

Luciana Alves Silveira Monteiro



**CAPACIDADE PARA O TRABALHO  
E QUALIDADE DE VIDA EM  
TRABALHADORES RESIDENTES  
DE ÁREA RURAL NO  
VALE DO JEQUITINHONHA, MG**



Belo Horizonte  
Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais  
2013

**Universidade Federal de Minas Gerais  
Escola de Enfermagem  
Mestrado em Saúde e Enfermagem**

**CAPACIDADE PARA O TRABALHO E QUALIDADE DE VIDA  
EM TRABALHADORES RESIDENTES DE ÁREA RURAL  
NO VALE DO JEQUITINHONHA, MG**

**Luciana Alves Silveira Monteiro**

**Belo Horizonte  
2013**

Luciana Alves Silveira Monteiro

**CAPACIDADE PARA O TRABALHO E QUALIDADE DE VIDA  
EM TRABALHADORES RESIDENTES DE ÁREA RURAL  
NO VALE DO JEQUITINHONHA, MG**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Área de concentração: Saúde e Enfermagem

Orientadora: Profª Drª Andréa Gazzinelli

Belo Horizonte  
2013

Monteiro, Luciana Alves Silveira.

M775a Avaliação da capacidade para o trabalho e qualidade de vida em trabalhadores residentes de área rural no Vale do Jequitinhonha, MG, Brasil. [manuscrito]. / Luciana Alves Silveira Monteiro. -- Belo Horizonte: 2013.

106 f.: il.

Orientadora: Andréa Gazzinelli.

Área de concentração: Saúde e Enfermagem.

Dissertação (mestrado): Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem.

1. Saúde do Trabalhador. 2. Qualidade de Vida. 3. Avaliação da Capacidade de Trabalho. 4. Dissertações Acadêmicas. I. Gazzinelli, Andréa. II. Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem. III. Título.

NLM: WA 400



Universidade Federal de Minas Gerais  
Escola de Enfermagem- Depto. Enf. Materno Infantil e Saúde Pública.  
Av. Alfredo Balena 190, Belo Horizonte, MG 30130-100.

Dissertação intitulada “CAPACIDADE PARA O TRABALHO E QUALIDADE DE VIDA EM TRABALHADORES RESIDENTES DE ÁREA RURAL NO VALE DO JEQUITINHONHA, MG”, de autoria da mestrandia Luciana Alves Silveira Monteiro, aprovada pela banca examinadora constituída pelos seguintes professores:

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Andréa Gazzinelli  
EMI / Escola de Enfermagem da UFMG - Orientadora

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Sonia Maria Soares  
ENB / Escola de Enfermagem da UFMG

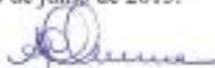
---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Heloísa de Carvalho Torres  
ENA / Escola de Enfermagem da UFMG

Belo Horizonte, 18 de Julho de 2013.

**ATA DE NÚMERO 419 (QUATROCENTOS E DEZENOVE) DA SESSÃO PÚBLICA DE ARGÜIÇÃO E DEFESA DA DISSERTAÇÃO APRESENTADA PELA CANDIDATA LUCIANA ALVES SILVEIRA MONTEIRO PARA OBTENÇÃO DO TÍTULO DE MESTRA EM ENFERMAGEM.**

Aos 18 (dezoito) dias do mês de julho de dois mil e treze, realizou-se no Anfiteatro da Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, a sessão pública para apresentação e defesa da dissertação *"AVALIAÇÃO DA CAPACIDADE PARA O TRABALHO E QUALIDADE DE VIDA EM TRABALHADORES RESIDENTES DE ÁREA RURAL NO VALE DO JEQUITINHONHA, MG, BRASIL"*, da aluna Luciana Alves Silveira Monteiro, candidata ao título de "Mestra em Enfermagem". A Comissão Examinadora foi constituída pelas seguintes professoras doutoras: Andréa Gazzinelli (orientadora), Sônia Maria Soares e Heloisa de Carvalho Torres, sob a presidência da primeira. Os trabalhos iniciaram-se às 14:00 horas com apresentação oral da candidata, seguida de argüição pelos membros da Comissão Examinadora. Após avaliação, as examinadoras consideraram a necessidade de adequar o título para: *"CAPACIDADE PARA O TRABALHO E QUALIDADE DE VIDA EM TRABALHADORES RESIDENTES DE ÁREA RURAL NO VALE DO JEQUITINHONHA, MG."*, sendo assim a aluna *Luciana Alves Silveira Monteiro, foi aprovada e apta a receber o título de mestra em enfermagem após a entrega da versão definitiva da dissertação.* Nada mais havendo a tratar, eu, Grazielle Cristine Pereira, Secretária do Colegiado de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, lavrei a presente Ata, que depois de lida e aprovada será assinada por mim e pelos membros da Comissão Examinadora. Belo Horizonte, 18 de julho de 2013.



Prof. Dr. Andréa Gazzinelli  
(orientadora)



Prof. Dr. Sônia Maria Soares



Prof. Dr. Heloisa de Carvalho Torres



Grazielle Cristine Pereira  
Secretária do Colegiado de Pós-Graduação



Prof. Dr. Adriano Cristiano de Oliveira Aquino  
Sub-Coordenador do Colegiado de Pós-Graduação  
ESCOLA DE ENFERMAGEM/UFMG

HOMOLOGADO em reunião do CPQ  
em 12 / 08 / 2013

*Papai, mamãe e Beto:  
meus grandes pilares na vida.*



# AGRADECIMENTOS

*A felicidade só é verdadeira se for compartilhada.*

*Christopher McCandless*

À **Deus** por estar sempre ao meu lado e ajudar-me a transpor todos os obstáculos e desafios que pareciam intransponíveis. A Ele toda honra e glória.

À minha orientadora **Professora Dra. Andréa Gazzinelli**, exemplo de pesquisadora e docente, seu critério e expertise sempre foram ponto de minha admiração. Muito obrigada pela parceria, compreensão e sustentáculo sempre presentes.

Aos **docentes do curso de mestrado**, pelos ensinamentos e troca de experiências.

À **mamãe Maria Aparecida**, ao **papai João** e ao meu **irmão Humberto**, obrigada pelas diversas vezes que ouviram de maneira resiliente o meu cansaço. Vocês são a razão do meu sucesso e meu alicerce. Muito obrigada pelo apoio, incentivo e exemplo de determinação. **Amo vocês!**

Aos meus **colegas de trabalho da Contax, Faculdade São Camilo, PUC Minas e UNIFENAS**, em especial: Dr. Vitor Hugo, Álvaro, Elizangela e demais da Administração de Pessoal, à todo o time do ambulatório, às queridas Paula Cardoso, Cecília Oliveira, Marina Celly, Gisele Fráguas e Nathália Horta: o apoio e compreensão de vocês foi peça chave para a conclusão desse trabalho.

A todos os amigos e amigas do grupo de pesquisa: **Professor Dr. Dener Carlos dos Reis, Kellen Rosa Coelho, Ed Wilson Vieira, Humberto Quites, Leonardo Matoso, Gisele Andrade, Tércia Ribeiro, e Túlio Fonseca**. Obrigada por terem compartilhado comigo momentos de aprendizado, alegria, angústia e aventuras. Vocês fizeram toda a diferença em minha vida.

Às bolsistas de Iniciação Científica, **Stéphanie Torres** e **Thaís Moreira** (em especial), muito obrigada pelo auxílio na coleta e averiguação dos dados.

À amiga **Izabela Dutra** (“diamante bruto”) pela cuidadosa troca de ensinamentos, pela paciência em me escutar e pelas infinitas risadas que demos juntas.

Aos motoristas **Luis** e **André**, pela responsabilidade sempre presente nas diversas viagens ao Vale do Jequitinhonha. Toda a descontração e segurança de vocês foram cruciais para auxiliar-me na execução das atividades.

Aos **moradores de São Pedro do Jequitinhonha**, que de maneira humilde e despretensiosa abriram as portas de suas casas e me receberam com toda a atenção e cordialidade. Sem a disponibilidade de vocês esse trabalho não seria possível.

Ao querido **Pedro Lazaroni** que na reta final não me deixou desanimar e me ajudou a seguir em frente: muito obrigada pelo estímulo e pelo carinho.

À **Sara Cardiel** e **Érica** pelo incentivo e apoio no transcorrer dessa etapa e pelas boas risadas que demos no decorrer desses dois anos.

Ao estatístico **André Costa** pelo auxílio e orientações com as análises deste projeto.

Às queridas amigas **Ana Luisa Marcucci**, **Ísis Eloá**, **Juliana Caires**, **Juliana Vieira**, **Pollyana Magalhães**, **Raquel Bonisson**; às minhas grandes **Amigas Lindas do Prado (ALIPS)**; à querida **Andréia Bueno** e **todos os amigos e as amigas da Studio 3**: ao lado de vocês tudo sempre parece mais leve e divertido.

Finalmente, agradeço a todos que torceram por mim, contribuindo – de maneira direta e indireta – para a realização desse trabalho.

“(...) O trabalho é o amor tornado visível.

E se não sabeis trabalhar com amor, mas com desagrado, é melhor deixardes o trabalho e sentar-vos à porta do templo a pedir esmola àqueles que trabalham com alegria.

Pois se fizerdes o pão com indiferença, estareis a fazer um pão tão amargo que só

saciará metade da fome.

E se esmagardes as uvas de má vontade, essa má vontade contaminará o vinho com veneno (...)

Khalil Gibran



# RESUMO

MONTEIRO, Luciana Alves Silveira. **Avaliação da capacidade para o trabalho e qualidade de vida em trabalhadores residentes de área rural no Vale do Jequitinhonha, MG, Brasil**. 2013. 106f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2013.

Nos últimos anos tem aumentado o interesse de pesquisadores sobre qualidade de vida (QV) e a capacidade para o trabalho (CT) visando o bem estar do ser humano enquanto homem e trabalhador, mas pouco ainda se conhece sobre esse fatores em população rural. O presente trabalho teve por objetivo analisar a CT e a QV em 242 trabalhadores maiores de 18 anos residentes de área rural no Vale do Jequitinhonha, MG, Brasil. Os dados foram coletados através do uso de dois questionários, o Índice de Capacidade para o Trabalho e Avaliação Abreviado de Qualidade de Vida. Os resultados mostraram associação significativa entre a CT e QV. Considerando os quatro domínios estudados dentro da qualidade de vida o domínio físico foi estatisticamente maior que os domínios psicológico, relações sociais e meio ambiente. Apenas nas esferas doenças diagnosticadas pelo médico e exigências físicas e mentais houve significância estatística. Dentre os domínios de QV, somente os domínios físico e psicológico apresentaram médias significativamente menores para as mulheres, demonstrando que as mulheres apresentam uma menor qualidade física e psicológica quando comparadas aos homens. Verificou-se a existência de: correlação negativa ( $r = - 0,198$ ) e significativa ( $p$ -valor = 0,003) do ICT com a idade, correlação negativa ( $r = - 0,282$ ) e significativa ( $p$ -valor = 0,000) do ICT com o tempo de trabalho na principal ocupação e correlação positiva ( $r = 0,200$ ) e significativa ( $p$ -valor = 0,002) do ICT com anos de estudo. Foi possível constatar que existe uma correlação de linearidade entre ICT e QV, na qual quanto maior é o score de qualidade de vida maior é o valor encontrado para o índice de capacidade para o trabalho. Para a modelagem estatística da relação entre ICT e as variáveis selecionadas na análise univariada ( $p < 0,25$ ), foi utilizada a análise de Regressão via Quase Verossimilhança com função de variância constante e função de ligação identidade. Após aplicar o algoritmo de Backward, as variáveis “Tempo que trabalha na principal ocupação” e os domínios “físico”, “psicológico” e “meio ambiente” foram significativas para explicar o ICT. Os resultados deste estudo mostraram que houve correlação entre a CT e as variáveis socioeconômicas, demográficas e ocupacionais dos trabalhadores; bem como a existência de correspondências entre o ICT e QV. Porém, reforça-se a necessidade de diretrizes preventivas específicas para o aprimoramento dos aspectos ligados aos domínios da qualidade de vida e capacidade para o trabalho uma vez que a interação destes fatores potencializa os efeitos na saúde do trabalhador.

