1)	1		
Sim	113 (19,3)	18 (15,9)	0,98	0,92-1,04	0,471
<b>Apoio social no Trabalho</b>					
Alto apoio social	443 (76,5)	43 (9,7)	1		
Baixo Apoio social	136 (23,5)	38 (27,9)	<b>2,88</b>	<b>1,86-4,45</b>	<b>0,000</b>
<b>Modelo demanda- controle</b>					
Baixa Exigência do Trabalho	183 (32,1)	18 (9,8)	1		
Trabalho Ativo	69 (12,1)	5 (7,2)	0,74	0,27-1,98	0,546
Trabalho Passivo	236 (41,3)	34 (14,4)	1,46	0,83-2,59	<b>0,190</b>
Alta exigência do Trabalho	83 (14,5)	24 (28,9)	<b>2,94</b>	<b>1,60-5,42</b>	<b>0,001</b>
<b>Absenteísmo por doença</b>					
Nenhuma falta	388 (65,8)	30 (7,7)	1		
Uma ou mais faltas	202 (34,2)	52 (25,7)	<b>3,33</b>	<b>2,12-5,22</b>	<b>0,000</b>
<b>Contato com o Público</b>					
Indireto ou não tem contato	109 (18,6)	7 (6,4)	1		
Direto ou direto e indireto	478 (81,4)	75 (15,7)	<b>2,44</b>	<b>1,13-5,30</b>	<b>0,024</b>
<b>Exigências do Trabalho</b>					
Exigência Mista	136 (23,1)	35 (25,7)	1		
Predominantemente Física	62 (10,5)	10 (16,1)	0,63	0,31-1,26	<b>0,193</b>
Predominantemente Mental	392 (66,4)	37 (9,4)	<b>0,37</b>	<b>0,23-0,58</b>	<b>0,000</b>

Diferenças nos n totais devem-se a perdas de informação para algumas variáveis. Dados não informados inferiores a 6%.

Fonte: A autora, 2013

### 6.3 ANÁLISE MULTIVARIADA

Para a realização do modelo de regressão, foram inseridas as variáveis que compunham os aspectos sociodemográficos, condições de saúde, hábitos de vida e características relacionadas ao trabalho.

Na tabela 8 constam os resultados da análise multivariada, realizada através de Regressão de Poisson, entre as variáveis preditoras e o desfecho (capacidade para o trabalho baixa ou moderada), sendo idade e sexo as variáveis de controle. Após a regressão, as variáveis com maior significância estatística para o desfecho foram escolaridade, autoavaliação do estado de saúde geral, sinais e sintomas de depressão, nível de atividade física, apoio social no trabalho, absenteísmo por doença e exigências do trabalho.

Os resultados mostram que para as características sociodemográficas foram mantidas as relações com o desfecho ICT, sendo que os trabalhadores com idade superior a 50 anos, do sexo feminino e com escolaridade até o ensino médio apresentaram maiores prevalências de capacidade para o trabalho baixa ou moderada (RP= 2,49; IC95% 1,22-5,13, RP= 1,79; IC95% 0,95-2,89 e RP=2,04; IC95% 1,03-3,75, respectivamente).

Para as condições de saúde e hábitos de vida, a prevalência de ICT baixo ou moderado foi maior naqueles trabalhadores que autoavaliaram seu estado de saúde como sendo ruim e que apresentaram sinais e sintomas de depressão (RP= 2,34; IC95% 1,11-3,27 e RP= 4,52; IC95% 2,03-6,01, respectivamente).

O nível de atividade física também foi associado significativamente com o ICT, mantendo sua significância após a regressão. Os dados mostraram que quanto menor o nível de atividade física realizado, maior a prevalência incapacidade para o trabalho, ou seja, aqueles indivíduos sedentários e que não realizavam nenhuma atividade física por semana apresentaram maior prevalência de ICT baixo quando comparado a indivíduos ativos ou muito ativos, que realizavam atividades físicas moderadas, vigorosas e caminhadas pelo menos cinco dias na semana (RP= 2,90; IC95% 1,35-4,77).

**Tabela 8: Razão de prevalência bruta e ajustada segundo fatores associados ao ICT reduzido dos Técnico-Administrativos em Educação da Universidade Federal de Juiz de Fora - Juiz de Fora - 2013 (N=538)**

<b>Variáveis</b>	<b>OR Bruta</b>	<b>IC 95%</b>	<b>Valor de p</b>	<b>OR Ajust.</b>	<b>IC 95%</b>	<b>Valor de p</b>
<b>Idade</b>						
Até 34 anos	1			1		
De 35 a 49 anos	1,36	0,66-2,78	0,400	1,45	0,82-3,66	0,147
50 anos ou mais	<b>2,02</b>	<b>1,07-3,82</b>	<b>0,031</b>	<b>2,49</b>	<b>1,22-5,13</b>	<b>0,013</b>
<b>Sexo</b>						
Masculino	1			1		
Feminino	<b>2,19</b>	<b>1,38-3,47</b>	<b>0,001</b>	1,79	0,95-2,89	0,073
<b>Escolaridade</b>						
Universitário ou mais	1			1		
Até ensino médio	<b>2,24</b>	<b>1,43-3,51</b>	<b>0,000</b>	<b>2,04</b>	<b>1,03-3,75</b>	<b>0,041</b>
<b>Autoavaliação da saúde geral</b>						
Bom	1			1		
Ruim	<b>3,61</b>	<b>2,29-5,71</b>	<b>0,000</b>	<b>2,34</b>	<b>1,11-3,27</b>	<b>0,019</b>
<b>Sintomas de depressão (PHQ9)</b>						
Ausente	1			1		
Presente	<b>5,11</b>	<b>3,21-8,14</b>	<b>0,000</b>	<b>4,52</b>	<b>2,03-6,01</b>	<b>0,000</b>
<b>Nível de Atividade Física</b>						
Ativo ou Muito Ativo	1			1		
Insuficientemente Ativo	1,14	0,69-1,89	0,618	0,48	0,65-2,02	0,631
Sedentário	<b>2,22</b>	<b>1,23-3,86</b>	<b>0,005</b>	<b>2,90</b>	<b>1,35-4,77</b>	<b>0,004</b>
<b>Apoio social no Trabalho</b>						
Alto apoio social	1			1		
Baixo Apoio social	<b>2,88</b>	<b>1,86-4,45</b>	<b>0,000</b>	<b>3,97</b>	<b>1,66-4,45</b>	<b>0,000</b>
<b>Absenteísmo por doença</b>						
Nenhuma falta	1			1		
Uma ou mais faltas	<b>3,33</b>	<b>2,12-5,22</b>	<b>0,000</b>	<b>3,82</b>	<b>1,62-4,46</b>	<b>0,000</b>
<b>Exigências do Trabalho</b>						
Exigência Mista	1			1		
Predominantemente Física	0,63	0,31-1,26	<b>0,193</b>	0,65	0,27-1,57	0,338
Predominantemente Mental	<b>0,37</b>	<b>0,23-0,58</b>	<b>0,000</b>	<b>0,54</b>	<b>0,32-0,90</b>	<b>0,019</b>

Fonte: A autora, 2013

Outros fatores que apresentaram associação com o ICT, tanto na análise bivariada quando após a regressão foram o apoio social no trabalho, o absenteísmo por doença e as exigências do trabalho. Os trabalhadores que possuíam baixo apoio social no trabalho apresentaram maior prevalência de capacidade para o trabalho baixa ou moderada quando comparados aos que possuíam alto apoio social (RP= 3,97; IC95% 1,66-4,45). Aqueles que se ausentaram do trabalho um ou mais dias por motivo de doença, consulta ou exame, também tiveram maior prevalência de incapacidade para o trabalho, em relação aos que não faltaram nenhum dia (RP= 3,82; IC95% 1,62-4,46). No que diz respeito às exigências do trabalho, pode-se dizer que a prevalência de reduzida capacidade para o trabalho foi menor nos trabalhadores que possuíam atividades com exigências predominantemente mentais, em relação aos trabalhadores com exigência mista (física e mental) (RP= 0,54; IC95% 0,32-0,90).

## 7 DISCUSSÃO

A seguir, serão discutidos os resultados desta pesquisa com relação ao perfil da população de estudo e à análise dos fatores associados à capacidade para o trabalho.

### 7.1 PERFIL DA POPULAÇÃO DE ESTUDO E FATORES ASSOCIADOS À CAPACIDADE PARA O TRABALHO

A idade média dos participantes do estudo foi de 45,1 anos, variando da idade mínima 21 anos à máxima 68 anos. A faixa etária de 50 anos a 68 anos concentrou a maior parcela da população (45%), conforme no estudo de Andrade e Monteiro (2007), que abordaram o envelhecimento e a capacidade para o trabalho dos trabalhadores de higiene e limpeza hospitalar e obtiveram 47,8% da população de estudo com 50 anos ou mais. Padula e colaboradores (2013) estimam que o segmento de trabalhadores com idade igual ou superior a 50 anos é o que mais vai crescer nas próximas décadas.

Raffone e Hennington (2005) discutem o fato de que à medida que a idade avança, aumenta a tendência de diminuição da capacidade para o trabalho, situação que ocorreu na população deste estudo, na qual a prevalência de capacidade para o trabalho baixa ou moderada foi aumentando à medida que foram aumentando as faixas etárias, tendo prevalência de 8,5% nos que possuíam de 21 a 34 anos, 11,5% nos que possuíam entre 35 e 49 anos e 17,1% nos indivíduos de 50 a 68 anos.

Na análise bivariada, os trabalhadores que tinham 50 anos ou mais e os que tinham de 35 a 49 anos apresentaram maior probabilidade de apresentar capacidade para o trabalho baixa, em relação aos com 34 anos ou menos. Na análise multivariada, os trabalhadores com idade mais avançada, acima de 50 anos, foram os que tiveram maior probabilidade de apresentar perda de capacidade para o trabalho. Walsh e colaboradores (2004) explicam que o fato do indivíduo possuir doenças pré-existentes, pode determinar maior efeito negativo sobre a capacidade

para o trabalho do que a idade. Marqueze e Moreno (2009) discutem ainda que o envelhecimento funcional não está necessariamente relacionado ao envelhecimento cronológico e que ele depende, além das condições de vida e de trabalho, das características individuais e do estilo de vida adotado.

Quanto ao sexo, houve uma distribuição proporcional de homens e mulheres entre os trabalhadores e, embora a diferença tenha sido pequena entre os gêneros (51,8% e 48,2%, respectivamente), houve uma presença maior dos homens, semelhante aos estudos de Steenbeek e colaboradores (2011) e de El Fassi e colaboradores (2013), que tiveram prevalência de homens em sua população de estudo de 58,9% e 73,3%, respectivamente. Mas, mesmo com a predominância do sexo masculino, a participação das mulheres ainda foi expressiva, enfatizando o que é encontrado na literatura quanto ao aumento da participação das mulheres no mercado de trabalho (LEONE; BALTAR, 2006). Dados do estudo de Nogueira (2005) comprovam que a participação das mulheres no emprego do conjunto público, em todas as esferas do governo, excede a participação dos homens, tanto na população residente quanto na População Economicamente Ativa (PEA).

O resultado da análise multivariada mostrou que ser do sexo feminino aumenta a probabilidade de ter reduzida capacidade para o trabalho e este resultado é semelhante ao encontrado por Bellusci e Fischer (1999), que relataram um aumento de 2,2 vezes na chance de mulheres terem ICT baixo em relação aos homens. Uma possível explicação para essa relação negativa do sexo feminino com o ICT, citada em diversos estudos, é a questão da jornada dupla de trabalho na qual, embora as mulheres estejam se inserindo cada vez mais no mercado de trabalho, adquirindo autonomia e direitos iguais aos dos homens em vários aspectos, as tarefas de cuidar da casa, dos filhos e do marido não deixaram de ser responsabilidade da mulher e acabam impactando na saúde e na capacidade para o trabalho (MARQUEZE; MORENO, 2009; SILVA; ROTENBERG; FISCHER, 2011).

Hilleshein e colaboradores (2011) destacam que as demandas do ambiente doméstico, podem ocasionar jornadas de trabalho duplas e até mesmo triplas, que fazem as trabalhadoras exercerem papéis adicionais aos de sua profissão, como o de mãe e esposa. De acordo com os autores, essa situação pode levar a um gasto de energia e de tempo que poderiam ser convertidos em atividades físicas, de lazer ou sociais que promovem a saúde e a capacidade para o trabalho.

A cor/raça branca foi a de maior prevalência (68,2%) entre a população desta pesquisa, assim como em estudo realizado por Moura e colaboradores (2013), em que a prevalência foi de 61,6%. Nos dois trabalhos esta característica não esteve associada significativamente ao ICT, nem na análise bivariada nem na multivariada.

O estado conjugal, predominantemente casado ou vivendo em união estável, foi o mesmo que o encontrado por outros autores (RAFFONE; HENNINTON, 2005; KUJALA et al., 2006; ANDRADE; MONTEIRO, 2007; FIGUEIREDO, 2011; VON BONSDORFF et al., 2011; FERREIRA et al., 2012). Leigh (1991), Rael e colaboradores (1995) e Kujala e colaboradores (2006) encontraram em seus estudos, associação entre o estado conjugal e as taxas de absenteísmo por doença que, conseqüentemente exercem influência no ICT, ocorrendo maiores taxas de absenteísmo entre os indivíduos separados, divorciados ou viúvos, em relação a indivíduos casados ou vivendo em união estável.

Os resultados do estudo de Kujala e colaboradores (2006) fornecem uma contribuição importante neste sentido, uma vez que foi encontrada associação entre ICT e absenteísmo e, ele está ainda associado à situação conjugal, então há relação também entre a situação conjugal e o ICT. Entretanto, no presente estudo não foram encontradas associações estatisticamente significativas entre capacidade para o trabalho e estado conjugal em nenhuma das análises realizadas, semelhante ao estudo de Martinez e Latorre (2009), que também não obtiveram diferenças significativas entre o ICT e o estado conjugal, ao avaliar os fatores associados à capacidade para o trabalho de trabalhadores do Setor Elétrico.

Quanto à escolaridade, mais da metade da população do estudo (57,2%) possui pós-graduação, enquanto que apenas 0,5% da população geral brasileira possui este nível de escolaridade (IBGE, 2013). Essa diferença se justifica pelo forte incentivo da universidade aos seus servidores, quanto à disponibilização de oportunidades de capacitação e qualificação, de forma continuada, através do Programa de Capacitação e Aperfeiçoamento (PROCAP), elaborado em conformidade com o Plano de Desenvolvimento dos Integrantes da Carreira dos Cargos Técnico-Administrativos em Educação da UFJF (PDICCTAE-UFJF) (MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO, 2007).

Essa característica é semelhante aos resultados de Bellusci e Fischer (1999), que realizaram estudo com servidores públicos forenses e detectaram que 95,3% dos trabalhadores possuíam nível de escolaridade universitário ou mais. Hilleshein e

Lautert (2012), que estudaram capacidade para o trabalho, características sociodemográficas e laborais de enfermeiros de um hospital universitário, também encontraram maior prevalência de trabalhadores com pós-graduação (76,7%). Moura e colaboradores (2013) são outro exemplo de autores que encontraram resultados semelhantes aos do presente estudo. Ao realizar uma pesquisa sobre capacidade para o trabalho de funcionários da prefeitura de um campus universitário público obtiveram como prevalência predominante dos trabalhadores estudados, o nível de escolaridade universitário ou mais (57,7%).

Após análise multivariada, os resultados mostraram que o nível de escolaridade está fortemente associado à capacidade para o trabalho, sendo que ter apenas até o ensino médio aumenta a probabilidade do indivíduo desenvolver baixa capacidade para o trabalho. Esse dado não foi encontrado por Bellusci e Fischer (1999) e por Hilleshein e Lautert (2012), que não obtiveram associação significativa entre escolaridade e ICT. No entanto, corrobora os resultados de Moura e colaboradores (2013), que trazem contribuições importantes ao realizar uma discussão a cerca do fato que os níveis mais altos de escolaridade são facilitadores para ações de educação em saúde, de modo que estimulam o indivíduo na busca por hábitos de vida mais saudáveis, que contribuem com a melhora da capacidade para o trabalho.

Quanto à renda, o padrão diferenciado em relação à população geral não é exclusivo da população deste estudo, já tendo sido relatado por Fonseca e colaboradores (2006) ao estudarem o Índice de Massa Corporal em funcionários públicos de uma universidade do Rio de Janeiro. A maior parte da população geral possui renda igual ou inferior a cinco salários mínimos, ao passo que a maioria dos trabalhadores da população do presente estudo apresentou renda de cinco a dez salários mínimos (IBGE, 2010). Fonseca e colaboradores (2006) discutem que uma possível explicação para essa diferença, consiste no fato que a população de estudo, embora seja constituída por trabalhadores de profissões diferenciadas, pertence ao quadro de funcionários públicos de uma mesma universidade e as variações salariais são menores do que as encontradas na população geral, onde ainda estão incluídos os desempregados, os trabalhadores informais e os aposentados.

A este respeito ainda, é possível afirmar que uma vez que servidores públicos possuem um plano de carreira, em conformidade com a Lei 11.091 de 12 de janeiro



de 2005, no qual o servidor tem direito à Progressão por Capacitação Profissional, com o aumento do nível de escolaridade ocorre o aumento da renda destes trabalhadores (BRASIL, 2005). Conforme apresentado no estudo de Balassiano, Seabra e Lemos (2005), indivíduos com escolaridade, a partir do ensino médio, apresentam aumento significativo dos salários e, como a população de estudo, em sua maioria, possui pós-graduação, é justificada a renda mais elevada.

A variável renda não se associou significativamente ao ICT, nem na análise bivariada nem na multivariada, possivelmente porque as porcentagens de baixo ICT nas três categorias de renda foram extremamente semelhantes e não mostraram diferenças relevantes.

Nos aspectos relativos às condições de saúde e hábitos de vida, estudos mostram que as condições de saúde são fundamentais no que diz respeito à qualidade de vida e à capacidade para o trabalho dos indivíduos (SANTOS; MARQUES, 2013) e a autoavaliação da saúde é um dos indicadores mais amplamente utilizados na área da Saúde Pública, obtido por medidas de percepção individual da própria saúde (MENDONÇA; SZWARCOWALD; DAMACENA, 2012).

A autoavaliação do estado de saúde geral e bucal realizada pelos trabalhadores foi predominantemente “boa” nos dois casos. Quase 90% dos indivíduos classificaram sua saúde geral, comparada a pessoas da mesma idade, como boa e 75% classificaram seu estado de saúde bucal como bom. Estudo realizado por Santos e Marques (2013) mostra que existe associação entre a percepção de saúde geral e o absenteísmo por doença e o nível de atividade física.

Os resultados que os autores encontraram em seu estudo, foram que o absenteísmo pelo menos uma vez no último ano contribuiu para uma autoavaliação de saúde ruim, ao passo que a realização de atividades físicas levou o indivíduo a uma autoavaliação boa de seu estado de saúde geral. Esses resultados mostram a forte inter-relação que existe entre essas diferentes características e a capacidade para o trabalho (SANTOS, MARQUES, 2013). Neste estudo, 54,8% dos trabalhadores foram classificados como ativos ou muito ativos nos níveis de atividade física e a maioria deles apresentou baixas taxas de absenteísmo, conseqüentemente, realizaram uma boa autoavaliação de seu estado de saúde e apresentaram boa capacidade para o trabalho.

Para a população estudada dos técnico-administrativos, a análise multivariada mostrou que os indivíduos que avaliaram seu estado de saúde geral como ruim,

tiveram maior probabilidade de ter baixo ICT, comparado àqueles com autoavaliação “boa”. Silva Junior e colaboradores (2011), ao estimarem a validade e confiabilidade do ICT em trabalhadores de enfermagem, encontraram correlação direta e significativa do ICT com a autoavaliação do estado de saúde e mostraram que aqueles com capacidade para o trabalho mais elevada, correspondiam aos que avaliaram positivamente seu estado de saúde geral.

A percepção do estado de saúde bucal e da necessidade de cuidado é muito utilizada para determinar a necessidade de assistência odontológica (CRUZ et al., 2001) e, embora existam muitas escalas disponíveis para avaliar o impacto da saúde bucal na qualidade de vida, medidas simples como a autoavaliação são muito utilizadas na saúde bucal, por serem fortes preditoras de comprometimento da função (LOCKER; GIBSON, 2005). Diante das limitações de tempo e recursos para pesquisa e da forte correlação que existe entre esses indicadores, a autoavaliação de saúde tem sido recomendada (LOCKER, 1998; SHIGLI; HEBBAL, 2010).

Em seu trabalho, realizado com uma amostra de indivíduos do Rio de Janeiro, Mendonça, Szwarcwald e Damacena (2012) encontraram associação significativa entre a frequência de visita odontológica e o relato de não apresentar perda de dentes, com a maior chance de autoavaliar a saúde bucal como boa. Essa associação pode ser uma possível explicação para a alta taxa de técnico-administrativos deste estudo que autoavaliaram positivamente seu estado de saúde bucal, uma vez que 64% dos trabalhadores relataram ter consultado o dentista pela última vez há menos de um ano e 91,9% relataram situação de dentição atual sem perdas de dentes.

Na análise bivariada, foi constatado um aumento da probabilidade de um indivíduo apresentar capacidade para o trabalho reduzida, tendo classificado seu estado de saúde bucal como ruim, em comparação ao que o classificou como bom. Mas, ao realizar a análise multivariada, essa variável não apresentou diferença significativa.

Quanto ao número de doenças, 210 técnico-administrativos (35%) não apresentaram nenhuma doença e dos 386 que possuíam uma ou mais enfermidades, a maioria (23%) apresentou apenas uma doença. Entre os que apresentaram doenças, as três mais prevalentes foram as musculoesqueléticas (60,7%), as cardiovasculares (26,5%) e as neurológicas ou transtornos mentais (25,2%). Esses dados são semelhantes aos do estudo de Hilleshein e Lautert

(2012), no qual as doenças que apareceram em primeiro lugar, como sendo as mais prevalentes, foram as musculoesqueléticas. Estes resultados foram semelhantes também, aos do estudo de Love e colaboradores (2012), que tiveram a maioria da população de estudo diagnosticada com transtornos mentais comuns e doenças musculoesqueléticas. Martinez e Latorre (2009) ressaltam que as doenças musculoesqueléticas podem estar relacionadas às exigências físicas do trabalho de campo, bem como ao uso do computador pelos trabalhadores da área administrativa. Essa situação é uma realidade da população deste estudo, uma vez que entre os técnico-administrativos existem trabalhadores que realizam trabalhos exclusivamente físicos e os que realizam trabalhos burocráticos e administrativos.

Em relação às doenças cardiovasculares e às neurológicas ou transtornos mentais, elas apresentaram prevalências similares às observadas por Raffone e Hennington (2005), em estudo realizado para avaliar a capacidade funcional dos trabalhadores de enfermagem, sendo que no estudo citado, a prevalência das doenças foi de 25% e 24%, respectivamente.

No estudo de Duran e Cocco (2004) o perfil das doenças diagnosticadas também foi semelhante, se ordenando da seguinte maneira: doenças do sistema musculoesquelético, doenças do sistema cardiovascular, doenças do sistema respiratório e doenças do sistema neurológico, sensoriais ou transtornos mentais. No estudo de Monteiro e colaboradores (2011), as prevalências encontradas foram diferentes, mas permaneceram entre as doenças mais prevalentes as musculoesqueléticas (19,5%), cardiovasculares (9,5%) e transtornos mentais leves (7,9%).

Entre as doenças neurológicas ou transtornos mentais, a que se apresentou mais marcante na população de estudo foi o distúrbio emocional leve, que inclui depressão leve, tensão, ansiedade e insônia. Dos 151 trabalhadores com doenças neurológicas ou transtornos mentais, 46,4% possuía esse distúrbio, o que representa 12% da população geral do estudo. Esta informação reforça os resultados encontrados, quando foi aplicado o questionário *Patient Health Questionnaire* (PHQ9) para verificar sinais e sintomas de depressão, os quais mostraram que 10,2% dos trabalhadores apresentaram estes sinais e sintomas.

Este resultado foi diferente do estudo de Salvetti e colaboradores (2012) que encontraram prevalência de 36,7% dos trabalhadores com sintomas de depressão, ao investigar a prevalência e os fatores associados à incapacidade em pacientes

com dor lombar crônica. Essa diferença entre os dois estudos, pode estar relacionada ao fato que a população do presente estudo é constituída por indivíduos que estão atuantes em seu ambiente de trabalho e, aparentemente, livres de dor, ao contrário da população do estudo citado, que foi constituída por indivíduos com dor lombar crônica há mais de seis meses, sendo que os estudos mostram que a presença da dor é associada a sintomas de depressão (CASTRO et al., 2011).

Contudo, os resultados da análise multivariada foram semelhantes nas duas investigações, uma vez que no presente estudo os trabalhadores que apresentaram sinais e sintomas de depressão tiveram maior probabilidade de capacidade para o trabalho reduzida e no estudo de Salvetti e colaboradores (2012), os autores relataram que os indivíduos com sintomas depressivos apresentaram chance 1,2 vezes maior de estarem incapacitados do que aqueles sem sintomas depressivos.

A frequência de transtornos mentais no mundo é bastante elevada, os sintomas de depressão e ansiedade são extremamente comuns na população adulta e os transtornos mentais comuns (TMC) estão entre as principais causas de incapacidade (COUTINHO; ALMEIDA; MARI, 1999; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2001; WANG; SIMON; KESSLER, 2003). De acordo com estimativas da Organização Mundial da Saúde, os transtornos mentais menores acometem cerca de 30% dos trabalhadores e os transtornos mentais graves, de 5 a 10% (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001).

Dados da Organização Mundial da Saúde mostram que a depressão grave era, em 2001, a principal causa de incapacidade e ocupava a quarta posição entre as dez principais causas de outras patologias, com projeções indicando que nos próximos 20 anos, a depressão passaria a ser a segunda das principais causas de doenças no mundo (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2001). Projeções mais recentes da OMS indicam que, em 2030, a depressão será o mal mais prevalente do planeta, à frente até mesmo do câncer e de algumas doenças infecciosas (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2009).

Estudos mostram que uma pessoa, ao possuir qualquer transtorno mental, tem 2,3 vezes mais probabilidade de desenvolver dependência de álcool quando comparada a indivíduos sem o transtorno. Dados da Organização Mundial da Saúde mostram que a prevalência de dependência de álcool durante a vida é de 14% na população geral e de 22% em indivíduos com algum transtorno mental (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2004).

Entre os técnico-administrativos em educação da UFJF com sinais e sintomas de depressão, a prevalência de dependência de álcool foi de 10,2% e a análise bivariada, mostrou que trabalhadores com dependência apresentaram mais probabilidade de ter capacidade para o trabalho reduzida em relação a indivíduos classificados em consumo sem risco. Na análise multivariada, essa característica não se manteve associada ao ICT, assim como no estudo de Fernandes e Monteiro (2006), que avaliaram a capacidade para o trabalho entre trabalhadores de um condomínio de empresas de alta tecnologia e não encontraram associação significativa entre consumo de bebidas alcoólicas e capacidade para o trabalho, mesmo tendo encontrado uma prevalência de 38% dos trabalhadores que relataram ingestão de bebidas alcoólicas.

Outro hábito de vida que já possui seus malefícios à saúde demonstrados há muitas décadas é o tabagismo (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2007; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2004). Além de estar associado a vários tipos de câncer, o tabaco também aumenta o risco de doenças cardiovasculares e respiratórias, inclusive para fumantes passivos (EZZATI; LOPEZ, 2003; CNATTINGIUS, 2004). Estima-se que, no Brasil, o tabagismo responda por 200 mil óbitos ao ano, mas conforme apresentado por Godoy (2010) o Brasil vive um momento especial no controle do tabagismo, principalmente no que diz respeito à diminuição considerável da prevalência entre os adultos residentes em áreas urbanas.

Os resultados do estudo de Malta e colaboradores (2010), sobre a prevalência do tabagismo em adultos, realizado através do Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL), mostraram que a frequência de fumantes na população adulta das 27 cidades estudadas foi de 16,1%. Em relação a esta variável, observou-se que a prevalência de fumantes entre os técnico-administrativos em educação da UFJF se aproximou da prevalência de tabagistas na população brasileira, no entanto permaneceu inferior, com 11,1% de prevalência de fumantes, o que corresponde a 64 trabalhadores. Nesta pesquisa, não foi encontrada associação significativa entre o tabagismo e o ICT, sendo o mesmo relatado no estudo de El Fassi e colaboradores (2013). Estes autores discutiram em seu estudo que, na literatura, a associação entre capacidade para o trabalho e o hábito de fumar dos trabalhadores foi relatado como significante em apenas um estudo, que foi o de Tuomi e

colaboradores (1991), sobre carga de trabalho e fatores individuais afetando a capacidade para o trabalho entre servidores municipais em processo de envelhecimento.

Ao contrário dos comprovados malefícios do tabagismo à saúde, existem evidências consistentes que mostram o efeito positivo das atividades físicas na prevenção, promoção e manutenção da saúde dos indivíduos e populações, reduzindo os riscos de doença coronariana, câncer, hipertensão, diabetes, obesidade, osteoporose e ainda auxiliando no controle do estresse (SCHNOHR; SCHARLING; JENSEN, 2003; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2004; HASKELL et al., 2007; REICHERT et al., 2007). Young e colaboradores (2005) mostram que o sedentarismo ou a inatividade física, junto com a dieta inadequada e o hábito de fumar, são fatores de risco associados ao estilo de vida que pressupõe um aumento significativo no risco de desenvolver e agravar diversas doenças, principalmente as crônico-degenerativas. Além disso, estudos mostram que os benefícios sobre a percepção de saúde e qualidade de vida são também associados aos indivíduos fisicamente ativos quando comparados aos sedentários (BROWN et al., 2003).

Nos últimos anos, as mudanças nas condições de vida e de trabalho levaram a uma diminuição do número de praticantes de atividade física regular e, somado a isso, a maioria das ocupações requer baixo gasto energético, o que acaba por estimular o sedentarismo (SAVIO et al., 2008). Os estudos de Hallal e colaboradores (2003) e Reichert e colaboradores (2007) mostram que no Brasil, cerca de 13% dos adultos praticam atividade física de lazer com alguma regularidade, com a prática dos homens sendo superior à das mulheres, em duração e frequência.

Ao classificar o nível de atividade física da população deste estudo, através do Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ curto), a situação se mostrou diferente do apresentado por estes autores, uma vez que mais da metade dos técnico-administrativos (54,8%) realizavam atividades físicas regulares, tendo sido classificados como ativos ou muito ativos, enquanto há apenas 13% dos adultos que praticam atividade física na população brasileira.

Além da diferença entre os resultados desta pesquisa e os da população geral, também houve diferenças nas prevalências encontradas por autores como Rafonne e Hennington (2005), que obtiveram a maioria da população estudada classificada como sedentária (62,3%). Mas os resultados foram semelhantes aos encontrados por Kujala e colaboradores (2006), que detectaram 39,6% dos

indivíduos classificados como ativos ou muito ativos e Von Bonsdorff e colaboradores (2011), que encontraram 53% dos indivíduos com realização de atividades físicas vigorosas.

Ao realizar a análise multivariada, foi encontrada diferença significativa entre os indivíduos sedentários e os ativos ou muito ativos, com probabilidades maiores dos primeiros terem a capacidade para o trabalho reduzida. Tais resultados são semelhantes aos encontrados por Tuomi e colaboradores (2001) e Rafonne e Hennington (2005), que obtiveram associação significativa em relação às atividades físicas. No entanto, foram diferentes dos resultados encontrados por Kujala e colaboradores (2006), Von Bonsdorff e colaboradores (2011) e Hilleshein e colaboradores (2011) nos quais o grupo que realizava atividade física não diferiu significativamente daquele que não realizava.

Com relação à rede e apoio social, foi constatado que 85% dos trabalhadores deste estudo possuem alto apoio social. Chor e colaboradores (2001) relatam que não há dúvida de que a saúde resulta de relações complexas entre diversos fatores biológicos, psicológicos e sociais. Cassel (1974) e Cobb (1976) sugerem que a ruptura dos laços sociais interfere no sistema de defesa do organismo, de forma que o indivíduo se torna mais suscetível a doenças. Seguindo essa ideia, depreende-se que os laços sociais exercem influência sobre a manutenção da saúde, favorecendo condutas adaptativas em situações de estresse e a manutenção da capacidade para o trabalho.

Diversos estudos, que investigaram a relação do apoio social com o risco de adoecer e morrer revelaram que dispor de uma rede social e receber ajuda das pessoas que pertencem a essa rede, beneficiam a saúde e o bem-estar (OXMAN et al., 1992, AVLUND, DAMSGAARD; HOLSTEIN, 1998; FRATIGLIONE et al., 2000). Resultados do estudo de Griep e colaboradores (2005) mostram que os indivíduos casados apresentam maior chance de perceber níveis mais altos de apoio social quando comparados aos não casados, talvez porque as pessoas casadas tenham em seu companheiro ou cônjuge a principal fonte de apoio.

Essa informação pode explicar a maior prevalência de indivíduos com alto apoio social, uma vez que 62,2% dos trabalhadores da população de estudo são casados. Mas Hilleshein e colaboradores (2011) lembram que, embora o apoio familiar seja importante para a preservação dos aspectos psicológicos do sujeito, o fato de viver com companheiro e, até mesmo, ter filhos influencia negativamente na

capacidade para o trabalho, devido aos afazeres domésticos e aos cuidados que as relações sociais demandam, acrescentando às exigências do trabalho, outras exigências físicas e mentais no lar. Ainda assim, há fortes evidências dos benefícios da rede e do apoio social na saúde dos indivíduos, mas essa característica não se manteve associada ao ICT após a análise multivariada e, na literatura que aborda capacidade para o trabalho, o apoio social não é frequentemente abordado.

Quanto ao apoio social no trabalho, este se refere à interação entre colegas e chefias na cooperação para a realização do trabalho e pode contribuir para a diminuição do desgaste sobre o trabalhador e dos riscos à saúde (JOHNSON; HALL, 1988; ALVES et al., 2004; GRIEP et al., 2011). No presente estudo, 443 (76,5%) trabalhadores possuíam alto apoio social no trabalho, resultado diferente do encontrado por Kujala e colaboradores (2006) e Bostrom e colaboradores (2012), que desenvolveram estudos com trabalhadores do norte da Finlândia e da capital Helsínquia, e com trabalhadores jovens na Suécia, respectivamente.

Na análise multivariada, o apoio social no trabalho manteve-se associado à capacidade para o trabalho e pôde-se constatar que os trabalhadores que não dispunham de apoio social no trabalho, apresentam probabilidades maiores de ter baixa capacidade, em comparação aos indivíduos com alto apoio social. Duran e Cocco (2004) ressaltam que a melhora da capacidade para o trabalho está fortemente associada à melhoria das relações com o supervisor e do processo organizacional no trabalho. Negeliskii e Lautert (2011) consideram, ainda, que o apoio social deve ser a base das relações de trabalho e uma estratégia de organização social nas instituições, pois dessa forma se obtém a redução e, até mesmo, a prevenção do estresse laboral. Ao se valorizar as relações e o ambiente de trabalho, são promovidos benefícios à saúde dos trabalhadores e à capacidade para o trabalho.

Outra característica do trabalho muito estudada, tanto a nível nacional quanto internacional, diz respeito às causas do estresse e seus efeitos sobre a saúde, sendo que neste estudo, para avaliar esta variável, foi utilizado o modelo demanda-controle no trabalho, proposto por Karasek e Theorell (1990). Nos técnico-administrativos da UFJF, a baixa demanda e o baixo controle foram predominantes, sendo que 73,5% dos indivíduos foram avaliados com baixa demanda e 55,9% com baixo controle no trabalho. Essa combinação resultou em trabalho passivo para a maioria da população do estudo (41,3%), que na avaliação do equilíbrio entre



demanda e controle, é a segunda combinação mais prejudicial à saúde, pois os trabalhadores não possuem muitos desafios a serem enfrentados e não tem controle sobre seu trabalho.

Essa situação pode levar os indivíduos à desmotivação, queda da capacidade de resolver problemas e dificuldade em progredir na profissão, tornando-se estagnados (KARASEK; THEORELL, 1990; GRIEP et al., 2011). Esse dado foi semelhante ao encontrado por Araújo e colaboradores (2003) e Kujala e colaboradores (2006), que obtiveram em seus estudos a maioria da população com trabalho passivo, 27,3% e 33%, respectivamente. No entanto, foi diferente dos resultados dos estudos de Silva, Rotenberg e Fischer (2011) e Bostrom e colaboradores (2012).

A análise bivariada indicou que o trabalho ativo não se associou significativamente ao ICT, quando comparado aos indivíduos que apresentavam baixa exigência do trabalho. Já os indivíduos com trabalho passivo e os que possuíam alta exigência no trabalho, apresentaram probabilidades maiores de desenvolver baixo ICT, quando comparados aos indivíduos com baixa exigência.

Ao realizar a análise multivariada, o modelo demanda- controle não se manteve associado significativamente ao ICT, mas embora esta variável não tenha se apresentado com forte relação para contribuir com o desfecho capacidade para o trabalho nesta investigação, estudos mostram que o tipo de trabalho ideal é o trabalho de baixa exigência, por possibilitar o relaxamento e menor chance de situações estressantes, pois o trabalhador possui alto controle sobre seu trabalho. No entanto, o trabalho ativo, apesar da alta exigência ao trabalhador, possibilita que ele tenha alto controle e poder de decisão no trabalho, tornando possível que desenvolva suas potencialidades. Além disso, o trabalho ativo traz efeitos benéficos ao trabalhador, uma vez que estimula o desenvolvimento, o aprendizado, a melhora da produtividade e capacidade para resolução de problemas (ALVES, 2004; GIANNINI, 2010).

Em seu estudo, Brostrom e colaboradores (2012) detectaram na análise multivariada, que a diminuição do controle e o aumento da influência negativa das demandas do trabalho na vida particular, mostraram ser os mais importantes fatores do trabalho associados à reduzida capacidade para o trabalho. Sendo assim, o aumento do controle no trabalho e a redução da influência das demandas dele na vida particular, foram associados à melhora da capacidade para o trabalho.

Em relação ao absenteísmo por doença, Ferreira e colaboradores (2012) mostram que, mesmo ajustado por variáveis de diferentes níveis, o tipo de vínculo constitui uma das características mais fortemente associadas a muitos dias de ausência no trabalho, sendo que os servidores públicos efetivos apresentam nível de absenteísmo três vezes maior do que os trabalhadores que não são efetivos, uma vez que estes têm maior probabilidade de serem demitidos após vários dias de ausência.

No presente estudo, 202 trabalhadores (66%) não faltaram nenhum dia ao trabalho nos últimos doze meses por problemas de saúde, consulta médica ou para fazer exames. Este resultado era esperado, uma vez que 68% da população do estudo não apresentaram doenças musculoesqueléticas, que são as principais responsáveis pela maior parte dos afastamentos do trabalho e pelos custos com pagamentos de indenizações, no Brasil e na maior parte dos países industrializados (WALSH et al., 2004).

A análise bivariada mostrou que se ausentar do trabalho um dia ou mais por motivo de doença, estava associado com a maior probabilidade do indivíduo apresentar reduzida capacidade para o trabalho. Após a análise multivariada, essa probabilidade se tornou maior, em relação aos trabalhadores que não se ausentaram nenhum dia do trabalho. O estudo de Kujala e colaboradores (2006) mostra que existe associação entre capacidade para o trabalho e absenteísmo por doença, sendo que indivíduos que tiveram reduzida capacidade para o trabalho apresentaram grandes chances de absenteísmo por doença. Os autores sugerem que medir a capacidade dos jovens trabalhadores tem um valor preditivo sobre o absenteísmo por doença a longo prazo.

Sell (2009), ao analisar a relação entre capacidade para o trabalho auto-relatada e o absenteísmo por doença à longo prazo e aposentadoria precoce, também encontrou associação significativa entre as variáveis. Os resultados de seu estudo mostraram que a redução de um ponto na percepção da capacidade para o trabalho, em uma escala de dez pontos, foi associada com o aumento do risco de absenteísmo por doença a longo prazo, de 15,1%, e aumento no risco de aposentadoria precoce de 33%. A autora relata que a razão de chance maior para aposentadoria precoce comparada com o absenteísmo por doença era esperado, uma vez que a reduzida capacidade para o trabalho é considerada a principal razão dos indivíduos se aposentarem antes do tempo.

Outra característica fortemente presente entre os técnico-administrativos da UFJF é o contato com o público, no qual de todos que participaram do estudo, 81,4% tinham contato direto ou direto e indireto com o público. De acordo com Proni, Silva e Oliveira (2005), essa é uma característica do setor de serviços, onde processo de produção e consumo ocorrem simultaneamente, estando ao mesmo tempo trabalhador e consumidor no ambiente de trabalho. Para Pena (2011), a presença do consumidor pode agir como uma fonte de risco ou carga de trabalho, que não pode ser simplesmente eliminada, como ocorre nos setores primário e secundário da economia.

Baseando-se nessa informação, foi confirmado no presente estudo que os trabalhadores que tinham contato direto ou direto e indireto com o público, possuíam maior probabilidade de desenvolver reduzida capacidade para o trabalho em comparação aos que tinham contato apenas indireto ou simplesmente não tinham contato com o público. No entanto, na análise multivariada, essa característica perdeu a significância estatística, possivelmente porque outras variáveis contribuíram mais significativamente com o desfecho ICT ou porque o do tamanho da amostra possa ter sido pequeno para manter esta associação.

A exigência do trabalho é um exemplo de característica que após a análise multivariada permaneceu associada ao ICT, mesmo porque ela é uma variável que auxilia na composição do índice. A exigência do trabalho é muito dependente do tipo de atividade laboral que o indivíduo realiza e, no caso dos TAEs da UFJF, a maioria (66,4%) apresentou exigências predominantemente mentais. Esse dado é semelhante ao encontrado por Bellusci e Fischer (1999), que estudaram envelhecimento funcional e condições de trabalho em servidores públicos forenses e encontraram prevalência de 73,7% dos trabalhadores com exigência do trabalho predominantemente cognitiva. Já El Fassi e colaboradores (2013), encontraram em seu estudo que 45,3% dos trabalhadores possuíam trabalho com exigência mista (física e mental).

No entanto, haja vista as diferenças e semelhanças entre os estudos, na pesquisa de Bellusci e Fischer (1999) a variável exigência do trabalho foi eliminada logo na análise bivariada, por não ter apresentado significância estatística com o ICT ( $p=0,4500$ ). Já no estudo de El Fassi e colaboradores (2013), a análise multivariada mostrou que o trabalho com exigência predominantemente física possui influência negativa sobre a capacidade para o trabalho ( $OR=1,67$ ;  $IC95\% 1,49-1,87$ ) e o

trabalho com exigência predominantemente mental apresentou-se como um fator de proteção para a ocorrência de reduzida capacidade para o trabalho (OR=0,71; IC95% 0,61-0,84), ambos em relação ao trabalho com exigência mista.

Esses dados corroboram os resultados encontrados no presente estudo, no qual a análise multivariada revelou que o trabalho com exigência predominantemente mental, é um fator que contribui com a redução da probabilidade do trabalhador apresentar reduzida capacidade do trabalho em relação ao trabalho com exigência mista (RP= 0,54; IC95% 0,32-0,90). Entretanto, neste estudo não houve diferença significativa entre trabalho com exigência predominantemente física e o ICT em relação ao trabalho com exigência mista, possivelmente porque apenas 10,5% da população de estudo apresentou exigência do trabalho física e este quantitativo não influenciou na capacidade para o trabalho. Portanto, os resultados deste estudo, analisados em conjunto com os resultados de El Fassi e colaboradores (2013), mostram que trabalhadores com atividades de exigências predominantemente mentais, apresentaram níveis de capacidade para o trabalho mais altos que aqueles com atividades de exigências físicas ou mistas.

Em relação às demais características do trabalho, o número de empregos, a carga horária semanal e o trabalho em turnos alternantes ou sempre à noite não apresentaram significância estatística na análise bivariada e, portanto não foram selecionadas para a regressão de Poisson. A possível explicação para essa ausência de associação é que, na população deste estudo, 83,3% possuem apenas um emprego, 78,5% trabalham 40 horas semanais ou menos e 80,7% não trabalham em turnos alternantes ou sempre à noite.