Palavras-chave: Saúde do trabalhador, Capacidade para o trabalho, Qualidade de Vida.

# ABSTRACT

MONTEIRO, Luciana Alves Silveira. **Assessment of work ability and quality of life of rural workers living in the Jequitinhonha Valley, Minas Gerais, Brazil**. In 2013. 106f. Dissertation (Master's in Nursing) - Nursing School, Federal University of Minas Gerais, Belo Horizonte, 2013.

In recent years there has been increasing interest of researchers on quality of life (QOL) and work ability (WA) for the welfare of the human being as man and hardworking, but little is known about factors in this rural population. This study aimed to analyze the WA and QOL in 242 workers, that came of 18 years old, and living in rural area in the Jequitinhonha Valley, Minas Gerais, Brazil. Data were collected through the use of two questionnaires, the Index of Work Ability and Assessment of Quality of Life Abbreviated. The results showed a significant association between WA and QOL. Considering the four domains studied the quality of life within the physical domain was statistically greater than the psychological, social relationships and environment. Only spheres diseases diagnosed by a physician and physical and mental demands statistical significance. Among QOL domains, only the physical and psychological domains had significantly lower mean scores for women, showing that women have a lower physical and psychological quality when compared to men. Verified the existence of: negative correlation ( $r = -0.198$ ) and significant ( $p\text{-value} = 0.003$ ) with the WAI and age, negative correlation ( $r = -0.282$ ) and significant ( $p\text{-value} = 0.000$ ) with WAI and working time in main job and positive correlation ( $r = 0.200$ ) and significant ( $p\text{-value} = 0.002$ ) between the WAI and study years. It was found that there is a linear correlation between WAI and QOL, in which the higher the score of quality of life is the highest value found for the rate of capacity for work. For statistical modeling of the ratio between WAI and selected variables in the univariate analysis ( $p < 0.25$ ), we used regression analysis via Almost likelihood function with constant variance and identity link function. After applying the Backward algorithm, the variables "time working on the main occupation" and the "physical", "psychological" and "environment" were significant in explaining the WAI. The results of this study showed that there was correlation between the WA and the socioeconomic, demographic and occupational workers, as well as the existence of correspondence between WAI and QOL. However, it reinforces the need for specific preventive guidelines for improving aspects of the domains of quality of life and ability to work as the interaction of these factors enhances the effects on workers' health.

Keywords: Health worker's, work ability, quality of life.

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Mapa ilustrativo de São Pedro do Jequitinhonha, Minas Gerais ..	38
Figura 2 - Modelo de artesanato típico do Vale do Jequitinhonha, Minas Gerais .....	39
Figura 3 - Vila Central de São Pedro, distrito rural de Jequitinhonha, Minas Gerais .....	41
Figura 4 - Construções típicas de São Pedro do Jequitinhonha, Minas Gerais .....	42
Figura 5 - Estação e tratamento de água, São Pedro do Jequitinhonha, Minas Gerais.....	42

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Itens abrangidos pelo Índice de Capacidade para o Trabalho, número de questões utilizadas para avaliar cada item e score das respostas .....	45
Quadro 2 - Índice de Capacidade para o Trabalho e os objetivos das medidas .....	47
Quadro 3 - Domínios e facetas do WHOQOL-Breve .....	49
Quadro 4 - Disposição das questões conforme domínio do WHOQOL-Breve .....	50

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Características demográficas e socioeconômicas dos trabalhadores de São Pedro do Jequitinhonha, MG .....	59
Tabela 2 - Comparação entre as variáveis sexo e faixa etárias na população do estudo e perdas em São Pedro do Jequitinhonha, MG .....	60
Tabela 3 - Frequência das doenças que acometem os trabalhadores de São Pedro do Jequitinhonha – MG .....	61
Tabela 4 - Classificação do ICT para os trabalhadores entrevistados - São Pedro do Jequitinhonha, MG .....	62
Tabela 5 - Medidas descritivas, intervalo de 95% de confiança e quartis para os domínios da qualidade de vida e ICT - São Pedro do Jequitinhonha, MG .....	63
Tabela 6 - Valores médios e desvios padrão e valor p dos escores das esferas de ICT segundo sexo. São Pedro do Jequitinhonha - MG .....	65
Tabela 7 - Valores médios e desvio padrão dos domínios de QV segundo sexo. São Pedro do Jequitinhonha - MG, 2013 .....	65
Tabela 8 - Relação do ICT com a autopercepção do estado de saúde do indivíduo. São Pedro do Jequitinhonha, 2013 (n = 242) .....	66
Tabela 9 - Relação do ICT com a autopercepção da qualidade de vida do indivíduo. São Pedro do Jequitinhonha, 2013 (n = 242) .....	66
Tabela 10 - Correlação de Spearman dos fatores socioeconômicos, demográficos e ocupacionais dos trabalhadores com o ICT – São Pedro do Jequitinhonha, MG .....	67
Tabela 11 - Medidas descritivas e teste de Kruskal-Wallis para ICT e fatores socioeconômicos, demográficos e ocupacionais dos trabalhadores de São Pedro do Jequitinhonha, MG .....	68
Tabela 12 - Correlação de Spearman dos domínios da qualidade de vida com o ICT - São Pedro do Jequitinhonha, MG .....	68
Tabela 13 - Regressão de Quase Verossimilhança com função de ligação identidade e função de variância constante para ICT - São Pedro do Jequitinhonha, MG .....	70
Tabela 14 - Regressão de Quase-Verossimilhança com função de ligação identidade e função de variância constante para ICT – Modelo Final - São Pedro do Jequitinhonha, MG .....	70

## LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Boxplot para os domínios da qualidade de vida e ICT - São Pedro do Jequitinhonha, MG.....	64
Gráfico 2 - Diagrama de dispersão dos domínios da qualidade de vida com o ICT.....	69

## LISTA DE ABREVIATURAS

<b>1º Q</b>	- 1º Quartil
<b>2º Q</b>	- 2º Quartil
<b>3º Q</b>	- 3º Quartil
<b>DP</b>	- Desvio Padrão
<b>EP</b>	- Erro Padrão

## LISTA DE SIGLAS

<b>FIOH</b>	- Finnish Institute of Occupational Health (Instituto Finlandês de Saúde Ocupacional)
<b>IBGE</b>	- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
<b>ICT</b>	- Índice de Capacidade para o Trabalho
<b>IDH</b>	- Índice de Desenvolvimento Humano
<b>INSS</b>	- Instituto Nacional da Previdência Social
<b>OMS</b>	- Organização Mundial de Saúde
<b>PDA</b>	- Personal Digital Assistant
<b>PEA</b>	- População Economicamente Ativa
<b>PNSST</b>	- Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador
<b>PNUD</b>	- Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
<b>QV</b>	- Qualidade de Vida
<b>SPJ</b>	- São Pedro do Jequitinhonha
<b>SPSS</b>	- Statistical Package for Social Science
<b>TCLE</b>	- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
<b>WHO</b>	- World Health Organization
<b>WHOQOL- BREF (WHOQOL-Breve)</b>	- The World Health Organization Quality of Life BREF (Versão em Português de Portugal do Instrumento Abreviado de Avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde)

**WHOQOL-100**

- The World Health Organization Quality of Life  
(Versão em Português de Portugal do Instrumento  
de Avaliação da Qualidade de Vida da  
Organização Mundial de Saúde)

# SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO</b> .....	<b>22</b>
<b>2. OBJETIVOS</b> .....	<b>28</b>
2.1 Geral.....	28
2.2 Específicos .....	28
<b>3. REVISÃO DA LITERATURA</b> .....	<b>30</b>
3.1 O trabalho da região rural.....	30
3.2 Capacidade para o trabalho e Qualidade de Vida .....	31
<b>4. METODOLOGIA</b> .....	<b>38</b>
4.1 Local de Estudo:.....	38
4.2 População do estudo.....	43
4.3 Coleta de dados .....	44
A. Questionário Índice de Capacidade para o Trabalho (ICT).....	44
B. Instrumento de Avaliação Abreviado de Qualidade de Vida (WHOQOL-Breve) .....	47
4.4 Variáveis do estudo .....	51
A. Variáveis Dependentes.....	51
B. Variáveis Independentes .....	51
<b>5. ANÁLISE ESTATÍSTICA</b> .....	<b>54</b>
<b>6. RESULTADOS</b> .....	<b>58</b>
<b>7. DISCUSSÃO</b> .....	<b>72</b>
<b>8. CONCLUSÃO &amp; CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	<b>81</b>
<b>9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	<b>84</b>
<b>10. APÊNDICES</b> .....	<b>93</b>
A. Apêndice A – Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) ....	93
B. Apêndice B – Questionário .....	94
<b>11. ANEXOS</b> .....	<b>105</b>
A. ANEXO A - Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG – Plataforma Brasil .....	105

# INTRODUÇÃO

# 1. INTRODUÇÃO

As inovações tecnológicas e organizacionais que vêm ocorrendo no campo da Saúde do Trabalhador buscam, se não solucionar, pelo menos amenizar as tarefas penosas ou pesadas desenvolvidas pelos trabalhadores, de modo a buscar uma nova relação do homem com o seu trabalho. A capacidade para o trabalho é essencial para o bem-estar do indivíduo e pode ser afetada por diversos fatores como o estilo de vida, o ambiente de trabalho, a atividade laborativa exercida, além da qualidade de vida do trabalhador. Esta, por sua vez, pode ser influenciada pelas condições e pela satisfação no trabalho, salário, relações familiares, estado de saúde, lazer, entre outros (TUOMI et al. 2005).

No Brasil, a desigualdade social, as mudanças sociais e demográficas ocorridas nas últimas décadas, como a concentração da população em áreas urbanas e o envelhecimento populacional bem como a predominância das doenças e agravos não transmissíveis tem comprometido a qualidade de vida (QV) de grande parte da população (MARTINS, 2002). Por outro lado, as alterações tecnológicas decorridas ao longo dos anos levaram a um incremento na produtividade dos trabalhadores, que, conseqüentemente, ocasiona melhoria salarial e das condições de trabalho e, a longo prazo, melhoria da qualidade de vida (MARTINS, 2002; MARTINEZ; LATORE; FISCHER, 2010).

Estudar a capacidade para o trabalho e a qualidade de vida em um país emergente como o Brasil, torna-se importante devido a alterações sociais, políticas e econômicas ocorridas nos últimos anos, que apontam para uma tendência em manter os indivíduos trabalhando até idades mais avançadas além do crescente e expressivo aumento da competição no universo mercadológico globalizado (TUOMI et al., 2004; WALSH et al., 2004; BIFF, 2006). Estas mudanças levaram a necessidade de regulamentar, de forma mais equânime, o trabalho no Brasil, o que foi feito, em 2004, com a elaboração da Política de Segurança e Saúde do

Trabalhador (PNSST), uma proposta conjunta dos Ministérios do Trabalho, da Previdência Social e da Saúde. O objetivo do PNSST é o de estabelecer um conjunto de ideias com a finalidade de favorecer os aspectos voltados para a manutenção do equilíbrio entre o homem e as suas atividades laborais (BRASIL, 2004). A PNSST busca garantir que o trabalho, base da organização social e direito humano fundamental, seja realizado em condições capazes de contribuir para a melhoria da qualidade de vida, a realização pessoal e social dos trabalhadores sem, contudo, promover ônus algum à sua saúde, integridade física e mental (BRASIL, 2004).

Cabe ressaltar que para a manutenção das garantias e dos direitos básicos de cidadania dos trabalhadores é indispensável que a formulação e a implementação das políticas e ações de governo sejam norteadas por abordagens transversais e intersetoriais. Nesse sentido, as ações de segurança e saúde do trabalhador precisam de uma atuação multiprofissional, interdisciplinar e intersetorial competente o bastante para contemplar a complexidade das relações entre produção, consumo, ambiente e saúde (BRASIL, 2004).