Os dados referentes ao número de empregos são semelhantes aos de Monteiro, Alexandre e Rodrigues (2006) e de Ferreira e colaboradores (2012), que ao realizar estudos com trabalhadores de instituições públicas encontraram prevalências de 71,7% e 56,2%, respectivamente, dos trabalhadores com apenas um emprego. Já Marqueze e Moreno (2009), que pesquisaram sobre satisfação e capacidade para o trabalho entre docentes universitários, encontraram prevalência de 75,3% dos docentes com dois ou mais empregos. Da mesma maneira Silva, Rotenberg e Fischer (2011) relataram ter encontrado em seu estudo um alto contingente dos profissionais estudados com dois ou mais empregos. Entretanto, semelhante ao presente estudo, todos os trabalhos citados não obtiveram diferenças

significativas para o ICT entre os que possuíam apenas um emprego e aqueles com dois ou mais empregos.

Quanto à carga horária semanal, a Constituição brasileira de 1988 estipula o direito dos trabalhadores a ter duração do trabalho normal não superior a oito horas diárias e quarenta e quatro horas semanais (BRASIL, 1988). Entre os técnico-administrativos da UFJF verifica-se que a maioria segue esta carga horária, sendo que apenas 21,5% trabalhavam mais de 40 horas semanais e destes, 18% possuíam carga horária superior a 44 horas por semana. Estes dados são semelhantes aos encontrados por Marqueze e Moreno (2009), no qual todos os docentes entrevistados trabalhavam menos de 40 horas semanais em sala de aula. Entretanto, destes professores, 82,5% possuíam horas/aula extraclasse com média de 15,2 horas e 8,4% ainda ministravam aulas na pós-graduação, de 15 a 64 horas por semestre. Mas, em nenhum dos estudos houve associação entre a carga horária semanal e a capacidade para o trabalho.

Finalmente, com relação ao trabalho em turnos, embora esta variável também não tenha apresentado diferença significativa entre os grupos ( $p= 0,471$ ), é importante destacar os efeitos negativos do trabalho noturno sobre a saúde dos indivíduos. Magnago e colaboradores (2012) encontraram resultados semelhantes ao realizar um estudo sobre a intensidade da dor musculoesquelética e a (in)capacidade para o trabalho na enfermagem. As autoras também consideraram importante, salientar a influência do trabalho noturno na alteração dos períodos de sono, que fazem com que o trabalhador troque o dia pela noite e essa situação vai de encontro à desincronização do ciclo vigília-sono.

Há também de se ressaltar a tendência das pessoas que trabalham à noite, de alterar seus períodos de sono durante o dia com afazeres domésticos e ruídos, o que leva à diminuição do tempo de descanso e lazer. O trabalho noturno causa desordem no ritmo diário dos trabalhadores e pode causar mal-estar, fadiga, sonolência, irritabilidade, prejuízo da agilidade mental, do desempenho e da eficiência. Estes danos à saúde, de ordem física ou psíquica, juntamente à sobrecarga laboral, podem funcionar como potencializadores da baixa capacidade para o trabalho (CAMPOS; MARTINO, 2004).

Portanto, pode-se inferir que, como grande parte dos TAEs não está exposta a estes fatores de risco, não houve associação entre essas características e a capacidade para o trabalho.

No que diz respeito à capacidade para o trabalho, entre os técnico-administrativos em educação da UFJF, ela foi classificada predominantemente como boa (86,1%), mas ainda houve uma parcela da população de estudo (13,9%) que apresentou capacidade reduzida, indicando a necessidade de se analisar os fatores associados à capacidade para o trabalho, a fim de minimizar ou se possível eliminar os potenciais fatores de risco. Em 2011, aproximadamente 0,3% da população ativa brasileira foi afastada do trabalho por incapacidade. Essa porcentagem aparentemente é baixa, mas impacta consideravelmente a saúde pública no país, social e economicamente (MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA SOCIAL, 2013). Conforme foi apresentado, muitas características podem afetar a capacidade para o trabalho, mas as pessoas podem influenciar várias delas, tanto no que diz respeito ao estilo de vida quanto ao ambiente de trabalho (TUOMI et al., 2005).

No presente estudo, a análise bivariada revelou muitas variáveis que estiveram significativamente associadas ao ICT. No entanto, após serem analisadas em conjunto através da regressão de Poisson e controladas por idade e sexo, as características que mantiveram associação significativa com a capacidade para o trabalho foram escolaridade, autoavaliação do estado de saúde geral, sinais e sintomas de depressão, nível de atividade física, apoio social no trabalho, absenteísmo por doença e exigências do trabalho.

Em resumo, os resultados evidenciaram que a população desta pesquisa apresenta um perfil sociodemográfico e ocupacional diferenciado em relação à população geral, principalmente no que diz respeito ao tipo de vínculo com a instituição, ao nível de escolaridade e à renda. Os trabalhadores participantes deste estudo, por serem servidores públicos federais concursados, possuem estabilidade no emprego ao contrário do quadro de instabilidade e terceirização, que cresceu em todos os setores no Brasil nos últimos anos, impactando nas condições de trabalho da população, nas relações trabalhistas e gerando a precarização que configura o mundo do trabalho atualmente. O perfil favorável observado para esses trabalhadores pode ser consequência do efeito do trabalhador sadio (FRANCO; DRUCK; SELIGMANN-SILVA, 2010; DRUCK, 2011).

### 7.1.1 Efeito do trabalhador sadio e limitações do estudo

O efeito do trabalhador sadio é uma das principais limitações deste estudo e, conforme orientado por muitos autores, vale frisar que o bom resultado da capacidade para o trabalho e do perfil de saúde identificado nos trabalhadores participantes pode estar relacionado a esta questão. O efeito do trabalhador sadio é citado por diversos autores que realizam estudos sobre capacidade para o trabalho e sobre o perfil de saúde no trabalho, e estes autores ressaltam sempre a importância de se analisar com cuidado o efeito, ao discutir os resultados dos estudos (RAFFONE; HENNINGTON, 2005; SAMPAIO et al., 2009; ASSUNÇÃO; SAMPAIO; NASCIMENTO, 2010).

Este efeito ocorre devido ao processo de seleção e admissão para o estudo, com exclusão na amostra daqueles indivíduos afastados ou que faltaram ao trabalho por motivo de doença. Raffone e Hennington (2005) destacam que, entre os trabalhadores, os indicadores de morbidade e mortalidade são melhores dos que os observados na população geral. Giatti e Barreto (2003) mostram que o efeito do trabalhador sadio está presente também nos idosos e que os indivíduos mais saudáveis possuem maior chance de entrar no mercado de trabalho e permanecer nele. Sampaio e colaboradores (2009) também levantaram, em seu estudo, a hipótese de que ter encontrado capacidade para o trabalho boa ou ótima em todos os trabalhadores poderia estar relacionada ao efeito do trabalhador sadio.

Assim como no estudo destes autores, o presente trabalho também apresentou limitações ligadas ao tipo de delineamento de estudo, no qual o corte transversal fornece uma imagem instantânea das relações avaliadas. Os estudos transversais podem levar à identificação apenas dos sobreviventes do efeito do estudo (viés de prevalência) e da sua situação diante da exposição, fato que pode levar a uma subestimação do grau de risco presente no processo de trabalho, uma vez que os indivíduos doentes são afastados das atividades laborais (SAMPAIO et al., 2009).

Além disso, os estudos transversais não possibilitam o estabelecimento da direção das relações causais encontradas e não permite a visualização de como os aspectos de saúde eram antes do estudo e a previsão de como estes aspectos vão se desenvolver. Raffone e Hennington (2005) ressaltam ainda, o viés de causalidade

que também é característico dos estudos transversais. Neste tipo de viés, existe a possibilidade de que a baixa capacidade para o trabalho é que tenha estimulado determinados hábitos de vida e comportamentos saudáveis, como a prática de atividade física, e não que a prática de atividade física tenha impactado na capacidade do indivíduo. A exclusão dos trabalhadores afastados por doença visa minimizar este viés.

Outra limitação que deve ser destacada diz respeito ao tipo de questionário utilizado como instrumento de coleta de dados, o questionário autopreenchível. Embora esse instrumento seja o mais utilizado nos estudos transversais, as informações coletadas são totalmente dependentes do que o indivíduo relata, o que pode sofrer influência de diversos fatores como memória, capacidade de compreensão e interesses particulares dos participantes. El Fassi e colaboradores (2013) citam que os trabalhadores, ao perceberem sua saúde declinando, podem decidir não preencher o questionário ou até mesmo preencher com informações erradas, por medo de influenciar na decisão dos avaliadores sobre sua aptidão para o trabalho.

No entanto, mesmo diante dessas limitações, o estudo transversal tem sido o tipo de delineamento de pesquisa mais utilizado nos estudos que investigam as relações entre a capacidade para o trabalho e a saúde no trabalho, e entre o estresse ocupacional e a saúde no trabalho. Assunção, Sampaio e Nascimento (2010) destacam ainda, que a utilização do Índice da Capacidade para o Trabalho como indicador da capacidade funcional e da saúde dos trabalhadores é plausível e que sua utilização, associada a outras avaliações, torna possível um diagnóstico inicial imediato e a implementação de intervenções.

Estudo de coorte, realizado com uma amostra representativa da população trabalhadora da Dinamarca, mostrou a competência da capacidade para o trabalho auto-relatada de prever os casos de absenteísmo por doença a longo prazo e aposentadoria precoce, durante os cinco anos de seguimento. Este achado mostrou, que a capacidade para o trabalho é um método viável para medir a capacidade das pessoas de continuarem a fazer parte da força ativa de trabalho (SELL, 2009).

Há, portanto, a necessidade da realização de estudos longitudinais, a fim de esclarecer a direção das associações identificadas e analisar as possíveis mudanças para uma intervenção eficaz na prevenção dos aspectos prejudiciais à saúde, que levam à incapacidade e ao afastamento do trabalho.



## 8 CONCLUSÕES

Este estudo, por ter sido realizado em população com emprego estável, apresenta limitações quanto à extrapolação dos resultados para a população geral. Mas pode, no entanto, refletir adequadamente padrões vigentes entre populações com características semelhantes e com razoável heterogeneidade.

A população de estudo foi composta, predominantemente: por homens (51,5%), com idade média de 45 anos, casados ou vivendo em união estável (61,5%), com pós-graduação (56,7%), que trabalham em apenas um emprego (83,3%), com carga horária semanal menor ou igual a 40 horas (78,6%), que não trabalham à noite (79,8%) e tem contato direto com o público (58,3%).

Os resultados do estudo mostraram que os técnico-administrativos em educação da UFJF apresentaram boa capacidade para o trabalho e condições sociodemográficas, de saúde, de trabalho e estilos de vida, em sua maioria, adequados ao que é preconizado para se ter uma vida saudável. Para estes indivíduos, são necessárias intervenções no sentido de manter a capacidade para o trabalho nos níveis bom e ótimo.

Ainda assim, uma parcela da população estudada apresentou capacidade para o trabalho reduzida e para estes, deve ser direcionada uma atenção especial, a fim de melhorar ou restaurar sua capacidade. Todavia, tanto para os que apresentaram redução da capacidade para o trabalho quanto para aqueles com a capacidade preservada, devem ser direcionadas ações de restauração ou manutenção da capacidade, baseadas nos resultados da análise multivariada que mostraram que escolaridade baixa, autopercepção da saúde geral ruim, presença de sinais e sintomas de depressão, sedentarismo, baixo apoio social no trabalho, absenteísmo por doença e possuir trabalho com exigência mista são fatores que estão relacionados à redução da capacidade para o trabalho. Sendo assim, devem ser estimulados hábitos de vida que, como apresentados no estudo, sugerem a melhora da capacidade para o trabalho.

O estímulo para a realização de atividades físicas regulares acaba influenciando outros fatores, levando à diminuição de doenças, diminuindo o estresse, melhorando a autoestima e a autopercepção de saúde. Além do estímulo aos hábitos de vida saudáveis, deve ser realizada uma reorganização do ambiente

de trabalho, remanejando os trabalhadores com baixa ou moderada capacidade laboral para outros locais, onde eles possam realizar suas atividades de acordo com suas possibilidades físicas e mentais até recuperarem sua capacidade para o trabalho. É importante desenvolver e colocar em prática estratégias para diminuir os riscos do trabalho, a fim de promover a saúde e a segurança. O desafio é aprender a administrar as questões relacionadas ao trabalho e associá-las ao envelhecimento da população ativa, sempre lembrando que a promoção da saúde no trabalho é um dos aspectos fundamentais na manutenção da capacidade para o trabalho.

Neste contexto, tendo em vista que uma das finalidades da pesquisa científica é ter relevância social, ou seja, ter a capacidade de apresentar meios para melhorar as condições de saúde e de vida da população, sugere-se que a universidade, cenário deste estudo, aproveite-se do fato de ser uma instituição de ensino superior, formadora de recursos humanos, inclusive da área da saúde, e organize um programa permanente de atenção aos trabalhadores, formado por uma equipe multidisciplinar, com alunos provenientes das diferentes áreas do saber. Para esta equipe podem ser selecionados alunos dos períodos mais avançados dos cursos, que poderão continuamente monitorar as condições de trabalho e de vida, desenvolver estratégias e ações visando à segurança e a manutenção da saúde dos trabalhadores da universidade, com apoio e supervisão da Gerência de Saúde do Trabalhador.

Espera-se que este estudo possa contribuir com uma mudança na visão até então atribuída ao trabalho, e que os indivíduos passem a visualizá-lo não como uma obrigação, um sofrimento e simplesmente uma forma de garantir seu sustento financeiro. A expectativa que se tem com este estudo é que, ao invés das pessoas se afastarem ou serem afastadas de seus trabalhos por estarem adoecendo neles, que elas passem a buscar no trabalho uma forma de se manterem ativas e saudáveis.

Seguindo essa ideia, conclui-se que o trabalho não precisa ser algo ruim e desgastante para os indivíduos. Muito pelo contrário, diante do envelhecimento da população, o trabalho pode ser a ponte entre a longevidade e a saúde, o bem estar e a preservação da vitalidade física, psicológica e social.

Além disso, conforme exposto anteriormente, é importante ressaltar que este estudo é parte de uma pesquisa exploratória transversal de maior amplitude composta pelo "I Inquérito sobre Condições de Trabalho e de Vida dos

Trabalhadores da UFJF” e pelo desenvolvimento de um estudo de coorte prospectivo, que possibilitará outras análises e discussões a respeito da relação entre a capacidade para o trabalho e os fatores associados.

Há a necessidade também do desenvolvimento de pesquisas qualitativas que façam recortes verticais e aprofundem na discussão da percepção dos trabalhadores sobre suas condições de trabalho e as dificuldades vivenciadas. Estas pesquisas podem contribuir para a comunicação entre os trabalhadores e a administração.

## REFERÊNCIAS

- AGUIAR, O. B.; FONSECA, M. J. M.; VALENTE, J. G. Confiabilidade (teste-reteste) da escala sueca do Questionário Demanda-Controle entre Trabalhadores de Restaurantes Industriais do Estado do Rio de Janeiro. **Rev Bras Epidemiol.** v.13, n.2, p. 212-22, 2010.
- AITA, E. B.; FACCI, M. G. D. Subjetividade: uma análise pautada na Psicologia histórico-cultural. **Psicologia em Revista**, Belo Horizonte, v.17, n.1, p. 32-47, abr. 2011.
- ALMEIDA, P. P. de. A servicialização do trabalho: Perspectivas e tendências. **Sociologia, Problemas e Práticas**, Oeiras, n.44, p. 83-107, 2004.
- ALMEIDA, T de.; LOURENÇO, M. L. Envelhecimento, amor e sexualidade: utopia ou realidade?. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, v.10, n.1, 2007.
- ALVES, M. G. de M.; CHOR, D.; FAERSTEIN, E.; LOPES, C de. S.; WERNECK, G. L. Versão resumida da "job stress scale": adaptação para o português. **Rev Saúde Pública**, v.38, n.2, p. 164-71, 2004.
- ALVES, M. G. M. et al. Estresse no trabalho e hipertensão arterial em mulheres no Estudo Pró-Saúde. **Rev Saúde Pública**, v.43, n.5, p.893-6, 2009.
- ALVES, M. G. M. **Pressão no Trabalho: Estresse no Trabalho e Hipertensão Arterial em Mulheres no Estudo Pró-Saúde**. Tese (Doutorado). Fundação Oswaldo Cruz - Escola Nacional De Saúde Pública, 2004.
- ANDRADE, C. B.; MONTEIRO, M. I. Envelhecimento e capacidade para o trabalho dos trabalhadores de higiene e limpeza hospitalar. **Rev Esc Enferm USP**, v.41, n.2, p. 237-44, 2007.
- ANDRADE, C. R de.; CHOR, D.; FAERSTEIN, E.; GRIEP, R. H.; LOPES, C. S.; FONSECA, M de. J. M da. Apoio social e auto-exame das mamas no Estudo Pró-Saúde. **Cad. Saúde Pública**, v.21, n.2, p. 379-386, 2005.
- ARANHA, M. L.; MARTINS, M. H. **Filosofando: introdução à filosofia**. 2. ed. São Paulo: Moderna, 1995.
- ARAÚJO, R. R.; SACHUK, M. I. Os sentidos do trabalho e suas implicações na formação dos indivíduos inseridos nas organizações contemporâneas. **Revista de Gestão da USP**, São Paulo, v.14, n.1, p. 53-66, jan./mar. 2007.
- ARAÚJO, T. M.; AQUINO, E.; MENEZES, G.; SANTOS, C. O.; AGUIAR, L. Aspectos psicossociais do trabalho e distúrbios psíquicos entre trabalhadoras de enfermagem. **Rev Saúde Pública**, v.37, n.4, p. 424-33, 2003.
- ASSUNÇÃO, A. A.; SAMPAIO, R. F.; NASCIMENTO, L. M. B. Agir em empresas de pequena e média dimensão para promover a saúde dos trabalhadores: o caso di

setor de alimentos e bebidas. **Revista Brasileira de Fisioterapia**, São Carlos, v.14, n.1, p. 52-9, jan./fev. 2010.

AVLUND, K.; DAMSGAARD, M. T.; HOLSTEIN, B. E. Social relations and mortality. An eleven year follow-up study of 70-year-old men and women in Denmark. **Soc. Sci. Med.**, v.47, n.5, p. 635-643, 1998.

AZEVEDO, N.; FERREIRA, L. O. Os dilemas de uma tradição científica: ensino superior, ciência e saúde pública no Instituto Oswaldo Cruz, 1908-1953. **Hist. cienc. saúde-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v.19, n.2, p. 581-610, abr./jun. 2012.

BALASSIANO, M.; SEABRA, A. A. de. LEMOS, A. H. Escolaridade, Salários e Empregabilidade: tem razão a Teoria do Capital Humano?. **RAC**, v.9, n.4, p. 31-52, 2005.

BARILE, J. P.; THOMPSON, W. W.; ZACK, M. M.; KRAHN, G. L.; HORNER-JOHNSON, W.; HAFFER, S.C. Activities of daily living, chronic medical conditions, and health-related quality of life in older adults. **J. Ambulatory Care Manag.**, v.35, n. 4, p. 293-304, 2012.

BASTOS, J. L. D.; DUQUIA, R. P. Um dos delineamentos mais empregados em epidemiologia: estudo transversal. **Scientia Medica**, Porto Alegre, v. 17, n. 4, p. 229-32, out./dez. 2007.

BATICH, M. Previdência do trabalhador: uma trajetória inesperada. **São Paulo em Perspectiva**, São Paulo, v.18, n.3, p. 33-40, 2004.

BELLUSCI, S. M.; FISCHER, F. M. Envelhecimento funcional e condições de trabalho em servidores forenses. **Revista de Saúde Pública**, v.33, n.6, p. 602-609, 1999.

BERTOLOZZI, M. R.; GRECO, R. M. As políticas de saúde no Brasil: reconstrução histórica e perspectivas atuais. *Rev. Esc. Enf. USP*, v.30, n. 3, p. 380-98, dez. 1996.

BLOCH, K. V.; COUTINHO, E. S. F. Fundamentos da pesquisa epidemiológica. In: MEDRONHO, R. A. et al. **Epidemiologia**. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2009. p. 173-79.

BORGES, L. H.; MOULIN, M. G. B.; ARAÚJO, M. D. (Orgs.). **Organização do Trabalho e Saúde: Múltiplas Relações**. Vitória: EDUFES, 2001.

BOSTROM, M.; SLUITER, J.; HAGBERG, M. Changes in work situation and work ability in Young female and male workers. A prospective cohort study. **BMC Public Health**, v.12, n.694, p. 1-13, 2012.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm). Acesso em 11 de nov. de 2013.

BRASIL. Decreto nº 3.048, de 06 de maio de 1999. Aprova o Regulamento da Previdência Social, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 7

mai. 1999. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto/d3048.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/d3048.htm)>. Acesso em: 12 fev. 2013.

BRASIL. Lei n. 11.091, de 12 de janeiro de 2005. Dispõe sobre a estruturação do Plano de Carreira dos Cargos Técnico-Administrativos em Educação, no âmbito das 39 Instituições Federais de Ensino vinculadas ao Ministério da Educação, e dá outras providências. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2004-2006/2005/lei/l11091.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2005/lei/l11091.htm)>. Acesso em: 26 out. 2012.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 set. 1990. P. 018055.

BRASIL. Lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990. Dispõe sobre o regime jurídico dos servidores públicos civis da União, das autarquias e das fundações públicas federais. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 12 dez. 1990.

BRASIL. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 31 dez. 1990.

BRASIL. **Lei nº. 11.091, de 12 de janeiro de 2005**. Dispõe sobre a estruturação do Plano de Carreira dos Cargos Técnico-Administrativos em Educação, no âmbito das Instituições Federais de Ensino vinculadas ao Ministério da Educação, e dá outras providências. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2004-2006/2005/lei/l11091.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2005/lei/l11091.htm) Acesso em: 07 de set. de 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Doenças Relacionadas ao trabalho**: manual de procedimentos para os serviços de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de Gestão e Gerenciamento**, São Paulo: Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador, 2006.

BRASIL. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Estabelece as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 13 jun. 2013.

BROWN, D. W.; BALLUZ, L. S.; HEATH, G. W.; MORIARTY, D. G.; FORD, E. S.; GILES, W. H.; MOKDAD, A. H. Associations between recommended levels of physical activity and health-related quality of life Findings from the 2001 Behavioral Risk Factor Surveillance System (BRFSS) survey. **Preventive Medicine**, v.37, p. 520-528, 2003.

BULTMANN, U. et al. health status, work limitations, and return-to-work trajectories in injured workers with musculoskeletal disorders. **Qual. Life Res**, v.16, p. 1167-1178, 2007.