Entretanto, apesar de estar expresso na legislação trabalhista e previdenciária a necessidade de fiscalização e o cumprimento dos aspectos legais na saúde do trabalhador urbano e rural, percebe-se que no âmbito do trabalho rural ainda persistem nichos de trabalhadores que não são abordados nos padrões legais exigidos, o que potencializa os riscos para o trabalhador e, conseqüentemente, perda em qualidade de vida e na capacidade para o trabalho (DIAS, 2006).

O último recenseamento mostrou que, aproximadamente, 15% da população brasileira, uma média de 20 milhões pessoas, vive em regiões rurais, onde ainda impera a escassez de fiscalização que, associada à dificuldade de acesso à escola e aos serviços de saúde, à concentração de renda, à precariedade das habitações, bem como da rede de saneamento básico, dos meios de transporte e de comunicação, favorece ao decréscimo na qualidade de vida e da capacidade para o trabalho dos trabalhadores

rurais, comprometendo substancialmente à saúde desses cidadãos rurais (DIAS, 2006; IBGE, 2010).

Considerando a região do Vale do Jequitinhonha, situado no noroeste do Estado de Minas Gerais, apesar de representar uma pequena parcela de habitantes rurais quando comparada ao universo nacional, aproximadamente 10 mil habitantes, deve-se ressaltar que esta é uma região de destaque no universo de trabalhadores rurais, tendo em vista que as peculiaridades e disparidades sociais impactam diretamente nos indicadores socioeconômicos do estado de Minas Gerais e são capazes de desfavorecer a qualidade de vida e a capacidade para o trabalho (IBGE, 2010).

Segundo a Organização Internacional do Trabalho (OIT), trabalhador rural é toda a pessoa que se dedica, nas regiões rurais, a tarefas agrícolas ou artesanais ou a ocupações similares ou conexas, podendo ser as atividades desenvolvidas de cunho assalariados ou de pessoas que trabalham por conta própria, como arrendatários, parceiros e pequenos proprietários (PAIDA, 2012).

Em geral, os estudos sobre qualidade de vida e capacidade para o trabalho têm sido realizados com trabalhadores urbanos de indústrias, transporte, setores hospitalares/saúde, administrativos e educacionais. No âmbito dos trabalhadores industriais, transporte e administrativos, os estudos mostram que existe uma relação significativa entre a capacidade para o trabalho e a qualidade de vida, sendo a capacidade para o trabalho maior entre os homens jovens. Constataram que a prevalência de sintomas osteomusculares e de outras comorbidades associadas a prática laboral é alta entre os trabalhadores, mas que ainda assim, a capacidade para o trabalho pode ser considerada adequada. Além disso, os aspectos sócio-demográficos, ocupacionais, de satisfação no trabalho estão entre as variáveis que mais se relacionam com o impacto na capacidade para o trabalho (HAHN; CAMPONOVARA, 1997; RAFFONE; HENNINGTON, 2005; KUJALA et al., 2005; BIFF, 2006; MARTINEZ; LATORRE, 2006; SAMPAIO

et al., 2009; RENOSTO et al., 2009; MAZLOUM; ROSTAMABADI; SARAJI; FOROUSHANI, 2012; COSTA et al., 2012).

No que se refere a qualidade de vida e a capacidade para o trabalho em trabalhadores rurais ainda existe escassez de informações nas bases de dados literários utilizadas. Em geral, trabalho rural, principalmente em pequenas localidades, é informal e precarizado. Melhorar as condições para o trabalhador inserido neste trabalho precário é um desafio para as próximas décadas, assim como preservar sua capacidade para o trabalho e integralidade física, mental e social, independentemente de sua inserção laboral e econômica (WELLE, 2008).

Estudos realizados no Brasil têm mostrado que a qualidade de vida é pior entre estes indivíduos trabalhadores de área rural, principalmente após o período das safras (cana-de-açúcar, café, entre outras), no qual encontram-se, geralmente, sem atividades laborativas o que chama a atenção para a necessidade de promoção de políticas assistencialistas à saúde e ao trabalho para essa população específica (WELLE, 2008; CARVALHO-JR. et al., 2012)

Na China, estudo com mulheres trabalhadoras de fábricas, migrantes da região rural para urbana, concluiu que a qualidade de vida das mulheres migrantes é mais baixa do que a média das mulheres na China (ZHU, 2012). Considerando a população de fazendeiros finlandeses, Saarni, Saarni e Saarni (2007), constataram que estes trabalhadores possuem uma baixa capacidade para o trabalho e os resultados que envolviam a qualidade de vida também foram abaixo da média.

A avaliação da capacidade para o trabalho e da qualidade de vida dos trabalhadores rurais e dos fatores que influenciam esses parâmetros mensuráveis, podem fornecer informações valiosas para a melhoria das condições de trabalho interferindo positivamente na saúde do trabalhador e levando a menos incapacitações, maior produtividade e desenvolvimento social da região rural. Sendo assim, considerando a hipótese de que a qualidade de vida e a capacidade para o trabalho na população trabalhadora

residente em São Pedro do Jequitinhonha, MG é desfavorecida, acredita-se que este estudo possa gerar informações capazes de contribuir para o melhor entendimento da relação entre qualidade de vida e capacidade para o trabalho em áreas rurais, visando o fortalecimento e a eficiência operacional das políticas propostas pelos Ministérios da Saúde e do Trabalho e Emprego.

OBJETIVOS

## **2. OBJETIVOS**

### **2.1 Geral**

Analisar a capacidade para o trabalho e a qualidade de vida em trabalhadores residentes de área rural no Vale do Jequitinhonha, MG, Brasil.

### **2.2 Específicos**

**2.2.1.** Determinar o perfil socioeconômico, demográfico e ocupacional dos trabalhadores.

**2.2.2.** Avaliar a capacidade para o trabalho dos trabalhadores.

**2.2.3.** Identificar a prevalência das doenças que acometem os trabalhadores.

**2.2.4.** Avaliar a associação entre a capacidade para o trabalho e as variáveis socioeconômicas, demográficas e ocupacionais dos trabalhadores.

**2.2.5.** Avaliar a associação entre o índice de capacidade para o trabalho e a qualidade de vida dos trabalhadores.

# REVISÃO DA LITERATURA

## 3. REVISÃO DA LITERATURA

### 3.1 O trabalho da região rural

O surgimento de uma nova ruralidade nas últimas décadas no Brasil se apresenta como fato marcante, expressado principalmente pelo crescimento de populações com residência rural e ocupadas em atividades não agrícolas (DEL GROSSI; GRAZIANO, 2006). O contínuo progresso técnico na produção agropecuária tem levado a uma simplificação das tarefas agrícolas, principalmente com a terceirização de operações mecanizadas. Os estabelecimentos que antes necessitavam de famílias numerosas para dar conta das várias tarefas no dia-a-dia da agricultura, necessitam de um número cada vez menor de pessoas. Por outro lado, tem havido um crescimento de novas atividades no meio rural, com ocupações não agrícolas, que acabam absorvendo parte da mão de obra excedente da agricultura modernizada (DEL GROSSI; GRAZIANO, 2006).

Em 2000, o Brasil possuía, de acordo com o IBGE, uma população de aproximadamente 170 milhões de habitantes e uma taxa de urbanização da ordem de 81,2%. A população rural correspondia a quase 32 milhões de pessoas e a população rural economicamente ativa ocupada (PEA Ocupada) era de 12 milhões de habitantes (SILVA, et al., 2005). Em 2010, a população brasileira total atingiu 190.732.694 indivíduos, sendo a população rural de aproximadamente 15%, o que equivale a aproximadamente 20 milhões de habitantes. Importante ressaltar que o Brasil apresentou uma taxa de crescimento de 1,17% e este crescimento não foi refletido na área rural (IBGE, 2011).

Considerando o proposto por Del Grossi e Graziano (2006) o emprego agrícola experimentou uma significativa redução nos anos 90, mas o crescimento das ocupações não agrícolas compensou a redução do primeiro e estabilizou a População Economicamente Ativa (PEA) rural, ao contrário do que ocorria nas décadas anteriores. Segundo Faria et al. (2000, 2004), o processo de “Revolução Verde” modificou profundamente as

práticas agrícolas, gerou mudanças ambientais, nas cargas de trabalho e nos seus efeitos sobre a saúde, deixando os trabalhadores rurais expostos a riscos muito diversificados. Dessa forma, percebe-se que a modernização da agricultura foi acompanhada por um incremento da pesquisa agrônômica, sociológica, econômica e tecnológica no Brasil e em várias partes do mundo. Mas, no que se refere à área da saúde pública este incremento ainda é incipiente, pois há dispersão geográfica dos trabalhadores rurais, o que dificulta a realização de estudos de base populacional.

Vale ressaltar que a maioria dos estudos sobre o tema utiliza dados secundários, ou é desenvolvida com usuários de algum serviço ou, ainda, compara a população rural à população urbana sob vários aspectos e recortes. Sendo assim, persiste a escassez de estudos epidemiológicos de base populacional focando os problemas de saúde do trabalhador rural (FARIA et al., 2004; WELLE, 2008).

### **3.2 Capacidade para o trabalho e Qualidade de Vida**

Conceituar os termos capacidade para o trabalho e qualidade de vida se torna tarefa árdua, uma vez que vários são os grupos de estudiosos que mantêm pesquisas relevantes sobre os temas.

Considerando o termo “capacidade para o trabalho”, este pode, inicialmente, ser conceituado considerando o significado das palavras “capacidade” e “trabalho”. A palavra “capacidade” pode ser conceituada como a qualidade que a pessoa tem de satisfazer-se para determinada finalidade; e a palavra “trabalho” pode ser considerada como uma atividade coordenada, de caráter físico e/ou intelectual, bem como a necessidade de realização de tarefas, serviços ou empreendimentos. Dessa forma, capacidade para o trabalho pode ser vista como a qualidade física e/ou mental do ser humano para desenvolver as atividades laborais (MARTINS-MATTÉI, 2002).

A capacidade para o trabalho, quando considerada como o desempenho efetivo e eficiente de tarefas dentro de uma atividade

previamente determinada, resulta em bem-estar para todos os trabalhadores. Desta forma, é necessário intervir positiva e precocemente na vida pessoal dos trabalhadores, no sentido de manter uma boa qualidade de vida (VAHL-NETO, 1999), pois a diminuição da capacidade para o trabalho das pessoas encontra-se relacionada com as exigências do trabalho. Sendo assim, possibilita-se a identificação precoce do declínio funcional com a adoção de medidas preventivas e reabilitadoras (BELLUSCHI; FISHER, 1999; TUOMI et al., 2005; BIFF, 2006).

Em um estudo realizado por Tuomi e colaboradores (2005) a capacidade para o trabalho foi considerada como a base para o bem-estar do ser humano e não necessariamente permanece satisfatória ao longo da vida, podendo ser afetada por muitos fatores, como idade, aspectos culturais e sóciopolíticoeconômicos. No entanto, um ambiente saudável e um estilo de vida ativo favorecem positivamente para a manutenção de uma boa capacidade para o trabalho.

Considerando o envelhecimento da população na Finlândia o Finnish Institute of Occupational Health (FIOH – Instituto Finlandês de Saúde Ocupacional) iniciou, nos anos oitenta, estudos que buscavam consolidar a base teórica sobre os principais determinantes, consequências e medidas de intervenção para subsidiar políticas governamentais de atenção à manutenção da capacidade para o trabalho (MARTINEZ; LATORRE; FISHER, 2010).