CAMPOS, M. L. P.; MARTINO, M. M. F de. Aspectos cronobiológicos do ciclo vigília-sono e níveis de ansiedade dos enfermeiros nos diferentes turnos de trabalho. **Rev Esc Enferm USP**, v.38, n.4, p. 415-21, 2004.

CARMO, I. C. et al. Fatores associados à sintomatologia dolorosa e qualidade de vida em odontólogos da cidade de Teresina- PI. **Rev. Bras. Epidemiol.**, v.14, n.1, p. 141-50, 2011.

CARREIRA, L.; MARCON, S. S. Cotidiano e trabalho: concepções de indivíduos portadores de insuficiência renal crônica e seus familiares. **Rev Latino-Am Enfermagem**, v.11, n.5, p. 823-31, 2003.

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, 2003.

CASSEL, J. An Epidemiological Perspective of Psychosocial Factors in Disease Etiology. **AJPH**, v.64, n.11, p. 1040-1043, 1974.

CASTRO, M. M. C.; QUARANTINI, L. C.; DALTRO, C.; PIRES-CALDAS, M.; KOENEN, K. C.; KRAYCHETE, D. C.; OLIVEIRA, I. R de. Comorbidade de sintomas ansiosos e depressivos em pacientes com dor crônica e o impacto sobre a qualidade de vida. **Rev Psiquiátr. Clin.**, v.38, n.4, p. 126-9, 2011.

CATANI, A. M. **O que é capitalismo**. 22. Ed. São Paulo: Brasiliense, 1986.

CHAUÍ, M. Introdução. In: LAFARGUE, P. **O direito à preguiça**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2000. p. 9- 56.

CHOR, D.; GRIEP, R. H.; LOPES, C. S.; FAERSTEIN, E. Medidas de rede e apoio social no Estudo Pró-Saúde: pré-testes e estudo piloto. **Cad. Saúde Pública**, v.17, n.4, p. 887-896, 2001.

CNATTINGIUS, S. The epidemiology of smoking during pregnancy: Smoking prevalence, maternal characteristics, and pregnancy outcomes. **Nicotine & Tobacco Research**, v.6, supl.2, p. 125-140, 2004.

COBB, S. Social support as a moderator of life stress. **Psychosom Med**, v.38, p. 300-14, 1976.

CODO, W.; SAMPAIO, J. J. C.; HITOMI, A. H. **Indivíduo, sofrimento e trabalho**. 3. ed. Petrópolis: Vozes, 1998.

COUTINHO, E da. S. F.; ALMEIDA. N.; MARI, J de. J. Fatores de risco para morbidade psiquiátrica menor: resultados de um estudo transversal em três áreas urbanas no Brasil. **Rev Psiquiátr. Clin.**, v.26, n.5, p. 246-256, 1999.

COUTINHO, M. C. et al. O trabalho de manutenção em uma prefeitura universitária: entre dificuldades e realizações. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v.31, n.1, p. 96-109, 2011.

CRUZ DE SOUZA, C. M. A constituição de uma rede de assistência à saúde na Bahia, Brasil, voltada para o combate das epidemias. **Dynamis**, v.31, n.1, p. 85-105, 2011.

CRUZ, G. D.; GALVIS, D. L.; KIM, M.; LE-GEROS, R. Z.; BARROW, S-Y. L.; TAVARES, M.; BACHIMAN, R. Self-perceived oral health among three subgroups of Asian-Americans in New York City: a preliminary study. **Community Dent Oral Epidemiol**, v.29, p. 99-106, 2001.

CUNHA, D. M.; SCHWARTZ, Y. A formação humana entre o conceito e a experiência do trabalho: elementos para uma pedagogia da atividade. **Trabalho & Educação**, v.14, n.1, p. 87-90, jan./jun. 2005.

DA SILVA, J. C. P.; PASCHOARELLI, L. C. (Orgs.). **A evolução histórica da ergonomia no mundo e seus pioneiros [online]**. São Paulo: Cultura Acadêmica, 2010.

DALLAGO, C. S. T. Relações de trabalho e modo de produção capitalista. In: SEMINÁRIO DE SAÚDE DO TRABALHADOR DE FRANCA, 7., 2010, Franca. **Anais eletrônicos...** Unesp Franca, Disponível em: <[http://www.proceedings.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=MSC0000000112010000100001&lng=es&nrm=abn](http://www.proceedings.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=MSC0000000112010000100001&lng=es&nrm=abn)>. Acesso em: 10 jan. 2013.

DE ARAÚJO, F. R. A saúde do trabalhador como direito fundamental (no Brasil). **Associação dos Magistrados da Justiça do Trabalho da IV Região (on line)**, Caderno 14, p. 2-11, 2013.

DE DECCA, E. S. **O nascimento das fábricas**. 8. ed. São Paulo: Brasiliense, 1991.

DE OLIVEIRA, C. R.; DE OLIVEIRA, R. C. Direitos sociais na constituição cidadã: um balanço de 21 anos. **Serv. Soc. Soc.**, São Paulo, n.105, p. 5-29, jan./mar. 2011.

DE OLIVEIRA, E. A. A política de emprego no Brasil: o caminho da flexinsegurança. **Serv. Soc. Soc.**, São Paulo, n.111, p. 493-508, jul./set. 2012.

DEJOURS, C. **A loucura do trabalho**. 2. Ed. Curitiba: Gênese, 1997.

DINIZ, K. T. et al. Capacidade laboral dos segurados do INSS portadores de LER/DORT que retornaram ao trabalho. **ConScientiae Saúde**, v.9, n.4, p. 676-683, 2010.

DOS SANTOS, V. S. M. **Entidades filantrópicas e políticas públicas no combate à lepra: Ministério Gustavo Capanema (1934-1945)**, 2006. Dissertação (Mestrado em História das Ciências e da Saúde)- Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2006. Disponível em: <<http://www.fiocruz.br/ppghcs/media/santosvsm.pdf>> Acesso em: 10 abr. 2012.

DRUCK, G. Trabalho, precarização e resistências: novos e velhos desafios?. **Caderno CRH**, v.24, n. spe 01, p. 37-57, 2011.



DUE, P.; HOLSTEIN, B.; LUND, R.; MODVIG, J.; AVLUND, K. Social relations: network, support and relational strain. **Social Science & Medicine**, v.48, p. 661-673, 1999.

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. 43-9, jan./fev. 2004.

EL FASSI, M.; BOCQUET, V.; MAJERY, N.; LAIR, M. L.; COUFFIGNAL, S.; MAIRIAUX, P. Work ability assessment in a worker population: comparison an determinants of Work Ability Index and Work Ability score. **BMC Public Health**, v.13, n.305, p. 1-10, 2013.

ELIAS, P. E. Estado e saúde: os desafios do Brasil contemporâneo. **São Paulo em Perspectiva**, v.18, n.3, p. 41-46, 2004.

SCOREL, S & TEIXEIRA, L. A. História das Políticas de Saúde no Brasil de 1822 a 1963: do império ao desenvolvimentismo populista. In: GIOVANELLA, L; SCOREL, S.; LOBATO, L. V. C.; NORONHA, J. C.; CARVALHO, A. I. (orgs). **Políticas e sistemas de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/Cebes, 2008. p.333-384.

SCOREL, S. História das Políticas de Saúde no Brasil de 1964 a 1990: do golpe militar à reforma sanitária. In: GIOVANELLA, L; SCOREL, S.; LOBATO, L. V. C.; NORONHA, J. C.; CARVALHO, A. I. (orgs). **Políticas e sistemas de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/Cebes, 2008. p. 385-435.

EZZATI, M.; LOPEZ, A. D. Measuring the accumulated hazards of smoking: global and regional estimates for 2000. **Tobacco Control**, v.12, p. 79-85, 2003.

FAERSTEIN, E. et al. Estudo Pró-Saúde: características gerais e aspectos metodológicos. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v.8, n.4, p. 454-66, 2005.

FAERSTEIN, E. et al. Pré-Testes de um Questionário Multidimensional Autopreenchível: a Experiência do Estudo Pró-Saúde UERJ. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.9, n.2, p. 117-30, 1999.

FERNANDES, A. C. P.; MONTEIRO, M, I. Capacidade para o trabalho entre trabalhadores de um condomínio de empresas de alta tecnologia. **Rev Bras Enferm**, v.59, n.6, p. 752-6, 2006.

FERNANDES, T. M. D.; CHAGAS, D. C.; SOUZA, E. M. Variola e vacina no Brasil no século XX: institucionalização da educação sanitária. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.16, n.2, p. 479-89, 2011.

FERREIRA, A. B. H. **Novo dicionário Aurélio da língua Portuguesa**. 4. ed. Curitiba: Editora Positivo, 2009.

FERREIRA, R. C. et al. Abordagem multifatorial do absenteísmo por doença em trabalhadores de enfermagem. **Rev. Saúde Pública**, v.46, n.2, p. 259-68, 2012.

FIGUEIREDO, V. C. N. Morbidades referidas por trabalhadores que produzem joias folheadas em Limeira, SP. **Rev. Bras. Saúde ocup.**, v. 36, n.124, p. 247-257, 2011.

FLEURY, S; OUVENEY, A. M. **Política de Saúde: uma política social:** políticas e sistema de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009. p. 23 a 64.

FONSECA, M de. J. M da.; FAERSTEIN, E.; CHOR, D.; LOPES, C. S.; ANDREOZZI, V. L. Associação entre escolaridade, renda e Índice de Massa Corporal em funcionários de uma universidade pública no Rio de Janeiro, Brasil: Estudo Pró-Saúde. **Cad. Saúde Pública**, v.22, n.11, p. 2359-2367, 2006.

FRANCO, T.; DRUCK, G.; SELIGMANN-SILVA, E. As novas relações de trabalho, o desgaste mental do trabalhador e os transtornos mentais no trabalho precarizado. **Rev. bras. Saúde ocup.**, v.35, n.122, p. 229-248, 2010.

FRATIGLIONE, L.; WANG, H-X.; ERICSSON, K.; MAYTAN, M.; WINBLAD, B. Influence of social network on occurrence of dementia: a community-based longitudinal study. *The Lancet*, v.355, p. 1315-1319, 2000.

FREYRE, Gilberto. **Ordem e Progresso:** processo de desintegração das sociedades patriarcal e semipatriarcal no Brasil sob o Regime de Trabalho Livre... Aspectos de um Quase Meio Século de Transição do Trabalho Escravo para o Trabalho Livre; e da Monarquia para a República. 3. ed. Rio de Janeiro: José Olympio, 1974.

GIANNINI, S. P. P. **Distúrbio de voz relacionado ao trabalho docente:** um estudo caso-controle. 2010. 129f. Tese (Doutorado em Saúde Pública). Faculdade de Saúde Pública da USP. São Paulo, 2010.

GIATTI, L; BARRETO, S. M. Saúde, trabalho e envelhecimento no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.19, n.3, p. 759-771, mai./jun. 2003.

GODOY, I. Prevalência de tabagismo no Brasil: medidas adicionais para o controle da doença devem ser priorizadas no Ano do Pulmão. **J Bras Pneumol.**, v.36, n.1, p. 4-5, 2010.

GOLDEMBERG, J.; LUCON, O. Energias renováveis: um futuro sustentável. **Revista USP**, São Paulo, n.72, p. 6-15, dez./fev. 2007.

GOMEZ, C. M. Campo da saúde do trabalhador: trajetória, configuração e transformações. In: Gomez, C. M.; MACHADO, J. M. H.; PENA, P. G. L. (Orgs.). Saúde do trabalhador na sociedade brasileira contemporânea. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2011.

GRIEP, R. H.; CHOR, D.; FAERSTEIN, E.; WERNECK, G. L.; LOPES, C, S. Validade de constructo de escala de apoio social do Medical Outcomes Study adaptada para o português no Estudo Pró-Saúde. **Cad. Saúde Pública**, v.21, n.3, p. 703-714, 2005.

GRIEP, R. H.; ROTENBERG, L.; LANDSBERGIS, P.; VASCONCELLOS-SILVA, P. R. Uso combinado de modelos de estresse no trabalho e a saúde auto-referida na enfermagem. **Rev Saúde Pública**, v.45, n.1, p. 145-52, 2011.

HALLAL, P. C.; VICTORA, C. G.; WELLS, J. C. K.; LIMA, R. C. Physical Inactivity: Prevalence and Associated Variables in Brazilian Adults. **Med. Sci. Sports Exerc.**, v.35, n.11, p. 1894-1900, 2003.

HASKELL, W. L.; LEE, I-M.; PATE, R. P.; POWELL, K. E.; BLAIR, S. N.; FRANKLIN, B. A.; MACERA, C. A.; HEATH, G. W.; THOMPSON, P. D.; BAUMAN, A. Physical activity and public health: updated recommendation for adults from the American College of Sports Medicine and the American Heart Association. **Circulation**, v. 116, p. 1081–1093, 2007.

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. 1-8, 2012.

HILLESHEIN, E. F.; SOUZA, L. M.; LAUTERT, L.; PAZ, A. A.; CATALAN, V. M.; TEIXEIRA, M. G.; MELLO, D. B. Capacidade para o trabalho de enfermeiros de um hospital universitário. **Rev Gaúcha Enferm.**, v.32, n.3, p. 509-515, 2011.

HOCHMAN, B. et al. Desenhos de pesquisa. **Acta Cirúrgica Brasileira**, v.20, supl. 2, 2005.

HULLEY, S. B. et al. **Delineando a pesquisa clínica**: uma abordagem epidemiológica. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.

IBGE. Censo Demográfico 2010. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/default.shtm>. Acesso em: 22 set. 2013.

IBGE. **Conceitos**. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/indicadoresminimos/conceitos.shtm#pea>. Acesso em: 19 nov. 2012.

ILMARINEN, J. E. Aging Workers [online]. **Occup. Environ. Med.**, 2001. Disponível em: <http://oem.bmj.com/content/58/8/546.full.pdf+html>. Acesso em: 21 nov. 2012.

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, supl.1, p. 7-11, 1991.

ILMARINEN, J. Work ability—a comprehensive concept for occupational health research and prevention. **Scand J Work Environ Health**, v.35, n.1, p. 1-5, 2009.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER. **Tabagismo**: um grave problema de saúde pública. Rio de Janeiro, RJ, 2007.

JARDIM, V. C. F da. S.; MEDEIROS, B. F de.; BRITO, A. M de. Um olhar sobre o processo do envelhecimento: a percepção de idosos sobre a velhice. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, v.9, n.2, 2006.

JOHNSON, J. V.; HALL, E. M. Job Strain, Work Place Social Support, and Cardiovascular Disease: A Cross-Sectional Study of a Random Sample of the Swedish Working Population. **AJPH**, v.78, n.10, p. 1036-1342, 1988.

KALACHE, A.; VERAS, R. P.; RAMOS, L. R. O envelhecimento da população mundial. Um desafio novo. **Rev. Saúde Pública**, v.21, n.3, p. 200-10, 1987.

KARASEK, R. et al. Job decision latitude, job demands, and cardiovascular disease: a prospective study of Swedish men. **AJPH**, v.71, n.7, p 694-705. 1981.

KARASEK, R.; THEORELL, T. **Healthy work: stress, productivity and the reconstruction of working life**. New York: Basic Books; 1990.

KNAPIK, M. C. **O Trabalho Humano**: Das sociedades comunais ao modo de produção feudal. Gráfica Popular, 2004. 42 p. Disponível em: <<http://www.cefuria.org.br/doc/cartilha2trabalhohumano.pdf> >. Acesso em: 25 out. 2012.

KRAWULSKI, E. A orientação profissional e o significado do trabalho. **Rev. ABOP [online]**, v.2, n.1, p. 5-19, 1998.

KROENKE, K.; SPITZER, R. L.; WILLIAMS, J. B. W. The PHQ-9: Validity of a Brief Depression Severity Measure. **J Gen Intern Med**, v.16, p. 606-613, 2001.

KUJALA, V.; TAMMELIN, T.; REMES, J.; VAMMAVAARA, E.; EK, E.; LAITINEN, J. Work ability index of Young employees and their sickness absence during the following year. **Scand J Environ Health**, v.32, n.1, p. 75-84, 2006.

LASSANCE, M. C.; SPARTA, M. A orientação profissional e as transformações no mundo do trabalho. **Revista Brasileira de Orientação Profissional**, v.4, n.1-2, p. 13-19, 2003.

LEIGH, J. P. Employee and Job Attributes as Predictors of Absenteeism in a National Sample of Workers: The Importance of Health and Dangerous Working Conditions. **Soc. Sci. Med.**, v.33, n.2, p. 127-137, 1991.

LEONE, E. T.; BALTAR, P. Diferenças de rendimento do trabalho de homens e mulheres com educação superior nas metrópoles. **R. bras Est. Pop.**, v.23, n.2, p. 355-67, 2006.

LIMA, C. T.; FREIRE, A. C. C.; SILVA, A. P. B.; TEIXEIRA, R. M.; FARRELL, M.; PRINCE, M. Concurrent and Construct Validity of the Audit in an Urban Brazilian Sample. **Alcohol & Alcoholism**, v.40, n.6, p. 584-589, 2005.

LIMA, M. G.; BARROS, M. B de. A.; ALVES, M. C. G. P. Sentimento de felicidade em idosos: uma abordagem epidemiológica, ISA-Camp 2008. **Cad. Saúde Pública**, v.28, n.12, p. 2280-2292, 2012.

LIMA, R. de C. G. S. et al. A construção do direito à saúde na Itália e no Brasil na perspectiva da bioética cotidiana. **Saúde soc.**, São Paulo, v.18, n.1, p. 118-130, 2009.

LIMA-COSTA, M. F.; VERAS, R. Saúde pública e envelhecimento. **Cad. Saúde Pública**, v.19, n.3, p. 700-701, 2003.

LOCKER, D. Issues in measuring change in self-perceived oral health status. **Community Dent Oral Epidemiol**, v.26, p. 41-7, 1998.

LOCKER, D.; GIBSON, B. Discrepancies between self-ratings of and satisfaction with oral health in two older adult populations. **Community Dent Oral Epidemiol**, v.33, p. 280-8, 2005.

LOVE, J.; HOLMGREN, K.; TORÉN, K.; HENSING, G. Can work ability explain the social gradient in sickness absence: a study of a general population in Sweden. **BMC Public Health**, v.12, n.163, p. 1-9, 2012.

MAGNAGO, T. S. B de. S.; LIMA, A. C. S de.; PROCHNOW, A.; CERON, M. D da. S.; TAVARES, J. P.; URBANETTO, J de. S. Intensidade da dor musculoesquelética e a (in) capacidade para o trabalho na enfermagem. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v.20, n.6, p. 1-9, 2012.

MALTA, D. C.; MOURA, E. C.; SILVA, S. A.; OLIVEIRA, P. P. V de.; COSTA E SILVA, V. L da. Prevalência do tabagismo em adultos residentes nas capitais dos estados e no Distrito Federal, Brasil, 2008. **J Bras Pneumol.**, v.36, n.1, p. 75-83, 2010.

MARQUEZE, E. C.; MORENO, C. R de. C. Satisfação no trabalho e capacidade para o trabalho entre docentes universitários. **Psicologia em Estudo**, v.14, n.1, p. 75-82, 2009.

MARTINEZ, M. C.; LATORRE, M do. R. D de. O.; FISCHER, F. M. Capacidade para o trabalho: revisão de literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.15, supl.1, p. 1553-1561, 2010.

MARTINEZ, M. C.; LATORRE, M. do R. D. de O. Fatores associados à capacidade para o trabalho de trabalhadores do Setor Elétrico. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.25, n.4, p. 761-772, abr. 2009.

MARTINEZ, M. C.; LATORRE, M. do R. D. de O.; FISCHER, F. M. Validade e confiabilidade da versão brasileira do índice de Capacidade para o Trabalho. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v.43, n.3, p. 525-32, 2009.

MARX, K. **O capital**. 3. ed. Bauru: Edipro, 2008.

MARX, K.; ENGELS, F. **A ideologia alemã**. 5. ed. São Paulo: Hucitec, 1986.

MATOS, F. R. N.; LIMA, A. C. Organizações modernas e a burocracia: uma "afinidade eletiva"? **RAE eletrônica [online]**, v.6, n.2, p. 1-11, jul./dez. 2007. Disponível

em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1676-56482007000200008](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1676-56482007000200008)>. Acesso em: 22 ago. 2012.

MATSUDO, S.; ARAÚJO, T.; MATSUDO, V.; ANDRADE, D.; ANDRADE, E.; OLIVEIRA, L. C.; BRAGGION, G. Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ): estudo de validade e reprodutibilidade no Brasil. **Atividade Física & Saúde**, v.6, n.2, p. 5-18, 2001.

- MEDRONHO, R. A. et al. **Epidemiologia**. 2. ed. São Paulo: Editora Atheneu, 2009.
- MENDES, R. **Patologia do trabalho**. 2. ed. São Paulo: Editora Atheneu, 2007. 2 v.
- MENDES, R.; DIAS, E. C. Da medicina do trabalho à saúde do trabalhador. **Revista de Saúde pública**, São Paulo, v.25, n. 5, p. 341-349, 1991.
- MENDEZ, E. B. **Uma versão brasileira do AUDIT (ALCOHOL USE DISORDERS IDENTIFICATION TEST)**. 1999. 121f. Dissertação (Mestrado em Epidemiologia). Faculdade de Medicina da UFP. Pelotas, 1999.
- MENDONÇA, H. L. C de.; SZWARCOWALD, C. L.; DAMACENA, G. N. Autoavaliação de saúde bucal: resultados da Pesquisa Mundial de Saúde – Atenção Básica em quatro municípios do Estado do Rio de Janeiro, Brasil, 2005. **Cad. Saúde Pública**, v.28, n.10, p. 1927-1938, 2012.
- MINAYO-GOMEZ, C.; LACAZ, F. A. C. Saúde do trabalhador: novas-velhas questões. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, p. 797-807, 2005.
- MINAYO-GOMEZ, C.; THEDIM-COSTA, S. M. F. A construção do campo da saúde do trabalhador: percurso e dilemas. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 13, supl.2, p. 21-32, 1997.
- MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA. Aprova o Programa de Capacitação e Aperfeiçoamento (PROCAP) dos servidores Técnico-Administrativos em Educação da Universidade Federal de Juiz de Fora. Resolução nº 09/2007, de 27 de junho de 2007.
- MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA SOCIAL. **Saúde e Segurança Ocupacional**. Disponível em: <http://www.previdencia.gov.br/a-previdencia/saude-e-seguranca-ocupacional/>. Acesso em: 12 out. 2013.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE, Manual de Procedimentos para os Serviços de Saúde. **Doenças relacionadas ao trabalho**. Brasília, DF, 2001.
- MONNERAT, G. L.; DE SOUZA, R. G. Da Seguridade Social à intersectorialidade: reflexões sobre a integração das políticas sociais no Brasil. **R. Katál.**, Florianópolis, v.14, n.1, p. 41-49, jan./jun. 2011.
- MONSMA, K. Vantagens de imigrantes e desvantagens de negros: emprego, propriedade, estrutura familiar e alfabetização depois da abolição no oeste paulista. **Dados [online]**, Rio de Janeiro, v.53, n.3, p. 509-543, 2010. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0011-52582010000300001&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0011-52582010000300001&script=sci_arttext)>. Acesso em: 29 jun. 2012.
- MONTEIRO, M. S.; ALEXANDRE, N. M. C.; MILANI, D. FUJIMURA, F. Work capacity evaluation among nursing aides. **Rev Esc Enferm USP**, v.45, n.5, p. 1177-82, 2011.
- MONTEIRO, M. S.; ALEXANDRE, N. M. C.; RODRIGUES, C. M. Doenças músculo-esqueléticas, trabalho e estilo de vida entre trabalhadores de uma instituição pública de saúde. **Rev Esc Enferm USP**, v.40, n.1, p. 20-5, 2006.