Nestes estudos realizados pelo FIOH, foi considerado que para formular o conceito de capacidade para o trabalho deve-se enfatizar que ela é uma condição resultante da combinação de recursos humanos com demandas físicas, mentais e sociais do trabalho, gerenciamento, cultura organizacional, comunidade e ambiente de trabalho (MARTINEZ; LATORRE; FISHER, 2010). Dessa forma, devido este ser um conceito mais abrangente, optou-se pela utilização do mesmo para a elaboração deste estudo de mestrado. Cabe ressaltar que o conceito mencionado pode ser expresso como:

“quão bem está, ou estará, um(a) trabalhador(a) presentemente ou num futuro próximo, e quão capaz ele ou ela podem executar seu trabalho em função das exigências, de seu estado de saúde e capacidades físicas e mentais.” (TUOMI, et al., 2005, p. 09).

A terminologia “qualidade de vida” está presente em muitos estudos, e, da mesma forma que o ICT, possui abordagens relacionadas ao trabalho, à saúde e a visão holística da vida humana, apresentando conceitos específicos para cada área. Entretanto, para este estudo optou-se pelo conceito concebido pela OMS, devido Ester apresentar uma definição global da qualidade de vida, tendo em vista que é possível levar em consideração a multidimensionalidade dos parâmetros intervenientes. O termo qualidade de vida é tido como “a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (WHO, 1998, p.17).

Esta definição engloba, de maneira ampla, a saúde física, o estado psicológico, o nível de independência, as relações sociais, as crenças pessoais e a relação do indivíduo com o meio ambiente individual. Importante ressaltar que nessa definição é valorizada a natureza subjetiva da avaliação, com dimensões tanto positivas quanto negativas, estando relacionada à assimilação do respondente no que se refere a sua auto-percepção sobre a qualidade de vida (FLECK, 2000; CONCEIÇÃO et al., 2012).

No Brasil, os estudos sobre capacidade para o trabalho e qualidade de vida iniciaram durante a década de 90. As informações em saúde advindas destes vários trabalhos foram fundamentais para o planejamento, a programação, o monitoramento e a gestão das intervenções em saúde coletiva e individual, principalmente quando se considera um universo de mudanças do padrão de vida das pessoas e a ampliação do conceito da relação entre o processo saúde-doença (MALTA et al., 2008; MARTINEZ; LATORRE; FISCHER, 2009; MARTINEZ; LATORRE; FISCHER, 2010).

Sabe-se hoje, que os estudos epidemiológicos sobre capacidade para o trabalho e qualidade de vida são largamente utilizados e, entre seus

objetivos, buscam revelar o estado de saúde e doença na população. No que se refere aos dados de capacidade para o trabalho busca-se identificar, descrever, mensurar e/ou analisar a natureza dos processos que levam ao adoecimento e a perda da capacidade funcional laborativa (MARTINEZ; LATORRE, 2006; MARTINEZ; LATORRE; FISCHER, 2010).

Estudos têm abordado o tema capacidade para o trabalho o que permitiu consolidar a base teórica sobre os principais determinantes, consequências e medidas de intervenção, além de embasar a estruturação do Índice de Capacidade para o Trabalho (ICT), que possibilita avaliar e detectar precocemente alterações, bem como subsidiar informações direcionando medidas preventivas (WALSHA et al., 2004; BERG et al., 2009).

Nesse sentido, de modo a contribuir para a avaliação da assistência integral à saúde do trabalhador e buscar subsídios para o planejamento de novas ações de saúde voltadas para os trabalhadores, deve-se buscar um equilíbrio entre a capacidade para o trabalho, as exigências e fatores estressantes das respectivas atividades laborais com o intuito de não proporcionar perda à capacidade funcional laborativa desses indivíduos.

Portanto, é necessária uma avaliação frequente dos agentes responsáveis por desencadear sintomas, lesões, doenças e das melhorias das condições de trabalho. Os estudos sobre o ambiente de trabalho, as alterações fisiológicas, as mudanças na capacidade para o trabalho e a influência da organização e dos aspectos físicos e ergonômicos do trabalho propiciam soluções para incrementar o equilíbrio da relação entre capacidades e demandas de trabalho. É também imprescindível proporcionar ao trabalhador um estilo de vida ativo e saudável e condições de trabalho adequadas para aprimorar a capacidade funcional laboral e a saúde dos trabalhadores (BELLUSCI; FISCHER, 1999; METZNER; FISCHER; NOGUEIRA, 2008).

Conceituar qualidade de vida e relacioná-la à saúde é amplo e complexo. Pesquisadores afirmam que não há uma definição de âmbito

global, mas existe um maior entendimento de que deve ser avaliada de forma subjetiva e multidimensional, de modo a incluir a saúde psicológica, física, além das relações sociais. Qualidade de vida e estado de saúde podem ser considerados conceitos relacionais, mas são distintos, onde o primeiro é determinado não só por problemas de saúde, como também pela resposta emocional a esses problemas (CARVALHO-JR et. al, 2012).

A qualidade de vida e a capacidade para o trabalho sofrem influência de muitas variáveis além da subjetividade do sujeito, o que pode dificultar o estabelecimento exato dos determinantes para a obtenção e manutenção desta qualidade de vida (MARTINS, 2002). Porém, fatores ambientais, estilo de vida, aspectos cognitivos, sociais e organizacionais devem ser considerados na obtenção da qualidade de vida do trabalhador (MARTINS, 2002; CARVALHO-JR et. al, 2012). Pode ainda ser influenciada, segundo Ciconelli et al. (1999), por processos destrutivos e por processos potencializadores, que ocorrem simultaneamente no momento do trabalho. Assim, quando os processos destrutivos se intensificam, ocorre o favorecimento da doença, do envelhecimento precoce e da perda da capacidade ocupacional. Por outro lado, quando os aspectos saudáveis e protetores se expandem há o favorecimento da saúde e da vida.

Cabe ressaltar que a avaliação da qualidade de vida é de grande importância em populações de indivíduos doentes e, atualmente, é considerada um importante indicador de saúde em populações saudáveis, incluindo trabalhadores (CRUZ et al., 2011; CARVALHO-JR, et. al, 2012). Portanto, manter a satisfação do trabalhador, o bem-estar e a condição de vida das pessoas envolvidas nos processos de trabalho é fundamental. Para que isso ocorra, foram desenvolvidos programas de qualidade de vida relacionados ao trabalho denominados Programas de Qualidade Total (MONACO; GUIMARES, 2000). Vale destacar que tais programas de Qualidade Total promovem melhorias das condições de trabalho que, geralmente, são restritas às questões de higiene, limpeza e maior organização nos locais de trabalho. Porém, deixam de abranger pontos fundamentais para a saúde dos trabalhadores, como o trabalho em turnos e as sobrecargas física e mental destes trabalhadores, o que pode trazer

consequências negativas para a qualidade de vida (OLIVEIRA, 1997; MONACO; GUIMARES, 2000).

Cabe salientar que, segundo a Organização Mundial de Saúde, a avaliação da qualidade de vida deve buscar utilizar um enfoque transcultural, abordando vários aspectos que influenciam diretamente ou indiretamente a vida e a capacidade para o trabalho das pessoas (FERNANDES; ROCHA, 2012), sendo assim, é através de um processo educativo que é possível proporcionar uma vivência segura das atividades executadas pelo trabalhador. Deste modo, ocorre uma forma de agir melhor, propiciada por um ambiente de trabalho tranquilo, oferecendo as condições para o desempenho do exercício profissional seguro, que reverta em uma melhor qualidade de vida e de trabalho (CICONELLI et al., 1999; MEIRA, 2004).

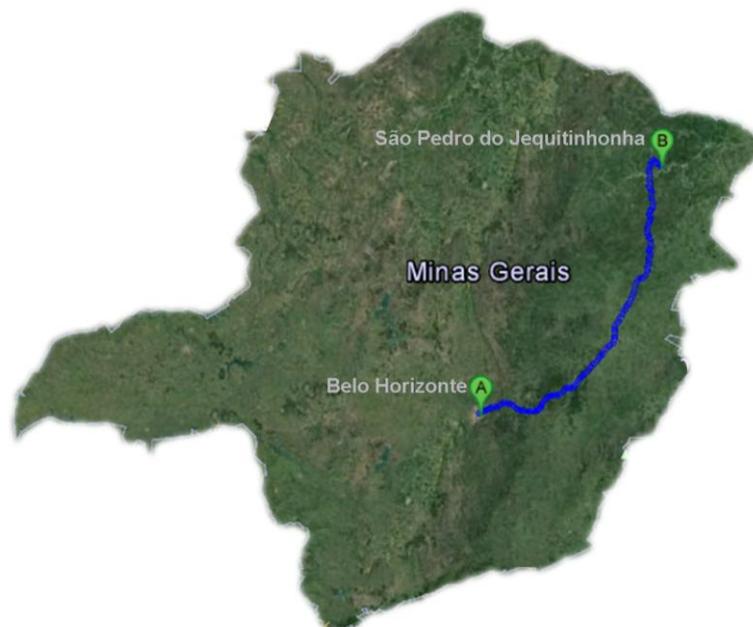
**M**ETODOLOGIA

## 4. METODOLOGIA

### 4.1 Local de Estudo:

Trata-se de um estudo epidemiológico de delineamento transversal, cuja população foi constituída por trabalhadores residentes na área rural do município de Jequitinhonha, mais precisamente no distrito de São Pedro, localizado a 685 km de Belo Horizonte, no Vale do Jequitinhonha, Minas Gerais (FIG. 1).

Figura 1 - Mapa ilustrativo de São Pedro do Jequitinhonha, Minas Gerais



Fonte: Elaborado pela autora.

Esta região está situada a nordeste do Estado de Minas Gerais e é conhecida pelos seus baixos indicadores sociais, como uma baixa renda bruta per capita, onde a média per capita mineira é de, aproximadamente, 70% da população recebendo entre 2 a 3 salários mínimos e a região do Vale do Jequitinhonha manter uma média de 70% da população recebendo até 1 salário mínimo, além de baixas condições médico-sanitárias e de

qualidade de vida e acesso ao consumo, dentre outras (IBGE, 2012). Entretanto, é detentora de exuberante beleza natural, riqueza cultural, com traços sobreviventes das culturas negras e indígenas, bem como artesanato invejável (FIG. 2).

Figura 2 - Modelo de artesanato típico do Vale do Jequitinhonha, Minas Gerais



Fonte: Acervo pessoal; Exposição “O Barro que Encanta”, 2010.

O Vale do Jequitinhonha tem uma história de ocupação decorrente da pecuária e extração mineral no início do século XVIII, e ainda hoje, após aproximadamente 300 anos de ocupação, continua a apresentar desafios primários relacionados à saúde, educação e economia (REIS, 2009).

Mesmo que estigmatizado ao longo do tempo pelo estereótipo miserável da carência, em função da existência de sérios problemas de ordem social e econômica, agravados por fatores de ordem ambiental contêm vários trabalhadores que, devido a carência de trabalho, encontram-se ociosos e improdutivos, o que pode gerar um impacto negativo na qualidade de vida e, conseqüentemente, na capacidade para o trabalho do sujeito (NASCIMENTO, 2009; VAN DEN BERG et al., 2011; LOVE et al.,

2012). As taxas de migração mantêm-se persistentes, assim como o analfabetismo e desemprego que convivem com baixos níveis de renda e oferta precária de serviços de saúde, educação e saneamento básico (NASCIMENTO, 2009).

O município de Jequitinhonha está inserido na região denominada de Baixo Jequitinhonha, às margens do Rio Jequitinhonha. Possui uma extensão territorial de 3.518 Km<sup>2</sup> e uma população de 24.179 habitantes (IBGE, 2010), sendo que a população residente no meio rural representa aproximadamente 30% do total, ou seja 7.114 indivíduos, conforme o Censo 2010 (IBGE, 2010). O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) do município é de 0,668, considerado médio-baixo pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD, 2000) e o Índice de Pobreza é de 58,50% (IBGE, 2010).