MORETTI-PIRES, R. O.; CORRADI-WEBSTER, C. M. Adaptação e validação do Alcohol Use Disorder Identification Test (AUDIT) para população ribeirinha do interior da Amazônia, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v.27, n.3, p. 497-509, 2011.

MOURA, A. L.; REIS, L. M dos.; VANNUCHI, M. T. O.; HADDAD, M do. C. L.; DOMANSKY, R de. C. Capacidade para o trabalho de funcionários da prefeitura de um campus universitário público. **Rev. Eletr. Enf. [Internet]**, v.15, n.1, p. 130-7, 2013.

MPAS. **Auxílio-doença**. Disponível em: <<http://www.previdencia.gov.br/conteudoDinamico.php?id=21>>. Acesso em: 13 jul. 2012.

NEGELISKII, C.; LAUTERT, L. Estresse laboral e capacidade para o trabalho de enfermeiros de um grupo hospitalar. **Rev Latino-Am Enfermagem**, v.19, n.3, p. 1-8, 2011.

NOGUEIRA, R. P. **O Preceito de Diversidade e a Composição da Força de Trabalho no Setor Público**. NESP/CEAM/UnB, Brasília, DF, 2005.

NUNES, A. V de. L.; LINS, S. L. B. Servidores Públicos Federais: uma análise do prazer e sofrimento no trabalho. **RPOT**, v.9, n.1, p. 51-67, 2009.

NURMINEN, E. et al. Effectiveness of a worksite exercise program with respect to perceived work ability and sick leaves among women with physical work. **Scand J. Work Environ Health**, v.28, n.2, p. 85-93, 2002.

OCKE-REIS, C. O.; DE ANDREAZZI, M. F. S.; SILVEIRA, F. G. O mercado de planos de saúde no Brasil: uma criação do estado?. **Rev. econ. contemp.**, Rio de Janeiro, v.10, n.1, p. 157-185, jan./abr. 2006.

OFFE, C. **Trabalho e sociedade**: problemas estruturais e perspectivas para o futuro da “sociedade do trabalho”. Rio de Janeiro: Tempo brasileiro, 1989.

OLIVEIRA, A. J. Passeio pelo mundo do trabalho. **Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo**, v.14, n.1, p. 27-33, jan./abr. 2003.

Organização Mundial da Saúde (OMS). Organização Panamericana de Saúde (OPAS). Relatório sobre a saúde no mundo 2001- Saúde mental: Nova Conceção, nova Esperança. Washington: OPAS; 2001.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Integração da saúde mental nos cuidados de saúde primários**: uma perspectiva global. Genebra, Suíça, 2009.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Relatório mundial da Saúde. **Saúde mental**: nova concepção, nova esperança. Lisboa, Portugal, 2001.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Departamento de Salud Mental y Dependencia de Substancias. **AUDIT Cuestionario de Identificación de lós trastornos debidos al Consumo de Alcohol**: Pautas para su utilización em Atención Primaria. Tradução: BABOR, T. F.; HIGGINS-BIDDLE, J. C.; SAUNDERS, J. B.; MONTEIRO, M. G. Ginebra, Suiza, 2001

OXMAN, T. E.; BERKMAN, L. F.; KASL, S.; FREEMAN JR, D. H.; BARRET, J. Social Support and Depressive Symptoms in the Elderly. *Am. J. Epidemiol.*, v.135, n.4, p. 356-368, 1992.

PADULA, R. S.; COMPER, M. L. C.; MORAES, S. A.; SABBAGH, C.; PAGLIATO JUNIOR, W.; PERRACINI, M. R. The work ability index and functional capacity among older workers. **Braz J Phys Ther.**, v.17, n.4, p. 382-391, 2013.

Pena, P. G. L. Aspectos conceituais do setor de serviços e a saúde do trabalhador. In: Gomez, C. M.; MACHADO, J. M. H.; PENA, P. G. L. (Orgs.). *Saúde do trabalhador na sociedade brasileira contemporânea*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2011.

PENA, P. G. L.; MINAYO- GOMES, C. Premissas para a Compreensão da Saúde dos Trabalhadores no Setor Serviço. **Saúde Soc.**, São Paulo, v.19, n.2, p. 371-383, jun. 2010.

PEREIRA, M. G. **Epidemiologia Teoria e Prática**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1995.

PIETROBON, L.; DO PRADO, M. L.; CAETANO, J. C. Saúde suplementar no Brasil: o papel da Agência Nacional de Saúde Suplementar na regulação do setor. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.18, n.4, p. 767-783, 2008.

PITANGA, F. J. G. Epidemiologia, atividade física e saúde. **Rev. Bras. Ciên. e Mov.**, Brasília, v.10, n.3, p. 49-54, jul. 2002.

PRONI, M. W.; SILVA, R. A.; OLIVEIRA, H. S. A modernização econômica no setor terciário no Brasil. In: DIEESE; CESIT (Org.). **O trabalho no setor terciário: emprego e desenvolvimento tecnológico**. São Paulo, 2005. p. 11-20.

PULCHINELLI JUNIOR, A.; CURY JR, A. J.; GIMENES, A. C. Clinical laboratory findings in the elderly. **J Bras Patol Med Lab**, v.48, n.3, p. 169-174, 2012.

RAEL, E. G. S.; STANSFELD, S. A. SHIPLEY, M.; HEAD, J.; FEENEY, A.; MARMOT, M. Sickness absence in the Whitehall II study, London: the role of social support and material problems. **Journal of Epidemiology and Community Health**, v.49, p. 474-481, 1995.

RAFFONE, A. M.; HENNINGTON, E. A. Avaliação da capacidade funcional dos trabalhadores de enfermagem. **Rev. Saúde Pública**, v.39, n.4, p. 669-76, 2005.

REICHERT, F. F.; BARROS, A. J. D.; DOMINGUES, M. R.; HALLAL, P. C. The role of perceived personal barriers to engagement in leisure-time physical activity. **American Journal of Public Health**, v.97, n.3, p. 515-519, 2007.

RENOSTO, A.; BIZ, P; HENNINGTON, E. A.; PATTUSSI, M. P. Confiabilidade teste-reteste do Índice de Capacidade para o Trabalho em trabalhadores metalúrgicos do Sul do Brasil. **Rev Bras Epidemiol**, v.12, n. 2, p. 217-25, 2009.

RIBEIRO, M.; PIOVESAN, F. Dossiê 120 anos da Abolição. **Estudos Feministas**, Florianópolis, v.16, n.3, p. 879-85, set./dez. 2008.



RODRIGUES, D. S. O trabalho humano: elemento central de identidade, organização e luta de classes. In: SIMPÓSIO SOBRE TRABALHO E EDUCAÇÃO, 5., 2009. Belo Horizonte. **Mesa redonda...**, Disponível em: <[http://www.portal.fae.ufmg.br/simposionete\\_old2/sites/default/files/RODRIGUES,Do riedson.pdf](http://www.portal.fae.ufmg.br/simposionete_old2/sites/default/files/RODRIGUES,Do riedson.pdf) >. Acesso em: 10 jun. 2012.

SALIM, C. A. Doenças do trabalho: exclusão, segregação e relações de gênero. **São Paulo em Perspectiva**, v.17, n.1, 2003.

SALVETTI, M de. G.; PIMENTA, C. A de. M.; BRAGA, P. E.; CORRÊA, C. F. Incapacidade relacionada à dor lombar crônica: prevalência e fatores associados. **Rev Esc Enferm USP**, v.46, Esp, p. 16-23, 2012.

SAMPAIO, R. F. et al. Análise das aposentadorias por incapacidade permanente entre os trabalhadores da Universidade Federal de Minas Gerais no período de 1966 a 1999. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, v.49, n.1, p. 60-66, 2003.

SAMPAIO, R. F.; AUGUSTO, V. G. Envelhecimento e trabalho: um desafio para a agenda da reabilitação. **Rev Bras Fisioter**, v.16, n.2, p. 94-101, 2012.

SAMPAIO, R. F.; COELHO, C. M.; BARBOSA, F. B.; MANCINI, M. C.; PARREIRA, V. F. Work ability and stress in a bus transportation company in Belo Horizonte, Brazil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.14, n.1, p. 287-296, 2009.

SANTOS, M. N dos.; MARQUES, A. C. Condições de saúde, estilo de vida e características de trabalho de professores de uma cidade do sul do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.18, n.3, p. 837-846, 2013.

SAVIO, K. E. O.; COSTA, T. H. M da.; SCHMITZ, B de. A. S.; SILVA, E. F da. Sexo, renda e escolaridade associados ao nível de atividade física de trabalhadores. **Rev Saúde Pública**, v.42, n.3, p. 457-63, 2008.

SCHNAIDER, T. B. Ética e pesquisa. **Acta Cirúrgica Brasileira**, v.23, n.1, 2008.

SCHNOHR, P.; SCHARLING, H.; JENSEN, J. S. Changes in Leisure-time Physical Activity and Risk of Death: An Observational Study of 7,000 Men and Women. **Am J Epidemiol**, v.158, n.7, p. 639-644, 2003.

SEGHETTO, A.; PICCOLI, J. C. J. Nível de atividade física, prevalência de desconforto e dor muscular e capacidade de trabalho: uma avaliação no setor de *call center* de um banco do Rio Grande do Sul, Brasil. **R. bras. Ci. E Mov**, v.20, n.3, p. 105-117, 2012.

SELL, L. Predicting long-term sickness absence and early retirement pension from self-reported work ability. **Int Arch Occup Environ Health**, v.82, p. 1133-1138, 2009.

SHIGLI, K.; HEBBAL, M. Assessment of changes in oral health-related quality of life among patients with complete denture before and 1 month post-insertion using Geriatric Oral Health Assessment Index. **Gerodontology**, v.27, p. 167-173, 2010.

SILVA FILHO, J. F. A construção do pesquisador em saúde mental e trabalho. In: BORGES, L. H.; MOULIN, M. G. B.; ARAÚJO, M. D. (Orgs.). **Organização do Trabalho e Saúde: Múltiplas Relações**. Vitória: EDUFES, 2001.

SILVA JUNIOR, S. H. A da.; VASCONCELOS, A. G. G.; GRIEP, R. H.; ROTENBERG, L. Validade e confiabilidade do índice de capacidade para o trabalho (ICT) em trabalhadores de enfermagem. **Cad. Saúde Pública**, v.27, n.6, p. 1077-1087, 2011.

SILVA, A. A.; ROTENBERG, L.; FISCHER, F. M. Jornadas de trabalho na enfermagem: entre necessidades individuais e condições de trabalho. **Rev Saúde Pública**, v.45, n.6, p. 1117-26, 2011.

SIMONSEN, R. C. **História econômica do Brasil (1500/1820)**. 3. Ed. São Paulo: Nacional, 1957.

SPITZER, R. L.; KROENKE, K.; WILLIAMS, J. B. W. Validation and utility of a self-report version of PRIME-MD. **JAMA**, v.282, n.18, p. 1737-44, 1999.

STEENBEEK, R.; SCHELLART, A. J. M.; MULDER, H.; ANEMA, J. R.; KRONEMAN, H. The development of instruments to measure the work disability assessment behavior of insurance physicians. **BMC Public Health**, v.11, n.1, p. 1-18, 2011.

STUCHI, V. H. N. A valorização do trabalho humano como forma de realização do ideal de justiça social. **Scientia FAER**, Olímpia- SP, v.2, ano 2, 2010.

TANAKA, O. Y. et al. Gerenciamento do setor saúde na década de 80, no Estado de São Paulo, Brasil. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v.26, n.3, p. 185-194, 1992.

TANAKA, O. Y.; RESENBERG, C. P. Análise da utilização pela clientela de uma unidade ambulatorial da Secretaria da Saúde do Município de São Paulo, SP (Brasil). **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v.24, n.1, p. 60-68, 1990.

TUOMI, K. et al. **Índice de capacidade para o trabalho**. Tradução: FISCHER, F. M. (coord.). São Carlos: EdufSCar, 2005.

TUOMI, K. et al. Promotion of work ability, the quality of work and retirement. **Occup. Med.**, v. 51, p. 318-324, 2001.

TUOMI, K.; LUOSTARINEN, T.; ILMARINEN, J.; KLOCKARS, M. Work load and individual factors affecting work disability among aging municipal employees. **Scand J Work Environ Health**, v.17, supl.1, p. 94-98, 1991.

UFJF. **Biblioteca Universitária**: Centro de difusão do conhecimento. Disponível em: <<http://www.ufjf.br/biblioteca/servicos/acervo/>>. Acesso em: 22 jan. 2013.

UFJF. **Consórcio das Universidade Federais do Sul-Sudeste de Minas Gerais**. Versão 18 de outubro de 2010. Disponível em? [http://www.ufjf.br/secom/files/2010/11/CONSORCIO\\_minuta-PDIC\\_versao\\_18-10-2010.pdf](http://www.ufjf.br/secom/files/2010/11/CONSORCIO_minuta-PDIC_versao_18-10-2010.pdf) Acesso em: 08 out. 2013.

UFJF. **Dados estatísticos, cursos e recursos humanos.** Disponível em: <<http://www.ufjf.br/portal/universidade/ufjf/dados-estatisticos/>>. Acesso em 22 jan. 2013.

UFJF. **Mapas.** Disponível em: <<http://www.ufjf.br/portal/universidade/ufjf/mapas/>>. Acesso em 22 jan. 2013.

UFJF. UFJF anuncia maior pacote de investimentos da história; em 2012 foram mais de R\$ 530 milhões. **Secretaria de Comunicação da UFJF**, Juiz de Fora, dez. 2012. Disponível em: <<http://www.ufjf.br/secom/2012/12/10/ufjf-anuncia-maior-pacote-de-investimentos-da-historia/>>. Acesso em: 04 fev. 2013.

UFJF. UFJF divulga relatório de gestão de 2011 e faz balanço do Reuni. **Secretaria de Comunicação da UFJF**, Juiz de Fora, abr. 2012. Disponível em: <<http://www.ufjf.br/secom/2012/04/03/ufjf-divulga-relatorio-de-gestao-de-2011-e-faz-balanco-do-reuni/>>. Acesso em 04 fev. 2013.

VON BONSDORFF, M. E.; KOKKO, K.; SEITSAMO, J.; VON BONSDORFF, M. B.; NYGARD, C-H; ILMARINEN, J.; RANTANEN, J. Work strain in midlife and 28-year work ability trajectories, **Scand J Work Environ Health**, v.37, n.6, p. 455-63, 2011.

WALSH, I. A .P.; CORRAL, S.; FRANCO, R. N.; CANETTI, E. E. F.; ALEM, M. E. R.; COURY, H. J. C. G. Capacidade para o trabalho em indivíduos com lesões músculo-esqueléticas crônicas. **Rev Saúde Pública**, v.38, n.2, p. 149-56, 2004.

WANG, P.S.; SIMON, G.; KESSLER, R. C. The economic burden of depression and the cost-effectiveness of treatment. **Int J Methods Psychiatr Res**, v. 12, n.1, p. 22-33, 2003.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Neuroscience of psychoactive substance use and dependence.** Geneva, Switzerland, 2004.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **World no tobacco day 2004 materials** [homepage on the Internet]. Geneva, 2004. Disponível em: <http://www.who.int/tobacco/resources/publications/wntd/2004/> Acesso em: 02 de nov. de 2013.

YORKSTON, K. M.; BOURGEOIS, M. S.; BAYLOR, C. R. Communication and Aging. **Phys. Med. & Rehabilitation Clin. North Am.**, v. 21, p. 309-319, 2010.

YOUNG, D. R.; AICKIN, M.; BRANTLEY, P.; ELMER, P. J.; HARSHA, D. W.; KING, A. C.; STEVENS, V. J. Physical activity, cardiorespiratory fitness, and their relationship to cardiovascular risk factors in African Americans and non-African Americans with Above-Optimal blood pressure. **Journal of Community Health**, v.30, n.2, p. 107-124, 2005.

## ANEXOS

ANEXO A- I Inquérito sobre Condições de Trabalho e de Vida dos Trabalhadores da UFJF



UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA  
NÚCLEO DE ASSESSORIA, TREINAMENTO E ESTUDOS EM SAÚDE  
FACULDADE DE ENFERMAGEM

**I Inquérito sobre Condições de Trabalho e de  
Vida dos Trabalhadores da UFJF**

## INSTRUÇÕES

- Antes de responder, leia toda a pergunta e todas as opções de resposta.
- Tenha calma, e preste atenção ao que esta sendo perguntado.
- Não deixe perguntas ou itens em branco a não ser que o próprio questionário o (a) instrua a fazer isto.
- Se você não se lembrar com exatidão o que está sendo perguntado, tente responder da forma mais aproximada possível.
- Para todas as perguntas, há sempre uma resposta que se aplica melhor ao seu caso.
- Qualquer dúvida pode perguntar para quem está aplicando o questionário.

Muito Obrigado!  
Sua participação é muito importante.

## BLOCO A

Vamos começar, com perguntas sobre o seu estado de saúde.

A1. De modo geral, em comparação com pessoas de sua idade, como você considera o seu próprio estado de saúde?

- 1  Muito bom  
 2  Bom  
 3  Regular  
 4  Ruim  
 5  Muito ruim

A2. De modo geral, como você considera o seu estado de saúde bucal (dentes e gengiva)?

- 1  Muito bom  
 2  Bom  
 3  Regular  
 4  Ruim  
 5  Muito ruim

A3. Alguma vez um MÉDICO ou outro PROFISSIONAL DE SAÚDE lhe informou que você tinha ou tem pressão alta?

- 1  Sim, apenas uma vez  
 2  Sim, mais de uma vez  
 3  Não → Se Não, passe para a pergunta A5

A4. Com que idade você foi informado (a) pela primeira vez que tinha pressão alta?

Com \_\_\_\_ anos de idade

As próximas perguntas são sobre problemas de saúde que o (a) impediram de realizar alguma de suas atividades habituais (por exemplo, trabalho, estudo, lazer ou tarefas domésticas), nas ÚLTIMAS DUAS SEMANAS

A5. Nas ÚLTIMAS DUAS SEMANAS, você ficou impedido (a) de realizar alguma de suas atividades habituais por algum problema de saúde que você teve ou tem? Considere QUALQUER problema de saúde, por exemplo – dores (dente, cabeça, etc), infecções, qualquer tipo de acidente, estados de depressão ou ansiedade, outros.

- 1  Sim  
 2  Não → Se Não, passe para a pergunta B1

## BLOCO B

**Agora, nós queremos saber como você tem passado, nas ÚLTIMAS DUAS SEMANAS, em relação aos aspectos abaixo relacionados. Aqui queremos saber apenas sobre problemas mais recentes, e não sobre aqueles que você possa ter tido no passado.**

B1. Durante as ÚLTIMAS 2 SEMANAS, com que frequência você foi incomodado(a) por qualquer um dos problemas abaixo?

1. Pouco interesse ou pouco prazer em fazer as coisas

Nenhuma vez     Vários dias     Mais da metade dos dias     Quase todos os dias

2. Se sentir “para baixo”, deprimido(a) ou sem perspectiva.

Nenhuma vez     Vários dias     Mais da metade dos dias     Quase todos os dias

3. Dificuldade para pegar no sono ou permanecer dormindo, ou dormir mais do que de costume.

Nenhuma vez     Vários dias     Mais da metade dos dias     Quase todos os dias

4. Se sentir cansado(a) ou com pouca energia.

Nenhuma vez     Vários dias     Mais da metade dos dias     Quase todos os dias

5. Falta de apetite ou comendo demais.

Nenhuma vez     Vários dias     Mais da metade dos dias     Quase todos os dias

6. Se sentir mal consigo mesmo(a) – ou achar que você é um fracasso ou que decepcionou sua família ou você mesmo(a).

Nenhuma vez     Vários dias     Mais da metade dos dias     Quase todos os dias

7. Dificuldade para se concentrar nas coisas, como ler o jornal ou ver televisão.

Nenhuma vez     Vários dias     Mais da metade dos dias     Quase todos os dias

8. Lentidão para se movimentar ou falar, a ponto das outras pessoas perceberem? Ou o oposto – estar tão agitado (a) ou inquieto (a) que você fica andando de um lado para o outro muito mais do que de costume.

0  Nenhuma vez    1  Vários dias    2  Mais da metade dos dias    3  Quase todos os dias

9. Pensar em se ferir de alguma maneira ou que seria melhor estar morto (a).

0  Nenhuma vez    1  Vários dias    2  Mais da metade dos dias    3  Quase todos os dias

B2. Se você assinalou QUALQUER um dos problemas citados acima (questão B1), indique o grau de DIFICULDADE que os mesmos lhe causaram para realizar seu trabalho, tomar conta das coisas em casa ou para se relacionar com as pessoas?

0  Nenhuma dificuldade    1  Alguma dificuldade    2  Muita dificuldade    3  Extrema dificuldade

B3. Nas ÚLTIMAS SEMANAS, você usou algum medicamento?

1  Sim

2  Não

→ Se SIM, que medicamento(s) você usou nas ÚLTIMAS DUAS SEMANAS?

\_\_\_\_\_



## BLOCO C

**Agora vamos fazer algumas perguntas sobre sua saúde bucal**

C1. Como você classifica sua saúde bucal?				
1 <input type="checkbox"/> Péssima	2 <input type="checkbox"/> Ruim	3 <input type="checkbox"/> Regular	4 <input type="checkbox"/> Boa	5 <input type="checkbox"/> Ótima

C2. Como você classifica sua mastigação?				
1 <input type="checkbox"/> Péssima	2 <input type="checkbox"/> Ruim	3 <input type="checkbox"/> Regular	4 <input type="checkbox"/> Boa	5 <input type="checkbox"/> Ótima

C3. Como você classifica sua fala devido aos dentes e gengivas?				
1 <input type="checkbox"/> Péssima	2 <input type="checkbox"/> Ruim	3 <input type="checkbox"/> Regular	4 <input type="checkbox"/> Boa	5 <input type="checkbox"/> Ótima

C4. De que forma a sua saúde bucal afeta o seu relacionamento com outras pessoas?				
1 <input type="checkbox"/> Não afeta	2 <input type="checkbox"/> Afeta pouco	3 <input type="checkbox"/> Afeta mais ou menos	4 <input type="checkbox"/> Afeta muito	5 <input type="checkbox"/> Não sabe

C5. O quanto de dor seus dentes e gengivas causaram nos últimos 03 meses?				
1 <input type="checkbox"/> Nenhuma dor	2 <input type="checkbox"/> Pouca dor	3 <input type="checkbox"/> Média dor	4 <input type="checkbox"/> Muita dor	

Nos últimos 03 meses você....				
-------------------------------	--	--	--	--

C6. Limitou o tipo ou quantidade de alimentos que come devido a problemas com seus dentes ou próteses?				
1 <input type="checkbox"/> Sempre	2 <input type="checkbox"/> Algumas vezes	3 <input type="checkbox"/> Nunca		

C7. Tem problemas mordendo ou mastigando alimentos como carne ou maçã?				
1 <input type="checkbox"/> Sempre	2 <input type="checkbox"/> Algumas vezes	3 <input type="checkbox"/> Nunca		

C8. Foi capaz de engolir confortavelmente?				
1 <input type="checkbox"/> Sempre	2 <input type="checkbox"/> Algumas vezes	3 <input type="checkbox"/> Nunca		

C9. Seus dentes ou prótese o impediram de falar da maneira como queria?		
<sub>1</sub> <input type="checkbox"/> Sempre	<sub>2</sub> <input type="checkbox"/> Algumas vezes	<sub>3</sub> <input type="checkbox"/> Nunca

C10. Foi capaz de comer qualquer coisa sem sentir desconforto?		
<sub>1</sub> <input type="checkbox"/> Sempre	<sub>2</sub> <input type="checkbox"/> Algumas vezes	<sub>3</sub> <input type="checkbox"/> Nunca

C11. Limitou seus contatos com outras pessoas devido às condições de seus dentes ou prótese?		
<sub>1</sub> <input type="checkbox"/> Sempre	<sub>2</sub> <input type="checkbox"/> Algumas vezes	<sub>3</sub> <input type="checkbox"/> Nunca

C12. Sentiu-se contente ou feliz com o aspecto de seus dentes ou prótese?		
<sub>1</sub> <input type="checkbox"/> Sempre	<sub>2</sub> <input type="checkbox"/> Algumas vezes	<sub>3</sub> <input type="checkbox"/> Nunca

C13. Usou medicamentos para evitar dor ou desconforto relativo à boca?		
<sub>1</sub> <input type="checkbox"/> Sempre	<sub>2</sub> <input type="checkbox"/> Algumas vezes	<sub>3</sub> <input type="checkbox"/> Nunca

C14. Preocupou-se ou teve cuidado com seus dentes, gengivas ou próteses?		
<sub>1</sub> <input type="checkbox"/> Sempre	<sub>2</sub> <input type="checkbox"/> Algumas vezes	<sub>3</sub> <input type="checkbox"/> Nunca

C15. Sentiu-se nervoso ou tomou consciência de problemas com seus dentes, gengivas ou prótese?		
<sub>1</sub> <input type="checkbox"/> Sempre	<sub>2</sub> <input type="checkbox"/> Algumas vezes	<sub>3</sub> <input type="checkbox"/> Nunca

C16. Sentiu desconforto ao alimentar-se em frente a outras pessoas?		
<sub>1</sub> <input type="checkbox"/> Sempre	<sub>2</sub> <input type="checkbox"/> Algumas vezes	<sub>3</sub> <input type="checkbox"/> Nunca

C17. Teve sensibilidade nos dentes ou gengivas ao contato com calor, frio ou doces?		
<sub>1</sub> <input type="checkbox"/> Sempre	<sub>2</sub> <input type="checkbox"/> Algumas vezes	<sub>3</sub> <input type="checkbox"/> Nunca

## BLOCO D

**As próximas perguntas se referem a alguns hábitos alimentares.**

D1. Aproximadamente quanto você pesava aos 20 anos de idade?
_____ Kg

D2. Com que frequência você consome frutas frescas?
<ol style="list-style-type: none"> <li>1 <input type="checkbox"/> Nunca ou menos frequentemente que 1 vez por mês</li> <li>2 <input type="checkbox"/> 1 a 3 vezes por mês</li> <li>3 <input type="checkbox"/> 1 a 3 vezes por semana</li> <li>4 <input type="checkbox"/> 4 a 6 vezes por semana</li> <li>5 <input type="checkbox"/> diariamente</li> <li>6 <input type="checkbox"/> 3 vezes por dia</li> </ol>

D3. Com que frequência você consome alimentos fritos (frituras)
<ol style="list-style-type: none"> <li>1 <input type="checkbox"/> Nunca ou menos frequentemente que 1 vez por mês</li> <li>2 <input type="checkbox"/> 1 a 3 vezes por mês</li> <li>3 <input type="checkbox"/> 1 a 3 vezes por semana</li> <li>4 <input type="checkbox"/> 4 a 6 vezes por semana</li> <li>5 <input type="checkbox"/> diariamente</li> <li>6 <input type="checkbox"/> 3 vezes por dia</li> </ol>

D4. Com que frequência você consome verduras?
<ol style="list-style-type: none"> <li>1 <input type="checkbox"/> Nunca ou menos frequentemente que 1 vez por mês</li> <li>2 <input type="checkbox"/> 1 a 3 vezes por mês</li> <li>3 <input type="checkbox"/> 1 a 3 vezes por semana</li> <li>4 <input type="checkbox"/> 4 a 6 vezes por semana</li> <li>5 <input type="checkbox"/> diariamente</li> <li>6 <input type="checkbox"/> 3 vezes por dia</li> </ol>

D5. Que tipo de leite você consome com maior frequência?
<ol style="list-style-type: none"> <li>1 <input type="checkbox"/> Não tomo leite</li> <li>2 <input type="checkbox"/> Leite normal ou integral</li> <li>3 <input type="checkbox"/> Leite desnatado ou semidesnatado</li> </ol>

## BLOCO E

**As próximas perguntas se referem à realização de atividades físicas. As perguntas estão relacionadas ao tempo que você gastou fazendo atividades físicas na ÚLTIMA SEMANA.**

**As perguntas incluem atividades que você fez no trabalho, para ir de um lugar a outro, por lazer, por esporte, por exercício ou como parte das suas atividades em casa ou no jardim.**

Para responder as questões lembre que –

Atividades físicas VIGOROSAS são aquelas que precisam de um grande esforço físico e que fazem respirar MUITO mais forte que o normal.

Atividades físicas MODERADAS são aquelas que precisam de algum esforço físico e que fazem respirar UM POUCO mais forte que o normal.

Para responder as perguntas pense somente nas atividades que você realiza por **pelo menos 10 minutos contínuos** de cada vez.

E1. Em quantos dias da última semana você CAMINHOU por **pelo menos 10 minutos contínuos** em casa ou no trabalho, como forma de transporte para ir de um lugar para outro, por lazer, por prazer ou como forma de exercício?

Dias \_\_\_\_\_ por SEMANA  Nenhum

E2. Nos dias em que você caminhou por **pelo menos 10 minutos contínuos** quanto tempo no total você gastou caminhando **por dia**?

Horas \_\_\_\_\_ Minutos \_\_\_\_\_

E3. Em quantos dias da última semana, você realizou atividades MODERADAS, por **pelo menos 10 minutos contínuos**.

Como por exemplo – pedalar leve na bicicleta, nadar, dançar, fazer ginástica aeróbica leve, jogar vôlei recreativo, carregar pesos leves, fazer serviços domésticos na casa, no quintal ou no jardim como varrer, aspirar, cuidar do jardim, ou qualquer atividade que fez aumentar moderadamente sua respiração ou batimentos do coração (POR FAVOR, NÃO INCLUA CAMINHADA).

Dias \_\_\_\_\_ por SEMANA  Nenhum

E4. Nos dias em que você fez essas atividades moderadas por **pelo menos 10 minutos contínuos** quanto tempo no total você gastou fazendo essas atividades **por dia**?

\_\_\_\_\_ Horas \_\_\_\_\_ Minutos

E5. Em quantos dias da última semana, você realizou atividades VIGOROSAS, por **pelo menos 10 minutos contínuos**.

Como por exemplo – corre, fazer ginástica aeróbica, jogar futebol, pedalar rápido na bicicleta,

jogar basquete, fazer serviços domésticos pesados em casa, no quintal ou cavoucar (capinar) no jardim, carregar pesos elevados ou qualquer atividade que fez aumentar MUITO sua respiração ou batimentos do coração.

Dias \_\_\_\_\_ por SEMANA  Nenhum

E6. Nos dias em que você fez essas atividades vigorosas por **pelo menos 10 minutos contínuos** quanto tempo no total você gastou fazendo essas atividades **por dia**?

\_\_\_\_\_ Horas \_\_\_\_\_ Minutos

Estas últimas questões são sobre o tempo que você permanece sentado todo dia, no trabalho, na escola ou faculdade, em casa e durante seu tempo livre. Isto inclui o tempo sentado estudando, sentado enquanto descansa, fazendo lição de casa visitando um amigo, lendo, sentado ou deitado assistindo TV. Não inclua o tempo gasto durante o transporte em ônibus, trem, metrô ou carro.

E7. Quanto tempo no total você gasta sentado durante um dia de semana?

\_\_\_\_\_ Horas \_\_\_\_\_ Minutos

E8. Quanto tempo no total você gasta sentado durante um dia de final de semana?

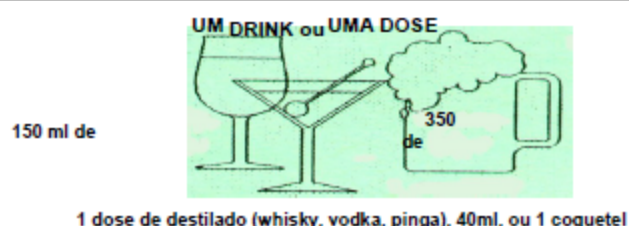
\_\_\_\_\_ Horas \_\_\_\_\_ Minutos

## BLOCO F

Agora, gostaríamos de saber a respeito de alguns hábitos relacionados à saúde.

Para esta pesquisa é importante que você responda sobre o seu uso de álcool.  
**Suas respostas permanecerão confidenciais.**  
 Por favor, responda com toda sinceridade.

Para responder lembre que – Um drink ou uma dose é igual a 150ml de vinho (01 taça), ou 350 ml de cerveja (uma lata pequena) ou 40 ml de whisky, vodka, pinga ou coquetel.



F1. Qual a frequência do seu consumo de bebidas alcoólicas?

0  Nenhuma    1  Uma ou menos de uma vez por mês    2  2 a 4 vezes por mês    3  2 a 3 vezes por semana    4  4 ou mais vezes por semana

F2. Quantas doses contendo álcool você consome num dia típico quando você está bebendo?

0  Nenhuma    1  1 a 2    2  3 a 4    3  5 a 6    4  7 a 9    5  10 ou mais vezes

F3. Qual a frequência que você consome 6 (seis) ou mais doses de bebida alcoólica em uma única ocasião?

0  Nunca    1  Menos que mensalmente    2  Mensalmente    3  Semanalmente    4  Diariamente ou quase diariamente

F4. Com que frequência, durante os últimos 12 (doze) meses, você percebeu que não conseguia parar de beber uma vez que havia começado?

0  Nunca    1  Menos que mensalmente    2  Mensalmente    3  Semanalmente    4  Diariamente ou quase diariamente

F5. Quantas vezes ao longo dos últimos 12 (doze) meses você não conseguiu fazer o que era esperado de você por causa do álcool?

0  Nunca    1  Menos que mensalmente    2  Mensalmente    3  Semanalmente    4  Diariamente ou quase diariamente

F6. Quantas vezes durante os últimos 12 (doze) meses você precisou beber pela manhã para poder se sentir bem ao longo do dia, após ter bebido bastante no dia anterior?

0  Nunca      1  Menos que mensalmente      2  Mensalmente      3  Semanalmente      4  Diariamente ou quase diariamente

F7. Quantas vezes durante os últimos 12 (doze) meses você se sentiu culpado ou com remorso após ter bebido?

0  Nunca      1  Menos que mensalmente      2  Mensalmente      3  Semanalmente      4  Diariamente ou quase diariamente

F8. Quantas vezes durante os últimos 12 (doze) meses você não conseguiu lembrar o que aconteceu na noite anterior porque você estava bebendo?

0  Nunca      1  Menos que mensalmente      2  Mensalmente      3  Semanalmente      4  Diariamente ou quase diariamente

F9. Você já causou ferimentos ou prejuízos a você mesmo ou a outra pessoa após ter bebido?

0  Não      1  Sim, mas não no último ano      2  Sim, durante o último ano

F10. Alguém ou algum parente, amigo ou médico, já se preocupou com o fato de você beber ou sugeriu que você parasse?

0  Não      1  Sim, mas não no último ano      2  Sim, durante o último ano

Agora faremos algumas perguntas sobre o consumo de TABACO

F11. Atualmente você fuma cigarro ou cachimbo ou charuto ou cigarro de palha?	
1 <input type="checkbox"/> Sim	
2 <input type="checkbox"/> Não, nunca fumei	—————▶ Passe para pergunta F34
3 <input type="checkbox"/> Não, fumei no passado, mas parei de fumar	—————▶ Passe para pergunta F31

F12. Com que idade você começou a fumar? _____
--

F13. Você já tentou parar de fumar?	
1 <input type="checkbox"/> Sim	—————▶ Quantas vezes _____
2 <input type="checkbox"/> Não	

F14. Algum familiar seu fuma?	
1 <input type="checkbox"/> Sim, Quem? _____	
2 <input type="checkbox"/> Não	

F15. Quando você está em público você se afasta para fumar?	
1 <input type="checkbox"/> Sim	
2 <input type="checkbox"/> Não	

F16. Você já teve alguma doença relacionada ao tabagismo?	
1 <input type="checkbox"/> Sim, Qual? _____	
2 <input type="checkbox"/> Não	

F17. Como você percebe a reação dos seus colegas no trabalho quando você está fumando?	
1 <input type="checkbox"/> Ninguém reclama	
2 <input type="checkbox"/> Vão fumar junto com você	
3 <input type="checkbox"/> Eles se afastam, mas não falam nada	
4 <input type="checkbox"/> Reclamam	
5 <input type="checkbox"/> Eles se sentem incomodados	

F18. Você fuma mais em casa ou no trabalho?	
1 <input type="checkbox"/> Em casa	
2 <input type="checkbox"/> No trabalho	

F19. Quando você está de folga, fuma a mesma quantidade do que quando esta trabalhando?	
1 <input type="checkbox"/> Sim	
2 <input type="checkbox"/> Não	—————▶ Vá para a pergunta F21



F20. Quando você fuma mais?
1 <input type="checkbox"/> Em dias de trabalho 2 <input type="checkbox"/> Em dias de folga
F21. Há uma área reservada para quem fuma no seu trabalho?
1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não
F22. Você deixa seu local de trabalho para fumar?
1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não
F23. Você se informa a respeito do tabaco e seus prejuízos a saúde?
1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não
F24. Seus colegas de trabalho discutem assuntos relacionados ao tabagismo e seus prejuízos a saúde?
1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não
F25. Quanto tempo após acordar você fuma o primeiro cigarro?
1 <input type="checkbox"/> Dentro de 5 minutos 2 <input type="checkbox"/> Entre 6 e 30 minutos 3 <input type="checkbox"/> Entre 31 e 60 minutos 4 <input type="checkbox"/> Após 60 minutos
F26. Você acha difícil não fumar em lugares públicos como igrejas, bibliotecas , etc?
1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não
F27. Qual cigarro do dia que traz mais satisfação?
1 <input type="checkbox"/> O primeiro da manhã 2 <input type="checkbox"/> Outros

F28. Quantos cigarros você fuma por dia?
1 <input type="checkbox"/> Menos de 10
2 <input type="checkbox"/> De 11 a 20
3 <input type="checkbox"/> De 21 a 30
4 <input type="checkbox"/> Mais de 30

F29. Você fuma mais frequentemente pela manhã?
1 <input type="checkbox"/> Sim
2 <input type="checkbox"/> Não

F30. Você fuma mesmo doente, quando precisa de ficar de cama a maior parte do tempo?
1 <input type="checkbox"/> Sim
2 <input type="checkbox"/> Não

Essas três perguntas são apenas para quem fumava mas já parou

F31. Há quanto tempo você parou de fumar?
_____ Anos _____ Meses

F32. Durante quanto tempo você fumou?
_____ Anos _____ Meses

F33. Quando você fumava, quantos cigarros fumava, em média por dia?
_____ cigarros <input type="checkbox"/> Menos de 1 cigarro por dia

Essas perguntas são para todos

F34. Você fica em contato com a fumaça de cigarro de outras pessoas em sua casa, trabalho ou escola?
1 <input type="checkbox"/> Sim
2 <input type="checkbox"/> Não

## BLOCO G

**As próximas perguntas são sobre aspectos da sua vida com a família, amigos e algumas atividades em grupo.**

G1. Com quantos PARENTES você se sente à vontade e pode falar sobre quase tudo? (Se for o caso, inclua esposo(a) companheiro(a) ou filhos nesta resposta.)

\_\_\_\_\_ parentes                      1  Nenhum

G2. Com quantos AMIGOS você se sente à vontade e pode falar sobre quase tudo? (Não inclua nesta resposta esposo(a), companheiro(a) e outros parentes.)

\_\_\_\_\_ amigos                      1  Nenhum

G3. Nos ÚLTIMOS 12 MESES, você participou de atividades **esportivas** em grupo (futebol, vôlei, basquete, outros) ou atividades **artísticas** em grupo (grupo musical, coral, artes plásticas, outras)?

- 1  Sim  
2  Não

Se **SIM**, com que frequência?

- 1  Mais de uma vez por semana  
2  1 vez por semana  
3  2 a 3 vezes por mês  
4  Algumas vezes no ano  
5  Uma vez no ano

G4. Nos ÚLTIMOS 12 MESES, você participou de reuniões de associações de moradores ou funcionários, sindicatos ou partidos?

- 1  Sim  
2  Não

Se **SIM**, com que frequência?

- 1  Mais de uma vez por semana  
2  1 vez por semana  
3  2 a 3 vezes por mês  
4  Algumas vezes no ano  
5  Uma vez no ano

G5. Nos ÚLTIMOS 12 MESES, você participou de **trabalho voluntário** não remunerado, em organizações não-governamentais (ONGs), de caridade, ou outras?

- 1  Sim  
2  Não

Se SIM, com que frequência?

- 1  Mais de uma vez por semana  
2  1 vez por semana  
3  2 a 3 vezes por mês  
4  Algumas vezes no ano  
5  Uma vez no ano

G6. Nos ÚLTIMOS 12 MESES (sem contar com situações como casamento, batizado, ou enterro), com que frequência você compareceu a cultos ou atividades da sua religião ou de outra religião?

- 1  Mais de 1 vez por semana  
2  1 vez por semana  
3  2 a 3 vezes por mês  
4  Algumas vezes no ano  
5  Uma vez no ano  
6  Não compareci nenhuma vez

**A seguir faremos perguntas sobre situações em que as pessoas procuram por outras em busca de companhia, apoio ou ajuda.**

G7. Se você precisar...

Com que frequência conta com alguém que o ajude, se ficar de cama?

- 1  Nunca      2  Raramente      3  Às vezes      4  Quase sempre      5  Sempre

G8. Se você precisar...

Com que frequência conta com alguém para lhe ouvir, quando você precisa falar?

- 1  Nunca      2  Raramente      3  Às vezes      4  Quase sempre      5  Sempre

G9. Se você precisar...

Com que frequência conta com alguém para lhe dar bons conselhos em uma situação de crise?

- 1  Nunca      2  Raramente      3  Às vezes      4  Quase sempre      5  Sempre

G10. Se você precisar...

Com que frequência conta com alguém para levá-lo(a) ao médico?