São Pedro do Jequitinhonha é o maior dos cinco distritos do município (FIG. 3), está localizado às margens do Rio Jequitinhonha e possui uma área de 15 Km<sup>2</sup> aproximadamente, distante 40 km da sede urbana do município. A população total do distrito é de – aproximadamente – 935 habitantes, considerando tanto aqueles que moram na vila central quanto nas regiões das fazendas, tida como zona rural. Estes, por sua vez, distribuem-se em 245 casas na área central e em 89 na zona rural.

Figura 3 - Vila Central de São Pedro, distrito rural de Jequitinhonha, Minas Gerais



Fonte: Acervo pessoal.

Os moradores vivem basicamente da agricultura de subsistência, como cultivo de milho, feijão e mandioca além da criação de gado em pequenas fazendas, sendo estas atividades consideradas as principais fontes de manutenção e renda para as famílias. Em alguns períodos do ano podem ocorrer movimentos migratórios, realizados principalmente por homens em idade produtiva, ocasionados pela colheita de grãos em latifúndios localizados em outros estados. A maioria da população recebe benefícios através de programas de transferência de renda do governo federal, entre eles Bolsa Família (REIS, 2009).

As casas são, em geral, construções simples feitas de adobe (blocos de barro), não há saneamento básico, sendo as excretas eliminadas no rio, em córregos ou em fossas secas (FIG. 4). Existe na comunidade uma estação de tratamento de água (FIG. 5), na qual a água do Rio Jequitinhonha é bombeada e acondicionada para receber produtos químicos

para a purificação, sendo, posteriormente, distribuída para a maioria das casas.

Figura 4 - Construções típicas de São Pedro do Jequitinhonha, Minas Gerais



Fonte: Acervo pessoal.

Figura 5 - Estação e tratamento de água, São Pedro do Jequitinhonha, Minas Gerais



Fonte: Acervo de fotos do grupo de pesquisa.

Ressalta-se, porém, que o controle desse processo é falho, de modo que algumas casas não recebem a água advinda dessa estação de tratamento e, quando a recebem, o fornecimento não é constante. Adicionalmente, boa parte das casas não possui caixa d'água, fazendo com

que algumas famílias utilizem a água diretamente do rio e de córregos, principalmente para lavagem de roupas e utensílios domésticos.

## **4.2 População do estudo**

A população total de São Pedro do Jequitinhonha é composta por 935 pessoas, sendo 416 com 18 anos ou mais. Foram convidados a participar do estudo os trabalhadores maiores de 18 anos, de ambos os sexos, que exerciam, na ocasião da coleta de dados, alguma atividade laborativa informal, caracterizada como o trabalho realizado à margem da legislação trabalhista e previdenciária em vigor ou atividade laborativa formal, na qual o trabalhador encontra-se respaldado pela legislação vigente (SOUZA, 2012); sendo essas atividades remuneradas ou não. Foram incluídas, também, as donas de casa, pelo fato de que o trabalho doméstico ocasiona, como qualquer outro trabalho formal ou informal, demanda física e mental (ROHFFS et al., 1997).

O recrutamento dos participantes do estudo se deu de maneira espontânea, ou seja, o entrevistador abordava os trabalhadores em seu ambiente de trabalho, bem como nos referidos domicílios e convidavam os indivíduos a participarem da pesquisa. Após uma explicação pormenorizada da pesquisa, os moradores optavam por participar ou não do estudo. Para aqueles que aceitavam fornecer as respostas ao questionário foi submetido o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para assinatura anteriormente à aplicação das perguntas (APÊNDICE A).

Foi também considerada como população de estudo àqueles indivíduos que mesmo estando aposentados por idade no momento da coleta de dados exerciam alguma atividade laborativa formal ou informal.

Destes, foram excluídos 174 indivíduos, dos quais 03 devido à afastamento por motivo de doença pelo Instituto Nacional da Previdência Social (INSS), 05 por estarem desempregados, 07 pessoas por não aceitarem participar do estudo e – finalmente – 159 indivíduos por não terem

sido localizados durante as coletas de dados, perfazendo um total de participantes foi de 242 indivíduos entrevistados, dos quais 104 (43%) eram homens e 138 (57%) eram mulheres.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG (11309613.0.0000.5149).

### **4.3 Coleta de dados**

A coleta de dados foi realizada através de dois questionários. Os questionários foram adaptados para o formulário eletrônico e estruturados no programa Visual CE. Após a confecção do instrumento de coleta de dados, foi realizado o download para um Personal Digital Assistant (PDA), no qual foram registradas as respostas das perguntas realizadas.

Trata-se de dois questionários estruturados extensos, de aplicação longa, cerca de 30 minutos com cada indivíduo. Com o intuito de não intervir nas respostas, bem como na qualidade da coleta dos dados, os entrevistadores foram capacitados de acordo com as diretrizes e normas para a aplicação de cada questionário.

#### **A. Questionário Índice de Capacidade para o Trabalho (ICT)**

Este questionário tem por objetivo avaliar a capacidade para o trabalho na percepção do próprio trabalhador. Trata-se de um questionário autoaplicável, mas considerando a dificuldade de leitura e interpretação da população em estudo, optou-se pela aplicação do instrumento avaliativo durante entrevista.

O questionário ICT é composto por sete dimensões, cada uma avaliada por uma ou mais questões, sendo o índice calculado pela soma dos pontos recebidos para cada uma das sete esferas que estabelecem o questionário (QUAD. 1).

Quadro 1 - Itens abrangidos pelo Índice de Capacidade para o Trabalho, número de questões utilizadas para avaliar cada item e score das respostas

ESFERA	NÚMERO DE QUESTÕES		SCORE DAS RESPOSTAS	
1 – Capacidade atual para o trabalho	Capacidade para o trabalho comparada com a melhor de toda a vida	1	0-10 (valor assinalado no questionário)	
2 – Exigências físicas e mentais	Capacidade para o trabalho em relação às exigências do trabalho	2	Número de pontos de acordo com a natureza do trabalho (fórmula para cálculo)	
3 – Doenças diagnosticadas	Número de doenças atuais diagnosticadas por médico	1 (lista de 51 doenças)	Pelo menos	05 doenças = 1 ponto
				04 doenças = 2 pontos
				03 doenças = 3 pontos
				02 doenças = 4 pontos
				01 doença = 5 pontos
4 – Incapacidade para o trabalho	Perda estimada para o trabalho por causa de doenças	1	1-6 pontos (valor assinalado no questionário, o pior valor será escolhido)	
5 – Absenteísmo	Faltas no trabalho por doença no último ano (12 meses)	1	1-5 (valor assinalado no questionário)	
6 – Prognóstico próprio	Prognóstico próprio da capacidade para o trabalho daqui a 2 anos	1	1, 4,7 (valor assinalado no questionário)	
7 – Recursos mentais	Recursos mentais (esse item refere-se à vida em geral, tanto no trabalho quanto no tempo livre)	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

Fonte: Tuomi, et al., 2005, p. 15

A primeira esfera, capacidade atual para o trabalho, é avaliada pelo valor assinalado no questionário em uma escala de 0 a 10. A segunda esfera, exigências físicas e mentais, considera o número de pontos ponderados de acordo com a natureza do trabalho que é determinada pelo entrevistado no momento da aplicação do questionário. As respostas às questões são ponderadas de forma diferente dependendo se o trabalho é fundamentalmente ou físico ou mental ou ambos. Para os trabalhadores com exigências físicas o escore encontrado para as essas exigências foi multiplicado por 1,5 e para as exigências mentais, por 0,5. No que se refere aos trabalhadores com exigências mentais a ponderação se dá da seguinte forma: o escore para as exigências físicas é multiplicado por 0,5 e o escore para as exigências mentais é multiplicado por 1,5. Para os trabalhadores com exigências tanto físicas quanto mentais o escore permanece inalterado.

A terceira esfera, doenças diagnosticadas, é medida pela compilação das informações obtidas através da lista das doenças estabelecidas no questionário (TUOMI et al., 2005). Para análise, somente são pontuadas as doenças diagnosticadas por médico, sendo que a pontuação final varia entre 1 e 7, onde 1 significa que foram encontradas pelo menos 5 doenças e 7 significa que não houve diagnóstico médico de doença alguma.

A quarta esfera, incapacidade para o trabalho, varia em uma escala de 1 a 6 pontos, onde o valor final é aquele que foi mencionado pelo entrevistado. Nessa esfera as seis opções de resposta iam da ausência de impedimento para o trabalho até a total incapacidade laborativa. Cabe ressaltar que o entrevistado poderia optar por mais de uma alternativa e caso isso acontecesse o pior valor seria escolhido como sendo a resposta final (TUOMI et al., 2005).

A quinta e sexta esferas, absenteísmo e prognóstico próprio, respectivamente, são medidas de acordo com o próprio valor mencionado no momento da coleta de dados e não existe a possibilidade de múltiplas alternativas. Na quinta esfera, absenteísmo, o entrevistado era questionado quanto ao número de dias que não trabalhou nos últimos 12 meses. Já na sexta esfera, prognóstico próprio, indagava-se sobre a possibilidade de nos próximos dois anos o entrevistado estar capaz de trabalhar.

Finalmente, a sétima esfera, recursos mentais, é calculada pelo somatório das respostas obtidas nas questões CF15, CF16 e CF17 (ANEXO B) sendo o total categorizado em uma escala que varia de 1 a 4, onde 1 representa o intervalo [0-3]; 2 o intervalo [4-6]; 3 o intervalo [7-9] e, finalmente, 4 o intervalo [10-12].

O cálculo final do ICT se dá mediante somatório das sete esferas descritas acima, sendo o melhor índice possível a obtenção de 49 pontos e o pior 07 pontos. Nessa escala existem quatro categorias de ICT: baixa (7 – 27), moderada (28 – 36), boa (37 – 43) e ótima (44 – 49) (TUOMI et al., 2005) (QUAD. 2).

Quadro 2 - Índice de Capacidade para o Trabalho e os objetivos das medidas

PONTOS	CAPACIDADE PARA O TRABALHO	OBJETIVOS DAS MEDIDAS
7 - 27	Baixa	Restaurar a capacidade para o trabalho
28 - 36	Moderada	Melhorar a capacidade para o trabalho
37 - 43	Boa	Apoiar a capacidade para o trabalho
44 - 49	Ótima	Manter a capacidade para o trabalho

Fonte: Tuomi, et al., 2005, p. 11

O questionário foi complementado com informações demográficas (sexo, idade, estado conjugal, cor da pele) e socioeconômicas (escolaridade, bolsa governamental, renda mensal).

## **B. Instrumento de Avaliação Abreviado de Qualidade de Vida (WHOQOL-Breve)**

A avaliação da saúde relacionada à qualidade de vida (QV) é uma área emergente de estudo segundo informe da Organização Mundial de Saúde (OMS) (KRÄGELOH et al., 2011). A OMS elabora questionários que estão entre as ferramentas mais utilizadas de avaliação de QV em todo o mundo. A versão breve do instrumento, o WHOQOL-Breve, é o mais popular devido a facilidade de aplicação, o que tende a reduzir gastos e outros encargos, além de ser elaborado com perguntas de fácil resposta, proporcionando melhor aplicabilidade quanto às medidas psicométricas (KRÄGELOH et al., 2011).

Comparando com outros instrumentos o WHOQOL-Breve tem uma forte aplicabilidade em várias culturas e diferentes populações, portanto, é facilmente adaptado aos mais diferentes contextos culturais. Nele são identificados quatro domínios: físico, psicológico, meio ambiente e relações sociais; e existem duas perguntas para a avaliação da auto-percepção em saúde e auto-percepção da qualidade de vida (FLECK, 2000; KRÄGELOH et al., 2011).

Cabe ressaltar que o instrumento WHOQOL-Breve foi confeccionado a partir do instrumento WHOQOL-100, sendo que este é constituído por um questionário de 100 perguntas referentes a seis domínios: físico, psicológico, nível de independência, relações sociais, meio ambiente e espiritualidade/religiosidade/crenças pessoais. Esses domínios são divididos em 24 facetas (FLECK et al., 1999; FLECK, 2000). Todas as respostas às questões tanto no WHOQOL-100 quando no WHOQOL-Breve são dadas de acordo com uma escala tipo Likert, elaborada para medir níveis de satisfação e insatisfação. A escala de Likert requer que os entrevistados indiquem seu grau de concordância ou discordância com declarações relativas à atitude que está sendo medida. Atribui-se valores numéricos às respostas para refletir a força e a direção da reação do entrevistado à declaração. As declarações de concordância devem receber valores positivos ou altos enquanto as declarações das quais discordam devem receber valores negativos ou baixos (GIGLIO, 2005).

As perguntas do questionário de qualidade de vida foram respondidas utilizando quatro tipos de escalas, capacidade, frequência, intensidade e avaliação, que variaram de acordo com a pergunta que foi realizada. O instrumento apresenta boa sensibilidade e especificidade, além de consistência interna e boa validade discriminante para doentes e normais (FLECK, 2000).

O questionário WHOQOL-Breve proporciona uma avaliação da QV através de 26 questões, sendo duas sobre a auto-avaliação da qualidade de vida e do estado de saúde; e 24 questões representando cada uma das facetas originais do WHOQOL-100. Cabe ressaltar que para a composição das questões do WHOQOL-Breve a seleção foi realizada no WHOQOL-100, após estudos pela OMS, sendo a pergunta selecionada àquela que apresentava a maior correlação com o escore médio de todas as facetas (FLECK, 2000; PEDROSO et al., 2010; COSTA et. al, 2012) (QUAD. 3).

Quadro 3 - Domínios e facetas do WHOQOL-Breve

<b>Domínio I – domínio físico</b>
1. Dor e desconforto
2. Energia e fadiga
3. Sono e repouso
10. Atividades da vida cotidiana
11. Dependência de medicação ou de tratamentos
12. Capacidade de trabalho
<b>Domínio II – domínio psicológico</b>
4. Sentimentos positivos
5. Pensar, aprender, memória e concentração
6. Autoestima
7. Imagem corporal e aparência
8. Sentimentos negativos
24. Espiritualidade/religiosidade/crenças pessoais
<b>Domínio III - relações sociais</b>
13. Relações pessoais
14. Suporte (apoio) social
15. Atividade sexual
<b>Domínio IV - meio ambiente</b>
16. Segurança física e proteção
17. Ambiente no lar
18. Recursos financeiros e qualidade
20. Oportunidades de adquirir novas informações e habilidade
21. Participação em, e oportunidades de recreação/lazer
22. Ambiente físico: (poluição/ruído/trânsito/clima)
23. Transporte

Fonte: FLECK, 2000

Os quatro domínios já mencionados do WHOQOL-Breve (físico, psicológico, meio ambiente e relações sociais) tem por objetivo analisar a capacidade física, o bem-estar psicológico, as relações sociais e o meio ambiente onde o indivíduo está inserido, bem como a auto-avaliação do estado de saúde e qualidade de vida global. O questionário WHOQOL-Breve, considerado um instrumento, mais abrangente, avalia as várias dimensões da qualidade de vida, uma vez que faz menção às interações psicológicas, físicas, do meio ambiente e das relações sociais de cada indivíduo (FLECK, 2000; PEDROSO et al., 2010; COSTA et. al, 2012).

Cada um dos quatro domínios da qualidade de vida apresenta um significado. O domínio físico representa a percepção do indivíduo sobre a sua condição física. O domínio psicológico é a percepção do indivíduo sobre a sua condição afetiva e cognitiva. O domínio relações sociais é a percepção do indivíduo sobre os relacionamentos interpessoais e os papéis sociais adotados na sociedade. Finalmente, o domínio meio ambiente é a percepção do indivíduo sobre os aspectos diversos relacionados ao meio ambiente no qual está inserido (NUNES; FREIRE, 2006).

Semelhante ao questionário ICT, o instrumento WHOQOL-Breve também é auto aplicável. Entretanto, neste estudo, optou-se pela entrevista, dada a dificuldade de leitura e interpretação de grande número dos participantes do estudo.

Tendo por base os quatro domínios mencionados, as questões que compõem o WHOQOL-Breve estão listadas no Quadro 4, sendo que as questões completas estão no Apêndice B:

Quadro 4 - Disposição das questões conforme domínio do WHOQOL-Breve

Domínio Físico	Questões 04, 06, 11, 16, 17, 19
Domínio Psicológico	Questões 07, 08, 12, 20, 27
Domínio Relações Sociais	Questões 21, 22, 23
Domínio Meio Ambiente	Questões 09, 10, 13, 14, 15, 24, 25, 26

Fonte: elaborado pela autora.

Após a coleta de dados, as questões 04, 06 e 27 tiveram a escala de respostas invertida para a sintaxe da qualidade de vida, de modo a ocorrer uma inversão na escala de pontuação, sendo mais valorizado as respostas com impacto positivo e menos valorizada as respostas com impacto negativo.

Além disso, a pergunta “Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?”, referente ao domínio psicológico, foi excluída do questionário aplicado à população de estudo devido a dificuldade de entendimento que

ela pode gerar, tendo sido o cálculo do score referente a esse domínio adaptado, ou seja, a ponderação utilizada na sintaxe foi alterada.

Cada domínio é composto por questões que são pontuadas em uma escala que varia entre 1 a 5. Os escores finais de cada domínio são calculados por uma sintaxe específica que envolve dentre outros cálculos, a soma e a média das questões que compõem cada domínio. Após a compilação dos dados obtidos e aplicação da sintaxe específica existe a transformação dos resultados em uma escala de 0 a 100, na qual zero é o pior valor e 100 o melhor (THE WHOQOL GROUP, 1998).

#### **4.4 Variáveis do estudo**

##### **A. Variáveis Dependentes**

As variáveis dependentes do estudo são:

(1) Índice de Capacidade para o Trabalho – ICT (Ótimo [44-49], Bom [37-43], Moderado [28-36], Baixo [7-27]).

(2) Qualidade de Vida (0 – 100, próximo de 0 ruim, próximo de 100 melhor).

##### **B. Variáveis Independentes**

Constituem as variáveis demográficas: sexo (masculino; feminino), idade (anos); faixa etária (18 – 29; 30 – 39; 40 – 49;  $\geq$  50), estado conjugal (solteiro(a); casado(a)/união estável; viúvo(a)/divorciado(a)/separado(a)); número de moradores na residência; tempo de moradia na localidade (anos).

As socioeconômicas são: escolaridade (analfabeto; 1 – 4 anos; 5 – 9 anos;  $\geq$ 10 anos); renda mensal (em Reais); bolsa governamental (sim; não); valor dos benefícios recebidos (em Reais); renda per capita (em Reais) ( $\leq$ R\$94,00; R\$95,00 – R\$183,00; R\$184 – R\$306;  $\geq$ R\$307,00).

As variáveis que caracterizam o trabalho são: função (empregada doméstica/limpeza/cozinha; construção civil/mineração; funcionário público; dona de casa (do lar); agricultura/piscicultura/pecuária; trabalho temporário (bicos); comércio); tempo na função (em meses); carteira assinada (sim; não); adicional insalubridade/periculosidade (sim; não); turnos de trabalho (sim; não); principais exigências para o trabalho (mentais; físicas; ambas); capacidade atual para o trabalho (1 – 10); doenças diagnosticadas (lista de 38 doenças), incapacidade para o trabalho (1 – 6), absenteísmo (em dias), prognóstico próprio (1; 4; 7); recursos mentais (1 – 4).

No que se refere à qualidade de vida, as variáveis relacionadas são: auto-percepção sobre o estado de saúde (muito insatisfeito(a); insatisfeito(a); nem satisfeito(a)/nem insatisfeito(a); satisfeito(a); muito satisfeito(a)); auto-percepção sobre a qualidade de vida (muito ruim; ruim; nem ruim/nem boa; boa; muito boa); presença de dor física (sim; não); quanto da dor impede de realizar as tarefas diárias (extremamente; bastante; mais ou menos; muito pouco; nada); tratamento médico (sim; não); quanto o tratamento médico é importante para a manutenção da vida (nada; muito pouco; mais ou menos; bastante; extremamente); aproveitamento da vida (nada; muito pouco; médio; muito; completamente); concentração para executar as atividades de vida diária (nada; muito pouco; médio; muito; completamente); segurança pública; salubridade do ambiente; disposição para as atividades cotidianas; satisfação com a aparência corporal; dinheiro suficiente para as necessidades; acesso à informação; atividades de lazer; capacidade de locomoção; satisfação com o sono; desenvolvimento das atividades de vida diária; satisfação com a capacidade para o trabalho; auto-satisfação; satisfação com relacionamento entre amigos; satisfação com a vida amorosa/sexual; apoio recebido de amigo; satisfação com as condições moradia; satisfação com o acesso ao serviço de saúde; satisfação com os meios de transporte e frequência de pensamentos negativos (APÊNDICE B).

# ANÁLISE ESTATÍSTICA

## 5. ANÁLISE ESTATÍSTICA

Com a finalidade de identificar os fatores intervenientes na qualidade de vida e na capacidade para o trabalho nos participantes do estudo, os dados quantitativos foram organizados em um banco utilizando o programa “Statistical Package for Social Science” – SPSS versão 18.0 e as análises realizadas no software SPSS versão 18.0 e no software R versão 2.15.2.

Inicialmente, foi feita uma comparação entre características da população estudada e as perdas relacionadas a amostra, a fim de verificar as potenciais diferenças que poderiam influenciar nos resultados do estudo. Neste ponto, a diferença entre a população do estudo e a perda foi avaliada aplicando-se os testes de Qui-quadrado de Pearson, com uma significância estatística de 5% ( $p < 0,05$ ).

Foi realizada a caracterização da população estudada através do cálculo das médias, medianas, desvios-padrão, distribuição percentual e de frequências. Para a análise univariada as variáveis que influenciam no ICT, assim como a seleção dos potenciais preditores para regressão multivariada, foram utilizados os testes de Spearman e de Kruskal-Wallis, ambos referentes às provas estatísticas não paramétricas.

Utilizou-se a prova estatística não paramétrica, pelo fato deste modelo não necessitar de especificar as condições sobre os parâmetros da população em estudo, bem como não exigir mensurações tão específicas quanto na estatística paramétrica. Além disso, para a determinação de distribuições dentro da população, a estatística não paramétrica é superior a paramétrica (SIEGAL; CASTELLAN 2006).

Finalmente, as afirmações probabilísticas decorrentes das provas estatísticas não paramétricas são, em sua maioria, exatas, independentemente da forma de distribuição da população da qual se extraiu a amostra aleatória (SIEGAL; CASTELLAN 2006). A prova de Kruskal-Wallis é útil para decidir se as amostras independentes são provenientes de

populações diferentes e se as diferenças entre estas amostras significam diferenças efetivas na população em estudo ou se apresentam apenas variações casuais, que podem ser esperadas entre amostras aleatórias de uma mesma população (SIEGAL; CASTELLAN 2006).

Para as comparações múltiplas após o teste de Kruskal-Wallis, foi utilizado o teste de Nemenyi que, em estatística, é considerado um teste *post-hoc* que se destina a encontrar os grupos de dados que diferem depois de um teste estatístico de comparações múltiplas (HOLLANDER; WOLFE, 1999). O teste de Nemenyi é uma espécie de análise de variância não-paramétrica, para um fator único de variação, que faz comparações entre várias amostras independentes onde a avaliação estatística é feita pela comparação dessas médias (HOLLANDER; WOLFE, 1999).

Para verificar a correlação entre a capacidade para o trabalho e as variáveis socioeconômicas, demográficas e ocupacionais dos trabalhadores, foi realizada a correlação de Spearman. A correlação, representada pela letra “r”, é uma medida que varia entre -1 e 1. Quanto mais próximo de 1 entende-se que as variáveis são positivamente correlacionadas, ou seja, se uma aumenta a outra tende a aumentar; e quanto mais próxima de -1, entende-se que são negativamente correlacionadas, ou seja, se uma variável aumenta a outra tende a diminuir (SIEGAL; CASTELLAN 2006).