- 1  Nunca      2  Raramente      3  Às vezes      4  Quase sempre      5  Sempre

G11. Se você precisar...	
Com que frequência conta com alguém que demonstre amor e afeto por você?	
1 <input type="checkbox"/> Nunca	2 <input type="checkbox"/> Raramente
3 <input type="checkbox"/> Às vezes	4 <input type="checkbox"/> Quase sempre
5 <input type="checkbox"/> Sempre	

G12. Se você precisar...	
Com que frequência conta com alguém para se divertir junto?	
1 <input type="checkbox"/> Nunca	2 <input type="checkbox"/> Raramente
3 <input type="checkbox"/> Às vezes	4 <input type="checkbox"/> Quase sempre
5 <input type="checkbox"/> Sempre	

G13. Se você precisar...	
Com que frequência conta com alguém para lhe dar informação que o(a) ajude a compreender uma determinada situação?	
1 <input type="checkbox"/> Nunca	2 <input type="checkbox"/> Raramente
3 <input type="checkbox"/> Às vezes	4 <input type="checkbox"/> Quase sempre
5 <input type="checkbox"/> Sempre	

G14. Se você precisar...	
Com que frequência conta com alguém em quem confiar ou para falar de você ou sobre seus problemas?	
1 <input type="checkbox"/> Nunca	2 <input type="checkbox"/> Raramente
3 <input type="checkbox"/> Às vezes	4 <input type="checkbox"/> Quase sempre
5 <input type="checkbox"/> Sempre	

G15. Se você precisar...	
Com que frequência conta com alguém que lhe dê um abraço?	
1 <input type="checkbox"/> Nunca	2 <input type="checkbox"/> Raramente
3 <input type="checkbox"/> Às vezes	4 <input type="checkbox"/> Quase sempre
5 <input type="checkbox"/> Sempre	

G16. Se você precisar...	
Com que frequência conta com alguém com quem relaxar?	
1 <input type="checkbox"/> Nunca	2 <input type="checkbox"/> Raramente
3 <input type="checkbox"/> Às vezes	4 <input type="checkbox"/> Quase sempre
5 <input type="checkbox"/> Sempre	

G17. Se você precisar...	
Com que frequência conta com alguém para preparar suas refeições, se você não puder prepará-las?	
1 <input type="checkbox"/> Nunca	2 <input type="checkbox"/> Raramente
3 <input type="checkbox"/> Às vezes	4 <input type="checkbox"/> Quase sempre
5 <input type="checkbox"/> Sempre	

G18. Se você precisar...	
Com que frequência conta com alguém de quem você realmente quer conselhos?	
1 <input type="checkbox"/> Nunca	2 <input type="checkbox"/> Raramente
3 <input type="checkbox"/> Às vezes	4 <input type="checkbox"/> Quase sempre
5 <input type="checkbox"/> Sempre	

G19. Se você precisar...	
Com que frequência conta com alguém com quem distrair a cabeça?	
1 <input type="checkbox"/> Nunca	2 <input type="checkbox"/> Raramente
3 <input type="checkbox"/> Às vezes	4 <input type="checkbox"/> Quase sempre
5 <input type="checkbox"/> Sempre	

G20. Se você precisar... Com que frequência conta com alguém para ajudá-lo nas tarefas diárias, se você ficar doente?
1 <input type="checkbox"/> Nunca      2 <input type="checkbox"/> Raramente      3 <input type="checkbox"/> Às vezes      4 <input type="checkbox"/> Quase sempre      5 <input type="checkbox"/> Sempre

G21. Se você precisar... Com que frequência conta com alguém para compartilhar suas preocupações e medos mais íntimos?
1 <input type="checkbox"/> Nunca      2 <input type="checkbox"/> Raramente      3 <input type="checkbox"/> Às vezes      4 <input type="checkbox"/> Quase sempre      5 <input type="checkbox"/> Sempre


G22. Se você precisar... Com que frequência conta com alguém para dar sugestões sobre como lidar com um problema pessoal?
1 <input type="checkbox"/> Nunca      2 <input type="checkbox"/> Raramente      3 <input type="checkbox"/> Às vezes      4 <input type="checkbox"/> Quase sempre      5 <input type="checkbox"/> Sempre

G23. Se você precisar... Com que frequência conta com alguém com quem fazer coisas agradáveis?
1 <input type="checkbox"/> Nunca      2 <input type="checkbox"/> Raramente      3 <input type="checkbox"/> Às vezes      4 <input type="checkbox"/> Quase sempre      5 <input type="checkbox"/> Sempre

G24. Se você precisar... Com que frequência conta com alguém que compreenda seus problemas?
1 <input type="checkbox"/> Nunca      2 <input type="checkbox"/> Raramente      3 <input type="checkbox"/> Às vezes      4 <input type="checkbox"/> Quase sempre      5 <input type="checkbox"/> Sempre

G25. Se você precisar... Com que frequência conta com alguém que você ame e que faça você se sentir querido?
1 <input type="checkbox"/> Nunca      2 <input type="checkbox"/> Raramente      3 <input type="checkbox"/> Às vezes      4 <input type="checkbox"/> Quase sempre      5 <input type="checkbox"/> Sempre

**As próximas perguntas são sobre alguns acontecimentos ou situações desagradáveis que podem ter ocorrido com você nos últimos 12 meses.**

G26. Nos ÚLTIMOS 12 MESES, você teve algum problema de saúde que o(a) impediu de realizar alguma de suas atividades habituais (trabalho, estudo ou lazer) por mais de um mês?
1 <input type="checkbox"/> Sim      2 <input type="checkbox"/> Não
 <b>Se SIM, qual foi esse problema de saúde?</b> _____ _____ _____

G27. Nos ÚLTIMOS 12 MESES, você esteve internado em hospital por uma noite, ou mais, em razão de doença ou acidente?

- 1  Sim  
2  Não

Se SIM, qual (is) o(os) motivo(s) dessa(s) internação(oes)?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

G28. Nos ÚLTIMOS 12 MESES, faleceu algum parente próximo seu (pai, mãe, cônjuge, companheiro(a), filho(a) ou irmão(a))?

- 1  Sim  
2  Não

G29. Nos ÚLTIMOS 12 MESES, você enfrentou dificuldades financeiras mais severas do que as habituais?

- 1  Sim  
2  Não

G30. Nos ÚLTIMOS 12 MESES, você foi forçado a mudar de casa contra sua vontade (por exemplo, por aumento de aluguel)?

- 1  Sim  
2  Não

G31. Nos ÚLTIMOS 12 MESES, você passou por algum rompimento de relação amorosa, incluindo divórcio ou separação?

- 1  Sim  
2  Não

G32. Nos ÚLTIMOS 12 MESES, você foi assaltado ou roubado, isto é, teve dinheiro ou algum bem tomado, mediante uso ou ameaça de violência?

- 1  Sim, uma vez  
2  Sim, mais de uma vez  
3  Não

G33. Nos ÚLTIMOS 12 MESES, você foi vítima de alguma agressão física?

- 1  Sim, uma vez  
2  Sim, mais de uma vez  
3  Não

G34. Nos ÚLTIMOS 12 MESES, você foi ferido(a) com arma de fogo (revólver, escopeta, pistola, etc) ou arma branca(faca, navalha, etc)?

1  Sim

2  Não

Quando foi a última vez que isso aconteceu?

1  Há menos de 1 mês

2  Entre 1 e 6 meses atrás

3  Entre 7 e 12 meses atrás

G35. Nos ÚLTIMOS 12 MESES, você presenciou alguém ser ferido(a) com arma de fogo (revólver, escopeta, pistola, etc) ou arma branca(faca, navalha, etc)?

1  Sim

2  Não

Quando foi a última vez que isso aconteceu?

1  Há menos de 1 mês

2  Entre 1 e 6 meses atrás

3  Entre 7 e 12 meses atrás

G36. Nos ÚLTIMOS 12 MESES, você se sentiu discriminado por alguma instituição ou pessoa, por alguma das razões abaixo? (marque SIM ou NÃO para cada item)

Sua cor ou raça  Sim  Não

Ser homem ou mulher  Sim  Não

Sua religião ou culto  Sim  Não

Sua opção ou preferência sexual  Sim  Não

Doença ou deficiência física  Sim  Não

Sua idade  Sim  Não

Sua condição social ou econômica  Sim  Não

Outras (especifique) \_\_\_\_\_

G37. Nos ÚLTIMOS 12 MESES, você sofreu algum acidente de trânsito, seja como motorista, passageiro ou pedestre?

1  Sim

2  Não

Quando foi a última vez que isso aconteceu?

1  Há menos de 1 mês

2  Entre 1 e 6 meses atrás

3  Entre 7 e 12 meses atrás



## BLOCO H

**Agora vamos fazer algumas perguntas sobre seu trabalho.**

H1. Com que idade você começou a trabalhar? _____ anos
H2. Atualmente você tem quantos empregos?
1 <input type="checkbox"/> Um emprego 2 <input type="checkbox"/> Dois empregos 3 <input type="checkbox"/> Três empregos 4 <input type="checkbox"/> Mais de três empregos
H3. O seu horário de trabalho se caracteriza por?
1 <input type="checkbox"/> Horário fixo 2 <input type="checkbox"/> Horário irregular 3 <input type="checkbox"/> Fim de semana 4 <input type="checkbox"/> Diarista/plantão
H4 O seu <b>tempo total de trabalho</b> , em média, <b>POR SEMANA</b> é _____ horas (inclua outras atividades profissionais ou outro local de trabalho)
H5. Você realiza plantões extras?
1 <input type="checkbox"/> Sempre      2 <input type="checkbox"/> Frequentemente      3 <input type="checkbox"/> Raramente      4 <input type="checkbox"/> Nunca
H6. Em que ano você começou a trabalhar na UFJF? _____
H7. Por favor, liste as <b>principais</b> atividades que você desenvolve, com mais frequência, no seu dia-a-dia de trabalho na UFJF?
_____
_____
_____
_____
H8. Há quanto tempo você desempenha, na UFJF as atividades listadas acima?
Há _____ anos      1 <input type="checkbox"/> Menos de 1 ano
H9. Antes de começar a trabalhar na UFJF, você trabalhava?
1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não
H10. Qual era sua ocupação ou atividade nesse seu trabalho anterior ao trabalho na UFJF?
_____

H11. Você recebe adicional de insalubridade, ou penosidade, ou periculosidade?
1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não

H12. Você trabalha durante a noite (em turnos alternantes ou sempre durante a noite)?
1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não

**Agora temos algumas perguntas sobre as características de seu trabalho na UFJF**

H13. Com que frequência você tem que fazer suas tarefas de trabalho com muita rapidez?
1 <input type="checkbox"/> Frequentemente    2 <input type="checkbox"/> Às vezes    3 <input type="checkbox"/> Raramente    4 <input type="checkbox"/> Nunca ou quase nada

H14. Com que frequência você tem que trabalhar intensamente (isto é, produzir muito em pouco tempo)?
1 <input type="checkbox"/> Frequentemente    2 <input type="checkbox"/> Às vezes    3 <input type="checkbox"/> Raramente    4 <input type="checkbox"/> Nunca ou quase nada

H15. Seu trabalho exige demais de você?
1 <input type="checkbox"/> Frequentemente    2 <input type="checkbox"/> Às vezes    3 <input type="checkbox"/> Raramente    4 <input type="checkbox"/> Nunca ou quase nada

H16. Você tem tempo suficiente para cumprir todas as tarefas de seu trabalho?
1 <input type="checkbox"/> Frequentemente    2 <input type="checkbox"/> Às vezes    3 <input type="checkbox"/> Raramente    4 <input type="checkbox"/> Nunca ou quase nada

H17. O seu trabalho costuma apresentar exigências contraditórias ou discordantes?
1 <input type="checkbox"/> Frequentemente    2 <input type="checkbox"/> Às vezes    3 <input type="checkbox"/> Raramente    4 <input type="checkbox"/> Nunca ou quase nada

H18. Você tem possibilidade de aprender coisas novas em seu trabalho?
1 <input type="checkbox"/> Frequentemente    2 <input type="checkbox"/> Às vezes    3 <input type="checkbox"/> Raramente    4 <input type="checkbox"/> Nunca ou quase nada

H19. Seu trabalho exige muita habilidade ou conhecimentos especializados?
1 <input type="checkbox"/> Frequentemente    2 <input type="checkbox"/> Às vezes    3 <input type="checkbox"/> Raramente    4 <input type="checkbox"/> Nunca ou quase nada

H20. Seu trabalho exige que você tome iniciativa?
1 <input type="checkbox"/> Frequentemente    2 <input type="checkbox"/> Às vezes    3 <input type="checkbox"/> Raramente    4 <input type="checkbox"/> Nunca ou quase nada

H21. No seu trabalho, você tem que repetir muitas vezes as mesmas tarefas?			
1 <input type="checkbox"/> Frequentemente	2 <input type="checkbox"/> Às vezes	3 <input type="checkbox"/> Raramente	4 <input type="checkbox"/> Nunca ou quase nada

H22. Você pode escolher <b>COMO</b> fazer seu trabalho?			
1 <input type="checkbox"/> Frequentemente	2 <input type="checkbox"/> Às vezes	3 <input type="checkbox"/> Raramente	4 <input type="checkbox"/> Nunca ou quase nada

H23. Você pode escolher <b>O QUE</b> fazer no seu trabalho?			
1 <input type="checkbox"/> Frequentemente	2 <input type="checkbox"/> Às vezes	3 <input type="checkbox"/> Raramente	4 <input type="checkbox"/> Nunca ou quase nada

**A seguir, por favor, responda até que ponto você concorda ou discorda das seguintes afirmações a respeito de seu ambiente de trabalho na UFJF.**

H24. Existe um ambiente calmo e agradável onde trabalho.			
1 <input type="checkbox"/> Concordo totalmente	2 <input type="checkbox"/> Concordo mais do que discordo	3 <input type="checkbox"/> Discordo mais do que concordo	4 <input type="checkbox"/> Discordo totalmente

H25. No trabalho, nos relacionamos bem uns com os outros.			
1 <input type="checkbox"/> Concordo totalmente	2 <input type="checkbox"/> Concordo mais do que discordo	3 <input type="checkbox"/> Discordo mais do que concordo	4 <input type="checkbox"/> Discordo totalmente

H26. Eu posso contar com o apoio de meus colegas de trabalho.			
1 <input type="checkbox"/> Concordo totalmente	2 <input type="checkbox"/> Concordo mais do que discordo	3 <input type="checkbox"/> Discordo mais do que concordo	4 <input type="checkbox"/> Discordo totalmente

H27. Se eu não estiver em um bom dia, meus colegas compreendem.			
1 <input type="checkbox"/> Concordo totalmente	2 <input type="checkbox"/> Concordo mais do que discordo	3 <input type="checkbox"/> Discordo mais do que concordo	4 <input type="checkbox"/> Discordo totalmente

H28. No trabalho, eu me relaciono bem com meus chefes.			
1 <input type="checkbox"/> Concordo totalmente	2 <input type="checkbox"/> Concordo mais do que discordo	3 <input type="checkbox"/> Discordo mais do que concordo	4 <input type="checkbox"/> Discordo totalmente

H29. Eu gosto de trabalhar com meus colegas.			
1 <input type="checkbox"/> Concordo totalmente	2 <input type="checkbox"/> Concordo mais do que discordo	3 <input type="checkbox"/> Discordo mais do que concordo	4 <input type="checkbox"/> Discordo totalmente

**Agora vamos fazer algumas perguntas sobre como você percebe a sua capacidade para o trabalho.**

I1. Suponha que sua melhor capacidade para o trabalho tem um valor igual a 10 pontos. Assinale com um X um número numa escala de zero a dez, que designe quantos pontos você daria para 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					

I2. 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).

<sup>5</sup>  Muito Boa    <sup>4</sup>  Boa    <sup>3</sup>  Moderada    <sup>2</sup>  Baixa    <sup>1</sup>  Muito Baixa

I3. Como você classificaria sua capacidade atual para o trabalho em relação a exigências mentais de seu trabalho? (Por ex: interpretar fatos, resolver problemas, decidir a melhor forma de fazer.)

<sup>5</sup>  Muito Boa    <sup>4</sup>  Boa    <sup>3</sup>  Moderada    <sup>2</sup>  Baixa    <sup>1</sup>  Muito Baixa

I4. Em sua **opinião**, quais das lesões por acidentes ou doenças citadas abaixo você possui atualmente? Marque **também** aquelas que foram **confirmadas pelo médico**.

	Em minha opinião	Diagnostico médico
Lesão nas costas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lesão nos braços/mãos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lesão em outras partes do corpo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Onde? _____		
Que tipo de lesão? _____		
Doença da parte superior das costas ou região do pescoço, com dores frequentes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Doença da parte inferior das costas, com dores frequentes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dor nas costas que se irradia para perna (ciática)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Doença músculo-esquelética que afeta membros (braços e pernas) com dores frequentes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Artrite reumatóide	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Outra doença músculo-esquelética	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Qual? _____		
Hipertensão arterial (pressão alta)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Em minha opinião	Diagnostico médico
Doença coronariana, dor no peito durante exercício (angina pectoris)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infarto do miocárdio, trombose coronariana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Insuficiência cardíaca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Outra doença cardiovascular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Qual? _____		
Infecções repetidas do trato respiratório (inclusive amigdalite, sinusite aguda, bronquite aguda)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bronquite crônica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sinusite crônica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfisema	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tuberculose pulmonar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Outra doença respiratória	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Qual? _____		
Distúrbio emocional severo (depressão severa)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Distúrbio emocional leve (depressão leve, tensão ansiedade, insônia)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemas ou diminuição da audição	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Doença ou lesão da visão (não assinale se apenas usa óculos e/ou lentes de contato de grau)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Doença neurológica (acidente vascular encefálico ou “derrame”, neuralgia, enxaqueca, epilepsia)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Outra doença neurológica ou dos órgãos do sentido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Qual? _____		
Pedras ou doença da vesícula biliar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Doença do pâncreas ou do fígado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Úlcera gástrica ou duodenal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gastrite ou irritação do cólon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Outra doença digestiva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Qual? _____		
Infecção das vias urinárias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Em minha opinião	Diagnostico médico
Doença dos rins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Doença dos genitais e aparelho reprodutor (problema nas trompas ou nas próstatas)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Outra doença geniturinária	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Qual? _____		
Alergia, eczema	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Outra erupção	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Qual? _____		
Outra doença de pele	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Qual? _____		
Tumor benigno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tumor maligno (câncer)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Onde? _____		
Obesidade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bócio ou outra doença da tireóide	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Outra doença endócrina ou metabólica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Qual? _____		
Anemia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Outra doença do sangue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Qual? _____		
Defeito do nascimento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Qual? _____		
Outro problema ou doença	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Qual? _____		

I5. Sua lesão ou doença é um impedimento para seu trabalho atual? (Você pode marcar mais de uma resposta nesta pergunta)

- 6  Não há impedimento/Eu não tenho doenças.  
 5  Eu sou capaz de fazer meu trabalho, mas ele (o trabalho) me causa alguns sintomas  
 4  Algumas vezes preciso diminuir meu ritmo de trabalho ou mudar meus métodos de trabalho  
 3  Frequentemente preciso diminuir meu ritmo de trabalho ou mudar meus métodos de trabalho  
 2  Por causa de minha doença sinto-me capaz de trabalhar apenas em tempo parcial  
 1  Em minha opinião, estou totalmente incapacitado(a) para trabalhar

I6. Quantos **dias inteiros** você esteve fora do trabalho por causa de problemas de saúde, consulta médica ou para fazer exame durante os últimos 12 meses?

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

I7. Considerando sua saúde, você acha que será capaz de, **daqui a 2 anos**, fazer seu trabalho atual?

- 1 É improvável  
 4 Não estou muito certo  
 7 Bastante provável

I8. Recentemente você tem conseguido apreciar suas atividades diárias no trabalho?

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

I9. Recentemente você tem se sentido ativo e alerta no trabalho?

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

I10. Recentemente você tem se sentido cheio de esperança para o futuro?

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

**Bloco J**  
**Agora faremos algumas perguntas sobre as condições de trabalho na UFJF**

J1. No trabalho, na UFJF, você se considera exposto a ... (pode marcar mais de uma opção)

- 1  Ruído muito elevado (só gritando no ouvido)
- 2  Ruído constante ou incômodo
- 3  Vibrações (oscilações ou tremores no corpo, ou nos membros)
- 4  Radiações (material radioativo, RX)
- 5  Calor intenso
- 6  Frio intenso
- 7  Poeiras ou gases
- 8  Agentes biológicos (contato ou manuseio de bactérias, vírus, fungos ou material de origem orgânica vegetal ou animal) Especificar \_\_\_\_\_
- 9  Agentes químicos (colas, solventes, pigmentos, corantes, diluentes, desinfetantes, etc) Especificar \_\_\_\_\_

J2. O seu trabalho, na UFJF, exige do seu corpo... (pode marcar mais de uma opção)

- 1  Gestos repetitivos
- 2  Posturas penosas (posições do corpo dolorosas, difíceis, desconfortáveis)
- 3  Esforços físicos intensos (cargas pesadas manuseadas ou movimentadas)
- 4  Permanecer muito tempo de pé na mesma posição
- 5  Permanecer muito tempo de pé com deslocamento (arrastar, puxar, empurrar, andar, etc)
- 6  Permanecer muito tempo sentado
- 7  Permanecer muito tempo no mesmo local
- 8  Subir e descer com muita frequência

J3. No seu trabalho, na UFJF, você conta com quais das seguintes instalações?

	Sim	Não
Vestiários e banheiros suficientes e/ou adequados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Espaços adequados para pausas, lanches ou repousos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Espaço de trabalho adequado para a tarefa que se realiza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mobiliário adequado (mesas, cadeiras, etc)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Equipamentos e ferramentas adequados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

J4. No seu trabalho você conta com quais das seguintes condições de higiene e conforto?