Foram considerados preditores potenciais as variáveis que apresentaram um valor de  $p < 0,25$  na análise univariada. Para modelar o ICT a partir das variáveis selecionadas na análise multivariada, foi utilizada a Análise de Regressão via Quase-Verossimilhança com função de variância constante e função de ligação identidade. O método de Quase-Verossimilhança é muito utilizado pela ausência de suposições distribucionais, não considerando se a distribuição apresenta-se normal ou não normal, sendo necessário apenas especificar a estrutura da média e variância (HOLLANDER; WOLFE, 1999).

Para selecionar entre os potenciais preditores no modelo multivariado, foi utilizado o algoritmo Backward com um nível de 5%. O algoritmo de

Backward se resume em eliminar a variável com maior valor de  $p$  e ajustar novamente à regressão, sendo esse procedimento repetido até que todas as variáveis sejam significativas (HOLLANDER; WOLFE, 1999).

RESULTADOS

## 6. RESULTADOS

A população total do estudo foi composta 242 indivíduos, sendo 166 trabalhadores com atividade remunerada (68,6%) e 76 não remunerada, representados pelas donas de casa (31,4%). A faixa etária da maior parte dos participantes foi de 30 a 39 anos. Entre os que exercem atividade remunerada, estão os agricultores/pecuaristas/ piscicultores (19%), as empregadas domésticas/limpeza (14,5%), os funcionários públicos (12%), os comerciantes (13,6%), os trabalhos esporádicos (*bicos*) (5%) e os trabalhadores da construção civil/mineração (4,1%). É importante ressaltar que apesar da maioria da população do estudo exercer uma atividade remunerada, 94% não possuíam carteira assinada, não recebendo, conseqüentemente, gratificações por insalubridade e/ou periculosidade (98,8%). Praticamente todos os trabalhadores entrevistados executam suas atividades no horário comercial diurno, sendo aos balseiros e motoristas da ambulância os que realizavam durante a noite trabalhos em turnos (TAB. 1).

A maioria dos trabalhadores de São Pedro do Jequitinhonha é do sexo feminino (57%); do total dos trabalhadores entrevistados 71,1% são casados ou vivem em união estável e possuem tempo de estudos acima de 05 anos (62,4%). A idade média foi de 39,06 anos (DP: 11,893), apresentando valor mínimo de 18 e máximo de 74 anos. Ressalta-se que 77,4% dos participantes começaram a exercer alguma atividade laborativa antes dos 16 anos e destes, 30,3% antes dos 10 anos, sendo a principal atividade de cunho domésticos e na lavoura, permanecendo, em geral, 16 anos na mesma função (TAB. 1).

Os entrevistados são moradores antigos da localidade com tempo médio de residência de 26,86 anos (DP: 15,036), com mínimo de 1 e máximo de 60 meses e possuíam uma mediana de renda per capita de R\$182,50. Considerando as principais exigências para o trabalho, 73,6% dos participantes do estudo afirmaram que são principalmente físicas e mentais (TAB. 1).

Tabela 1 - Características demográficas e socioeconômicas dos trabalhadores de São Pedro do Jequitinhonha, MG

	Variáveis	n	%
Faixa etária	18 - 29	52	23,7%
	30 - 39	68	31,1%
	40 - 49	46	21,0%
	≥ 50	53	24,2%
	Total	219	100,0%
Sexo	Masculino	104	43,0%
	Feminino	138	57,0%
	Total	242	100,0%
Estado Civil	Solteiro	47	19,4%
	Casado	81	33,5%
	União estável	91	37,6%
	Separado / Divorciado / Viúvo	23	9,5%
	Total	242	100,0%
Tempo de estudo (anos)	Analfabeto	17	7,0%
	1 - 4	74	30,6%
	5 - 9	92	38,0%
	≥ 10	59	24,4%
	Total	242	100,0%
Renda per capita (Reais)	0 - 94	58	24,7%
	95 - 183	58	24,7%
	184 - 306	61	25,9%
	≥ 307	58	24,7%
	Total	235	100,0%
Idade com que começou a trabalhar	Menor que 10 anos	73	30,2%
	11 - 12 anos	57	23,6%
	13 - 15 anos	57	23,6%
	≥ 16 anos	55	22,7%
	Total	242	100,0%
Tempo (anos) que está na principal ocupação	1 - 5 anos	64	26,4%
	5,1 - 12 anos	61	25,2%
	12,1 - 25 anos	57	23,6%
	> 25 anos	60	24,8%
	Total	242	100,0%
Ocupação	Empregada doméstica / Limpeza / Cozinha	35	14,5%
	Construção civil / Mineração	10	4,1%
	Funcionário público	29	12,0%
	Dona de casa (do lar)	76	31,4%
	Agricultura / Pecuária / Piscicultura	47	19,4%
	Bicos	12	5,0%
	Comércio	33	13,6%
	Total	242	100,0%
Funcionário com carteira de trabalho assinada	Não	227	93,8%
	Sim	15	6,2%
	Total	242	100,0%
Recebe adicional insalubridade e periculosidade	Não	239	98,8%
	Sim	3	1,2%
	Total	242	100,0%
Trabalha durante a noite em turnos de trabalho	Não	238	98,3%
	Sim	4	1,7%
	Total	242	100,0%
As principais exigências do trabalho	Mentais	49	20,2%
	Físicas	15	6,2%
	Ambas, mentais e físicas	178	73,6%
	Total	242	100,0%

Os dados apresentados na Tabela 2 mostram as comparações realizadas entre as variáveis sexo e faixa etária da população estudada e as perdas ocorridas. Esta análise permite verificar se estas perdas foram sistemáticas, ou seja, se ocorreu em um determinado grupo, sexo ou faixa etária afetando a prevalência os ICT e a QV na população restante. Desta forma, podem-se observar as diferenças significativas entre a população inicialmente identificada e as perdas ocorridas durante o estudo em relação ao sexo e faixa etária. As perdas significativas ocorreram no sexo masculino (52,9%) e na faixa etária entre 18 a 29 anos (42,1%).

Tabela 2 - Comparação entre as variáveis sexo e faixa etárias na população do estudo e perdas em São Pedro do Jequitinhonha, MG

Sexo	População Elegível		Perdas		População Estudada		p
	n	%	n	%	n	%	
M	197	47,4	92	52,9	104	43	0,046
F	219	52,6	82	47,1	138	57	
Total	416	100	174	100	242	100	
Faixa etária	n	%	n	%	n	%	<0,001
18 - 29	127	33	61	42,1	52	23,7	
30 - 39	100	26	27	18,6	68	31,1	
40 - 49	81	21	33	22,8	46	21	
≥ 50	77	20	24	16,5	53	21,2	
Total	385	100	145	100	219	100	

Foi constatado, também, que as principais doenças diagnosticadas por médico foram hipertensão arterial (15,3%), lesão/doenças nas costas (14%), seguida por gastrite ou irritação duodenal (14%) e obesidade (12,4%). Cabe ressaltar que dentre as variáveis utilizadas para o cálculo do ICT somente foram pontuadas aquelas doenças que receberam diagnóstico médico. Entretanto, alguns trabalhadores citaram a presença de sintomas relacionados aos determinadas patologias, sendo as mais apontadas: lesão/doença nas costas (31,4%), doença da parte inferior das costas

(26,4%), lesão/doença nos MMII (21,1%). Estas comorbidades são de cunho osteomuscular e, em sua maioria, decorrente de dor aos movimentos executados durante a jornada de trabalho (TAB. 3).

Tabela 3 - Frequência das doenças que acometem os trabalhadores de São Pedro do Jequitinhonha – MG

(continua)

<b>Doenças que acometem os trabalhadores</b>	<b>Não</b>		<b>Diagnóstico médico</b>		<b>Em minha opinião</b>	
Lesão / doença nas costas	132	54,5%	34	14,0%	76	31,4%
Lesão / doença nos MMSS	188	77,7%	15	6,2%	39	16,1%
Lesão / doença nos MMII	169	69,8%	22	9,1%	51	21,1%
Doença da parte superior das costas	175	72,3%	18	7,4%	49	20,2%
Doença da parte inferior das costas	157	64,9%	21	8,7%	64	26,4%
Dor nas costas que se irradia para a perna	208	86,0%	6	2,5%	28	11,6%
Artrite reumatoide	195	80,6%	14	5,8%	33	13,6%
Hipertensão arterial	197	81,4%	37	15,3%	8	3,3%
Doença coronariana, dor no peito durante ex. físicos	206	85,1%	2	0,8%	34	14,0%
Infarto agudo do miocárdio, trombose coronariana	240	99,2%	1	0,4%	1	0,4%
Insuficiência cardíaca, doença do coração	233	96,3%	3	1,2%	6	2,5%
Infecções repetidas do trato respiratório	218	90,1%	12	5,0%	12	5,0%
Bronquite crônica	237	97,9%	5	2,1%	0	0,0%
Sinusite crônica	219	90,5%	14	5,8%	9	3,7%
Asma	239	98,8%	3	1,2%	0	0,0%
Enfisema	228	94,2%	1	0,4%	13	5,4%
Tuberculose pulmonar	241	99,6%	1	0,4%	0	0,0%
Distúrbio emocional severo	224	92,6%	15	6,2%	3	1,2%
Distúrbio emocional leve	186	76,9%	25	10,3%	31	12,8%
Problemas ou diminuição da audição	223	92,1%	0	0,0%	19	7,9%
Doença ou lesão da visão	216	89,3%	14	5,8%	12	5,0%
Doença neurológica	222	91,7%	11	4,5%	9	3,7%
Pedras ou doença na vesícula biliar	235	97,1%	7	2,9%	0	0,0%
Doença no pâncreas ou do fígado	235	97,1%	6	2,5%	1	0,4%
Úlcera gástrica ou duodenal	234	96,7%	2	0,8%	6	2,5%
Gastrite ou irritação duodenal	174	71,9%	34	14,0%	34	14,0%

Doenças que acometem os trabalhadores	Não		Diagnóstico médico		(conclusão) Em minha opinião	
	n	%	n	%	n	%
Colite ou irritação do cólon	223	92,1%	6	2,5%	13	5,4%
Infecções de vias urinárias	231	95,5%	8	3,3%	3	1,2%
Doença dos rins	221	91,3%	11	4,5%	10	4,1%
Doença nos genitais e aparelho reprodutor	232	95,9%	10	4,1%	0	0,0%
Alergia, eczema	190	78,5%	24	9,9%	28	11,6%
Tumor benigno	241	99,6%	1	0,4%	0	0,0%
Tumor maligno	242	100,0%	0	0,0%	0	0,0%
Obesidade	175	72,3%	30	12,4%	37	15,3%
Diabetes	235	97,1%	5	2,1%	2	0,8%
Bócio ou outra doença da tireoide	241	99,6%	1	0,4%	0	0,0%
Anemia	238	98,3%	3	1,2%	1	0,4%
Alteração congênita	242	100,0%	0	0,0%	0	0,0%

Considerando a variável ICT em sua forma contínua, o valor médio encontrado foi de 35,70 (IC: 24,96 – 36,37) em uma escala de 7 a 49, sendo, portanto, classificado como moderado. Observou-se, ainda, que 55% dos trabalhadores tiveram um escore final para o ICT classificado como bom ou ótimo e que 11,2% tiveram um ICT categorizado como baixo (TAB. 4).

Tabela 4 - Classificação do ICT para os trabalhadores entrevistados - São Pedro do Jequitinhonha, MG

Variáveis	n	%	
ICT	Baixo	27	11,20%
	Moderado	82	33,90%
	Bom	128	52,90%
	Ótimo	5	2,10%
<b>Total</b>	<b>242</b>	<b>100,00%</b>	

Finalmente, as médias dos escores identificadas nas diferentes esferas do ICT foram: 7,76 (0 – 10) para capacidade para o trabalho, 4,92 (0 – 10) para exigências físicas e mentais, 4,92 (0 – 7) para doenças diagnosticadas, 4,85 (0 – 6) para incapacidade para o trabalho, 4,38 (0 – 5) para o absenteísmo e, ainda, para prognóstico próprio 5,37 (0 – 7) e recursos mentais 3,59 (0 – 4).