	Sim	Não
Água potável	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Álcool gel para higienização das mãos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Papel higiênico nos banheiros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Papel toalha nos banheiros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sabonete líquido para higienização das mãos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



J5. No seu trabalho, na UFJF, você esta exposto a...		
	Sim	Não
influência do ritmo de uma máquina ou equipamento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ter que estar atento aos sinais/informações de uma máquina ou equipamento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ter que depender do trabalho de colegas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ter que atuar a partir da demanda/necessidade dos clientes ou usuários	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
normas de produção ou prazos rígidos a cumprir (controle da qualidade, tempos curtos impostos, horários fixos, horários rígidos)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ter que fazer várias coisas ao mesmo tempo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
frequentes interrupções	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ter que se apressar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ter que resolver situações ou problemas imprevistos sem ajuda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
não poder desviar o olhar do trabalho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ter que suprimir ou encurtar uma refeição, ou nem realizar a pausa por causa do trabalho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ter que dormir em horários pouco usuais por causa do trabalho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ter que ultrapassar o horário normal de trabalho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

J6. No seu trabalho, na UFJF, você esta exposto ao risco de...		
	Sim	Não
Agressão verbal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Agressão física	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Assédio sexual	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Intimidação (ameaçar, assustar, provocar medo)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Discriminação sexual	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Discriminação ligada à idade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Discriminação relacionada à nacionalidade ou raça	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Discriminação relacionada a uma deficiência física ou mental	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

J7. Em relação a instrumentos, recursos e orientações, no seu trabalho, na UFJF, você é?		
	Sim	Não
Bem orientado quanto a forma de realizar as atividades	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dispõe de protocolos ou manuais de orientação nos quais pode se basear	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dispõe de recursos técnicos (materiais, equipamentos, instrumentos) necessários.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
É boa a proporção entre o número de trabalhadores e as tarefas a cumprir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

J8. No seu trabalho, na UFJF, você tem...		
	Sim	Não
possibilidade de alterar a ordem de realização das tarefas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
liberdade para decidir como realizar as tarefas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
possibilidade de influenciar o ritmo ou a velocidade de trabalho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
possibilidade de, frequentemente, tomar decisões por mim mesmo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
possibilidade de escolher os momentos de pausa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

J9. No seu trabalho, na UFJF...		
	Sim	Não
É frequente a necessidade de ajuda entre os colegas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A sua opinião é considerada, para o funcionamento do serviço	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
É possível expressar-se à vontade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
É possível que a equipe discuta sobre o trabalho regularmente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
É possível que a equipe discuta sobre o trabalho informalmente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

J9. No seu trabalho você tem contato com o público?	
1 <input type="checkbox"/> Sim	
2 <input type="checkbox"/> Não	

J10. O seu contato com o público é?	
1 <input type="checkbox"/> direto	
2 <input type="checkbox"/> indireto/ virtual (telefone, carta, e-mail)	
3 <input type="checkbox"/> não tenho contato com o público	

J11. Neste contato com o público você tem que....					
	Sempre	Frequente mente	As vezes	Raramente	Nunca
Lidar com as exigências do público	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lidar com situações de tensão nas relações com o público	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Suportar agressão verbal do público	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Suportar agressão física do público	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Envolver-se emocionalmente com o público	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Modificar ou adaptar o modo de trabalhar para atender as necessidades do público	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

J12. Assinale com um X em que medida as seguintes situações lhe causam incômodo no seu dia-a-dia de trabalho. As situações que não caracterizam o seu trabalho, por favor, deixe em branco				
	Muito incômodo	Mais ou menos	Pouco incômodo	Nenhum incômodo
Estar exposto a um ambiente físico nocivo (ruído, temperaturas baixas, radiação, agentes biológicos, etc)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Realizar gestos precisos e minuciosos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gastar muito tempo com deslocamento (ir e voltar do trabalho)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ter que me adaptar a mudanças dos métodos ou instrumentos de trabalho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Controlar/monitorar equipamentos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ter que dar resposta às dificuldades ou sofrimento de outras pessoas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Não dispor de condições necessárias para atender a demanda do público	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As exigências corporais (gestos, posturas, esforços, deslocamentos)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
O ritmo do trabalho (horários imprevistos, pressa, fazer várias coisas ao mesmo tempo)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Estar exposto ao risco de agressões	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Estar exposto ao risco de discriminação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trabalhar só	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trabalhar na presença dos outros, sem poder se isolar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Comunicar-se de forma quase permanente com as outras pessoas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ter um trabalho em que é constantemente solicitado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ter um trabalho que exige longos períodos de concentração intensa.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ter um trabalho em que se sente explorado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Não ser bem orientado quanto à forma de realização das atividades	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

J13. Nos ÚLTIMOS 12 MESES, você sofreu algum acidente de trânsito, quando você estava indo ou voltando do trabalho?	
1	<input type="checkbox"/> Sim
2	<input type="checkbox"/> Não

J14. Nos ÚLTIMOS 12 MESES, você sofreu algum acidente no trabalho?
1 <input type="checkbox"/> Sim    Que tipo de acidente _____
2 <input type="checkbox"/> Não

J15. Em caso afirmativo, devido ao acidente foi necessário licença médica?
1 <input type="checkbox"/> Sim
2 <input type="checkbox"/> Não

J16. Foi registrada ou emitida CAT (comunicação de acidente de trabalho) ou CAS (Comunicação de Acidente em Serviço)
1 <input type="checkbox"/> Sim
2 <input type="checkbox"/> Não

J17. Em geral, entre sair de casa e chegar a UFJF quanto tempo no total você leva?
_____ horas _____ minutos

J18. Quais equipamentos de proteção você tem a disposição no seu local de trabalho, na UFJF?			
	Sim	Não	Não se justifica
Equipamento de proteção individual (por exemplo – luvas, protetores auditivos, máscara, calçados de proteção, óculos)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Equipamento de proteção coletiva (por exemplo – silenciadores nas máquinas, climatização adequada)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## BLOCO K

**As próximas perguntas são sobre sua vida familiar, moradia e outros aspectos.**

K1. Em que dia/mês/ano você nasceu? \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

K2. Em que município, estado e País você nasceu?

Município: \_\_\_\_\_

Estado: \_\_\_\_\_

País: \_\_\_\_\_

K3. O Censo Brasileiro do IBGE, usa os termos preta, parda, branca, amarela e indígena para classificar a cor ou raça das pessoas. Como você se classifica a respeito de sua cor ou raça?

- 1  Preta  
 2  Parda  
 3  Branca  
 4  Amarela  
 5  Indígena

K4. Atualmente, você é...

- 1  Casado(a) ou vive em união  
 2  Separado(a), ou divorciado(a)  
 3  Viúvo(a)  
 4  Solteiro(a) (nunca casou ou viveu em união)

K5. Qual o seu sexo?

- 1  Masculino  
 2  Feminino

K6. O seu trabalho, na UFJF, exige que tipo de qualificação?

- 1  1º grau incompleto  
 2  1º grau completo  
 3  2º grau incompleto  
 4  2º grau completo  
 5  Universitário Incompleto  
 6  Universitário Completo  
 7  Pós -graduação

K7. Qual a sua formação profissional?

\_\_\_\_\_

K8. Atualmente, qual é a sua religião? (aquela com que você mais se identifica)?

---

K9. Você tem filhos?

1  Sim Quantos? \_\_\_\_\_

2  Não

K10. Há quanto tempo você mora em Juiz de Fora?

1  Menos de um ano

2  De 1 a 3 anos

3  De 4 a 6 anos

4  De 7 a 9 anos

5  10 ou mais anos

K11. A residência onde você mora é?

1  Própria já pago

2  Própria ainda pagando

3  Alugada

4  Cedida

5  Outra condição Qual? \_\_\_\_\_

K12. Quantos banheiros existem em sua casa? \_\_\_\_\_

K13. Quantas pessoas moram com você ? (Inclua cônjuge/companheiro, filhos e enteados, pais, outros parentes, amigos, agregados, pessoas ausentes temporariamente e empregados que durmam na casa)

1  Mora sozinho (a)

2  De 1 a 3 pessoas

3  De 4 a 6 pessoas

4  De 7 a 9 pessoas

5  10 ou mais pessoas



K17. Em sua casa, trabalha alguma empregada doméstica mensalista ou diarista?	
1	<input type="checkbox"/> Sim, uma
2	<input type="checkbox"/> Sim, mais de uma
3	<input type="checkbox"/> Não

K18. Em relação aos bens abaixo, marque SIM para os que existem na sua casa ou NÃO para os que não existem. Para cada item, caso SIM, diga qual a quantidade:	
Televisão em cores	1 <input type="checkbox"/> Sim Quantos? _____ 2 <input type="checkbox"/> Não
Rádio (não considerar rádio de automóvel)	1 <input type="checkbox"/> Sim Quantos? _____ 2 <input type="checkbox"/> Não
Máquina de lavar roupa	1 <input type="checkbox"/> Sim Quantos? _____ 2 <input type="checkbox"/> Não
Videocassete ou DVD	1 <input type="checkbox"/> Sim Quantos? _____ 2 <input type="checkbox"/> Não
Geladeira duplex ou freezer	1 <input type="checkbox"/> Sim Quantos? _____ 2 <input type="checkbox"/> Não
Aspirador de pó	1 <input type="checkbox"/> Sim Quantos? _____ 2 <input type="checkbox"/> Não

K19. No mês passado qual foi aproximadamente sua renda familiar líquida, isto é, a soma de rendimentos, já com os descontos, de todas as pessoas que contribuem regularmente para as despesas de sua casa?	
1	<input type="checkbox"/> Até 1 salário mínimo
2	<input type="checkbox"/> Entre 1 e 2 salários mínimos
3	<input type="checkbox"/> Entre 2 e 3 salários mínimos
4	<input type="checkbox"/> Entre 3 e 4 salários mínimos
5	<input type="checkbox"/> Entre 4 e 5 salários mínimos
6	<input type="checkbox"/> Entre 5 e 6 salários mínimos
7	<input type="checkbox"/> Entre 6 e 7 salários mínimos
8	<input type="checkbox"/> Entre 7 e 8 salários mínimos
9	<input type="checkbox"/> Entre 8 e 9 salários mínimos
10	<input type="checkbox"/> Entre 9 e 10 salários mínimos
11	<input type="checkbox"/> Mais de 10 salários mínimos

K20. Quantas pessoas (adultos e crianças), incluindo você, dependem dessa renda para viver? Se for o caso, inclua dependentes que recebem pensão alimentícia. Não inclua empregados domésticos aos quais você paga salário. _____ pessoas
---



## BLOCO L

Agora vamos fazer algumas perguntas sobre exames para prevenção de câncer  
**PARA HOMENS E MULHERES**

L1. Existem exames utilizados nos programas de prevenção de câncer de intestino. Você já fez algum exame com esta finalidade?

<sup>1</sup>  Sim

<sup>2</sup>  Não ignore a questão L2

Quais?

1  Fez pesquisa de sangue oculto nas fezes

2  Fez colonoscopia

3  Outro exame. Qual? \_\_\_\_\_

L2. Quando foi a última vez que o(a) Sr(a). fez algum desses exames?

<sup>1</sup>  Há menos de 1 ano

<sup>2</sup>  De 1 a 2 anos incompletos

<sup>3</sup>  De 2 a 3 anos incompletos

<sup>4</sup>  De 3 a 10 anos

<sup>5</sup>  Há mais de 10 anos

Agora as perguntas apenas para **AS MULHERES**

L3. O exame de Papanicolau é usado nos programas de prevenção de câncer de colo de útero. Quando foi a última vez que a senhora fez este exame?

<sup>1</sup>  Nunca fez

<sup>2</sup>  Fez, há menos de 1 ano

<sup>3</sup>  Fez, de 1 a 2 anos incompletos

<sup>4</sup>  Fez, de 2 a 3 anos incompletos

<sup>5</sup>  Fez, há mais de 3 anos

L4. Caso não tenha feito tal exame, responda por que a senhora nunca fez este exame?

<sup>1</sup>  Não era necessário/sou saudável

<sup>2</sup>  Não conhecia o exame/ não sabia de sua finalidade ou importância

<sup>3</sup>  Teve dificuldade para marcar consulta/ não tinha vaga

<sup>4</sup>  Problemas com a distância/ transporte/ dificuldades financeiras

<sup>5</sup>  É muito embaraçoso/ desconfortável/ tenho vergonha

<sup>6</sup>  Nunca tive relações sexuais

<sup>7</sup>  Nunca fui ao ginecologista

<sup>8</sup>  Outro. Qual? \_\_\_\_\_

L5. No último ano, algum profissional de saúde examinou seus seios para procurar nódulos/caroços?

<sup>1</sup>  Sim

<sup>2</sup>  Não

L6. A Senhora mesma faz a palpação de seus seios procurando nódulos/ caroços? Com que frequência?

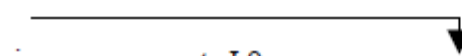
- 1  Não faz  
 2  Faz, mas não tem frequência definida  
 3  Faz diariamente  
 4  Faz semanalmente  
 5  Faz mensalmente  
 6  Faz duas vezes ao ano  
 7  Faz anualmente

L7. A mamografia é um raio X dos seios, e é utilizada nos programas de prevenção de câncer de mama. Quando foi a última vez que a senhora fez este exame?

- 1  Nunca fez mamografia  
 2  Fez, há menos de 1 ano  
 3  Fez, de 1 a 2 anos incompletos  
 4  Fez, de 2 a 3 anos incompletos  
 5  Fez, há mais de 3 anos

Agora as perguntas são apenas **PARA OS HOMENS**.

L8. Existem exames utilizados nos programas de prevenção de câncer de próstata. O sr. já fez algum exame com esta finalidade?

- 1  Sim   
 2  Não ignore a pergunta L9

**Qual(is) exame(s)? Pode haver mais de uma resposta**

- 1  Fez toque retal  
 2  Fez exame de sangue (PSA)  
 3  Fez ultrassonografia  
 4  Fez biópsia

L9. Quando foi a última vez que o sr. fez algum desses exames?

- 1  Fez, há menos de 1 ano  
 2  Fez, de 1 a 2 anos incompletos  
 3  Fez, de 2 a 3 anos incompletos  
 4  Fez, há mais de 3 anos

**MUITO OBRIGADO POR SUA COLABORAÇÃO**  
 Se quiser fazer algum comentário, por favor utilize o espaço abaixo

---



---



---



---

## ANEXO B- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA  
PRO-REITORIA DE PESQUISA  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - CEP/UFJF  
36036900- JUIZ DE FORA - MG - BRASIL

FACULDADE DE ENFERMAGEM

PESQUISADOR RESPONSÁVEL: PROFA. DRA. ROSANGELA MARIA GRECO

ENDEREÇO: FACULDADE DE ENFERMAGEM Campus Universitário – s/n bairro São Pedro

CEP: 36036-900 JUIZ DE FORA – MG

FONE: (32) 21023821/21023824

E-MAIL: [ROSANGELA.GRECO@UFJF.EDU.BR](mailto:ROSANGELA.GRECO@UFJF.EDU.BR)

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

O Sr. (a) está sendo convidado (a) como voluntário (a) a participar da pesquisa “Trabalhadores Técnicos Administrativos em Educação da Universidade Federal de Juiz de Fora: condições de trabalho e vida” (título provisório). Neste estudo pretendemos conhecer as condições de trabalho e vida bem como o perfil epidemiológico dos trabalhadores Técnicos Administrativos em Educação (TAE) da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF).

O motivo que nos leva a estudar este tema é a possibilidade de estarmos subsidiando ações de prevenção, promoção e controle do processo saúde-doença destes trabalhadores.

Para este estudo adotaremos os seguintes procedimentos: A aplicação de um formulário para levantamento de dados e a realização de avaliação física com verificação de sinais vitais, peso e altura, o que implicará em risco mínimo para o Sr (a), e caso venha a contrair danos em decorrência do referido estudo, podendo ser comprovado, será indenizado pelos pesquisadores responsáveis. Este formulário ficará guardado por no mínimo 5 anos com o pesquisador.

Para participar deste estudo você não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Você será esclarecido (a) sobre o estudo em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se a participar. Poderá retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que é atendido pelo pesquisador

O pesquisador irá tratar a sua identidade com padrões profissionais de sigilo.

Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada. Seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado sem a sua permissão.

O (A) Sr (a) não será identificado em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo.

## ANEXO C- Autorização do diretor/ chefe da unidade



UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA  
FACULDADE DE ENFERMAGEM

Juiz de Fora, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2011.

Ilm(a) Sr(a). Prof(a). Dr(a).

Apresentamos nossa proposta de desenvolvimento da pesquisa, provisoriamente intitulada "Trabalhadores Técnicos Administrativos em Educação da UFJF: condições de trabalho e de vida", estudo que tem por objetivos:

- Conhecer a realidade das condições de vida e saúde dos Técnicos Administrativos em Educação da UFJF – TAE/UFJF;
- Descrever o perfil epidemiológico, os fatores de risco e as práticas e cuidados com a saúde dos TAEs;
- Desenvolver pesquisas sobre aspectos socioculturais, biológicos e da organização do trabalho relacionados ao processo saúde doença dos Técnicos Administrativos em Educação;
- Contribuir para o aperfeiçoamento das atividades de prevenção, promoção e recuperação da saúde dos trabalhadores da UFJF;
- Estruturar um programa permanente de pesquisa que tenha como público alvo os trabalhadores da UFJF;

Na oportunidade, solicitamos sua autorização para que possamos fazer o teste do instrumento de coleta de dados com os trabalhadores terceirizados desta unidade.

A aplicação do formulário leva cerca de 60 minutos e gostaríamos de agendar uma data e horário que interfira o menos possível nas atividades desta unidade.

Para a realização da pesquisa, será necessário que a Instituição nos forneça apenas um local para a coleta de dados, sendo que este ambiente poderá ser um auditório, uma sala ou qualquer outro local nas dependências da Unidade, possibilitando dessa forma, que os trabalhadores, que serão sujeitos de nosso estudo, preencham os formulários.

Faremos uso somente do mobiliário que estiver presente no local (cadeira/sofá; mesa), sem qualquer ônus para a Instituição ou participantes.

Assim, por gentileza e especial atenção, solicitamos autorização de V.Sa. para o desenvolvimento dessa pesquisa, que poderá contribuir para a qualidade de vida no trabalho, proposição e implementação de ações de promoção da saúde e prevenção de doenças voltadas para este público alvo, além de estimular a criação de um Núcleo de Estudo na área de saúde do trabalhador.

Desde já agradecemos a atenção dispensada e colocamo-nos à disposição para o que se fizer necessário.

Atenciosamente,

Profª Drª Rosângela Maria Greco  
Responsável pela pesquisa  
Tel: (32) 8404-8838

AUTORIZADO EM \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

## ANEXO D- Termo de Sigilo e Confidencialidade



**Universidade Federal de Juiz de Fora**  
Programa de Pós- Graduação em Saúde Coletiva

## TERMO DE SIGILO E CONFIDENCIALIDADE

Pelo presente Termo, \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ (nome, nacionalidade, estado civil,  
profissão), residente na \_\_\_\_\_  
(endereço completo), CPF número \_\_\_\_\_ e RG número \_\_\_\_\_  
pesquisador (a) da Pesquisa "Trabalhadores Técnicos Administrativos da Universidade Federal de Juiz de  
Fora: Condições de Trabalho e Vida" (título provisório), se obriga a manter o mais absoluto sigilo com  
relação a toda e qualquer informação a que tiver acesso sobre a pesquisa desenvolvida no âmbito dessa  
Universidade. Para tanto, declara e se compromete:

a) a manter sigilo, tanto escrito como verbal, ou, por qualquer outra forma, de todos os dados, informações científicas e técnicas e, sobre todos os materiais obtidos com sua participação, podendo incluir, mas não se limitando a: técnicas, desenhos, cópias, diagramas, fórmulas, modelos, amostras, fluxogramas, croquis, fotografias, plantas, programas de computador, discos, disquetes, processos, projetos, dentre outros;

b) a não revelar, reproduzir, utilizar ou dar conhecimento, em hipótese alguma, a terceiros, de dados, informações científicas ou materiais obtidos com sua participação, sem a prévia análise da Universidade Federal de Juiz de Fora sobre a possibilidade de proteção, nos órgãos especializados, dos resultados ou tecnologia envolvendo aquela informação;

c) a não tomar, sem autorização da Universidade, qualquer medida com vistas a obter para si ou para terceiros, os direitos de propriedade intelectual relativos às informações sigilosas a que tenham acesso.

d) que todos os documentos, inclusive o caderno de protocolo, contendo dados e informações relativas a qualquer pesquisa são de propriedade do Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora;

e) que todos os materiais, sejam genéticos, modelos, protótipos e/ou outros de qualquer natureza pertencem ao Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora;

O presente Termo tem natureza irrevogável e irretirável, e o seu não cumprimento acarretará todos os efeitos de ordem penal, civil e administrativa contra seus transgressores.

Para dirimir quaisquer dúvidas oriundas do presente Termo, fica eleito o foro da Comarca de Juiz de Fora, com renúncia expressa a qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

Juiz de Fora, \_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Pesquisador

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Orientador

## ANEXO E- Autorização do Comitê de Ética



UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA  
PRO-REITORIA DE PESQUISA  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - CEP/UFJF  
36036900- JUIZ DE FORA - MG - BRASIL

Parecer nº 224/2010

**Protocolo CEP-UFJF:** 2141.201.2010 **FR:** 358642 **CAAE:** 0151.0.180.000-10

**Projeto de Pesquisa:** Trabalhadores técnicos administrativos em Educação: condições de trabalho e de vida

**Pesquisador Responsável:** Rosangela Maria Greco

**Pesquisador Participante:** Maria Teresa Bustamante Teixeira

**Instituição:** Universidade Federal de Juiz de Fora

**Sumário/comentários:**

O CEP analisou o Protocolo 2141.201.2010 e considerou que:

- O estudo apresenta embasamento teórico que sustenta os objetivos propostos, a saber:

Conhecer a realidade das condições de vida e saúde dos TAE/UFJF; Descrever o perfil epidemiológico, os fatores de risco e as práticas e cuidados com a saúde dos TAE; Desenvolver pesquisas sobre aspectos socioculturais, biológicos e da organização do trabalho relacionados ao processo saúde doença; Contribuir para o aperfeiçoamento das atividades de prevenção, promoção e recuperação da saúde; Estruturar um programa permanente de pesquisa que tenha como público alvo os trabalhadores da UFJF;

- Trata-se de um estudo exploratório transversal cujos resultados serão a base para o desenvolvimento de um estudo prospectivo de coorte. O instrumento para coleta dos dados será um formulário auto-preenchível com questões estruturadas sobre: dados pessoais, hábitos de vida, história mórbida pregressa e atual, familiar, ocupacional, acidentes e condições de trabalho, será realizada também uma avaliação física dos TAE que constará de aferição de sinais vitais (pulso, temperatura, respiração e pressão arterial), bem como peso, altura e verificação do índice de massa corporal. A coleta de dados será feita em 3 fases: survey em 2011, e monitoramento prospectivo (coorte) em 2016 e em 2021. A aplicação do formulário e as avaliações físicas serão realizadas nas 52 unidades que compõe a UFJF.

- Foi apresentado documento de concordância e autorização do dirigente da Instituição.

- Há descrição do orçamento financeiro e a indicação de que as despesas do projeto serão custeadas pelo próprio pesquisador.

- O cronograma foi apresentado com indicativo de que a pesquisa começa em agosto de 2010, tendo seu término previsto para julho de 2011.

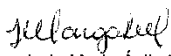
- O orçamento da pesquisa foi apresentado, os pesquisadores informam que os recursos para o custeio da pesquisa serão buscados junto a fontes de financiamento, caso não seja possível os próprios cobrirão as despesas.

- O TCLE apresenta-se numa linguagem clara e compreensível para o sujeito e informa o contato do pesquisador.

- A qualificação dos pesquisadores é pertinente para o desenvolvimento do projeto de pesquisa. Os currículos de ambos os pesquisadores foram devidamente apresentado utilizando-se o modelo Lattes/CNPq.

Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/UFJF, de acordo com as atribuições definidas na Res. CNS 196/96 manifesta-se pela aprovação do protocolo de pesquisa proposto, devendo o pesquisador entregar o relatório no final da pesquisa.

**Situação:** Projeto Aprovado  
Juiz de Fora, 19 de agosto de 2010.

  
Prof. Dra. Ieda Maria Ávila Vargas Dias  
Coordenadora – CEP/UFJF

<b>RECEBI</b>
DATA: ___/___/2010
ASS: _____