Ao ponderar o escore de qualidade de vida o valor médio para a população foi de 68,94 (0 – 100). Os escores de WHOQOL-Breve identificados nos respectivos domínios foram, em uma escala de 0 a 100, 77,15 no domínio físico; 70,93 para o domínio psicológico; 74,21 para relações sociais e 53,49 para meio ambiente (TAB. 5).

O domínio físico foi o que apresentou a maior média 77,15 (IC: 75,00 – 79,31) e o domínio Meio Ambiente a menor média, equivalente a 53,49 (IC: 51,65 - 55,27), em relação aos outros domínios, sendo essa diferença significativa (TAB. 5).

Tabela 5 - Medidas descritivas, intervalo de 95% de confiança e quartis para os domínios da qualidade de vida e ICT - São Pedro do Jequitinhonha, MG

Variáveis	n	Média	DP	IC – 95%	1ª Q*	2ª Q*	3ª Q*
QV – Físico	242	77,15	18,89	[75,00 - 79,31]	66,67	83,33	91,67
QV – Psicológico	242	70,93	18,49	[68,51 - 73,29]	60,00	75,00	85,00
QV – Relações Sociais	242	74,21	17,84	[71,94 - 76,48]	66,67	75,00	91,67
QV – Meio Ambiente	242	53,49	14,03	[51,65 - 55,27]	43,75	56,25	62,50
QV – Geral	242	68,94	13,40	[67,31 - 70,61]	59,84	71,48	79,27
ICT	242	35,70	5,92	[34,96 - 36,37]	32,00	37,00	40,00

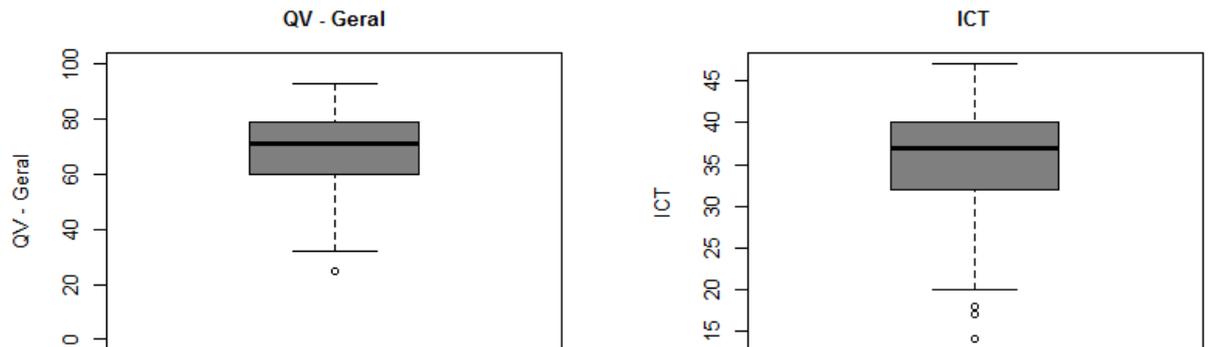
\* Os quartis são os valores que dividem o conjunto de dados ordenados em quatro partes iguais, onde o primeiro quartil (1ªQ) é o valor do conjunto que delimita os 25% menores valores, ou seja, 25% dos valores são menores do que o 1ªQ e 75% são maiores do que 1ªQ. Ao passo que o segundo quartil (2ªQ) é a própria mediana que separa os 50% menores dos 50% maiores valores. Finalmente, o terceiro quartil (3ªQ) é o valor que delimita os 25% maiores valores, ou seja, 75% dos valores são menores do que o 3ªQ e 25% são maiores do que 3ªQ (ZAR, 1998).

A análise estatística foi realizada para verificar a existência de correlação entre a capacidade para o trabalho e as variáveis socioeconômicas, demográficas e ocupacionais dos trabalhadores; bem como a existência de correspondência entre o ICT e QV dos trabalhadores.

O Gráfico 1 apresenta os valores médios, medianas e distribuição dos resultados do ICT e do score geral da QV. Nele é possível observar uma leve distribuição assimétrica negativa, o que permite constatar que a maioria dos indivíduos obteve valores altos tanto para o ICT quanto para a QV. Além disso, foram poucas as manifestações de *outliers* (resultados discrepantes), sendo que estes *outliers* foram de escores inferiores aos apresentados pela magnitude da população em estudo. Pode-se inferir, portanto, que apesar

das condições socioeconômicas, demográficas e ocupacionais não serem favoráveis para o desenvolvimento das atividades a população em estudo apresenta QV e ICT elevados.

Gráfico 1 - Boxplot para os domínios da qualidade de vida e ICT - São Pedro do Jequitinhonha, MG



A Tabela 6 apresenta as médias e os desvios-padrão dos valores para as diferentes esferas do ICT de acordo com o sexo. Nela é possível observar que quando homens e mulheres foram comparados dentro de cada esfera do ICT, apenas nas esferas doenças diagnosticadas pelo médico e exigências físicas e mentais houve significância estatística. Isso mostra que os homens apresentam menor número de comorbidades com diagnóstico médico e que as mulheres apresentam uma demanda física e mental maior quando comparada aos homens de SPJ.

Tabela 6 - Valores médios e desvios padrão e valor p dos escores das esferas de ICT segundo sexo. São Pedro do Jequitinhonha - MG

<b>Esfera de ICT</b>	<b>Sexo</b>	<b>Média</b>	<b>DP</b>	<b>p</b>
Capacidade atual para o trabalho	F	7,53	2,42	0,235
	M	7,87	1,92	
Exigências físicas e mentais	F	5,17	1,67	0,002*
	M	4,57	1,26	
Doenças diagnosticadas	F	4,58	2,31	0,005*
	M	5,37	1,98	
Incapacidade para o trabalho	F	4,8	1,44	0,485
	M	4,92	1,43	
Absentéismo	F	4,35	1,09	0,605
	M	4,43	1,09	
Prognóstico próprio	F	5,27	2,09	0,374
	M	5,5	1,95	
Recursos mentais	F	3,51	0,75	0,34
	M	3,7	0,62	

\*p < 0,05

Em relação a QV, somente os domínios físico e psicológico apresentaram médias significativamente menores para as mulheres, demonstrando que possuem uma pior percepção da condição física e pior percepção sobre a condição afetiva e cognitiva quando comparadas aos homens (TAB. 7).

Tabela 7 - Valores médios e desvio padrão dos domínios de QV segundo sexo. São Pedro do Jequitinhonha - MG, 2013

<b>Domínios de QV</b>	<b>Sexo</b>	<b>Média</b>	<b>DP</b>	<b>p</b>
Físico	M	80,78	16,4	0,02*
	F	74,53	20,2	
Psicológico	M	76,93	13,2	< 0,00*
	F	66,62	20,5	
Relações Sociais	M	76,26	18,1	0,08
	F	72,89	17,5	
Meio Ambiente	M	54,78	13,1	0,45
	F	53,08	14,8	

\*p < 0,05 (teste de Mann-Whitney)

A autopercepção do estado de saúde mostrou que a maioria da população está satisfeita ou muito satisfeita com seu estado de saúde (67,4%). Estes indivíduos, satisfeitos ou muito satisfeitos com o estado de saúde, apresentaram um ICT bom (85,6%) ( $p = 0,0004$ ) (TAB. 8).

Tabela 8 - Relação do ICT com a autopercepção do estado de saúde do indivíduo. São Pedro do Jequitinhonha, 2013 (n = 242)

ICT	Autopercepção do estado de saúde - QV02						Total	
	Muito insatisfeito – Insatisfeito		Nem satisfeito / Nem insatisfeito		Satisfeito/Muito satisfeito			
	n	%	n	%	n	%	n	%
Baixo	16	59,3%	5	18,5%	6	22,2%	27	11,2%
Moderado	16	18,8%	24	28,2%	45	53,0%	85	35,1%
Bom	5	4,0%	13	10,4%	113	85,6%	125	52,6%
Ótimo	0	-	0	-	5	100%	5	1,1%

\* $p < 0,001$  (Teste Exato de Fisher)

No que se refere a autopercepção da qualidade de vida, 50% dos respondentes (n=121) consideraram que a mesma é boa ou muito boa. Desses, 43 (50,6%) apresentaram um ICT moderado e 68 (54,4%) um ICT classificado como bom, sendo essa diferença significativa ( $p = 0,004$ ) (TAB. 9).

Tabela 9 - Relação do ICT com a autopercepção da qualidade de vida do indivíduo. São Pedro do Jequitinhonha, 2013 (n = 242)

ICT	Autopercepção da qualidade de vida - QV01						Total	
	Muito ruim - ruim		Nem ruim / Nem boa		Boa - Muito boa			
	n	%	n	%	n	%	n	%
Baixa	5	18,4%	15	55,6%	7	26%	27	11,2%
Moderada	13	15,3%	29	34,1%	43	50,6%	85	35,2%
Boa	5	4,0%	52	41,6%	68	54,4%	125	51,5%
Ótima	0	-	2	40%	3	60%	5	2,0%

\* $p = 0,004$  (Teste Exato de Fisher)

Os resultados mostraram que a medida que a idade (anos) e o tempo de trabalho na principal ocupação (anos) aumentam o ICT diminui, sendo

essa correlação negativa significativa para ambas as variáveis. Já em relação ao tempo de estudo (anos de estudo) foi encontrado uma correlação positiva ( $r = 0,200$ ) e significativa ( $p = 0,002$ ) com o ICT, ou seja, quanto maior o tempo de estudo maior o valor do ICT (TAB. 10).

Tabela 10 - Correlação de Spearman dos fatores socioeconômicos, demográficos e ocupacionais dos trabalhadores com o ICT – São Pedro do Jequitinhonha, MG

<b>Variáveis</b>	<b>r</b>	<b>p</b>
Tempo de moradia no local (anos)	-0,106	0,100
Idade	-0,198	0,003*
Idade com que começou a trabalhar	0,120	0,063
Tempo que trabalha na principal ocupação (anos)	-0,282	0,000*
Tempo de estudo (anos)	0,200	0,002*
Renda per capita	-0,033	0,618

Pode ser inferido dessas correlações que indivíduos mais velhos e que trabalham a mais tempo em uma mesma ocupação apresentam um decréscimo nos valores de ICT. Além disso, é possível detectar que quanto maior é o grau de escolaridade dos sujeitos de pesquisa, maior é o score final encontrado para o ICT. Cabe ressaltar que para as análises não houve o controle das variáveis pela idade, dessa forma pode-se inferir que exista uma relação entre as variáveis idade (anos) e tempo que trabalha na mesma função (anos), onde pelo fato de o indivíduo ser mais velho este por sua vez trabalha a mais tempo na mesma ocupação.

Em relação aos fatores socioeconômicos, demográficos e ocupacionais apenas o estado civil influenciou significativamente ( $p = 0,009$ ) o ICT, sendo o valor médio do ICT nos solteiros maior que nos casados (TAB. 11).

Tabela 11 - Medidas descritivas e teste de Kruskal-Wallis para ICT e fatores socioeconômicos, demográficos e ocupacionais dos trabalhadores de São Pedro do Jequitinhonha, MG

Variáveis		n	Média	EP	1ºQ***	2ºQ***	3ºQ***	p
Estado Civil	Solteiro*	70	36,89	0,62	34,2	38,0	41,0	0,009*
	Casado**	172	34,93	1,02	32,2	35,0	40	
As principais exigências do trabalho	Mentais	49	34,99	0,97	34,0	37,0	39,0	0,517
	Físicas	15	34,80	1,43	32,0	34,0	38,5	
	Ambas	178	35,97	0,43	32,0	37,0	41,0	
Sexo	Masculino	104	36,31	0,50	34,0	38,0	39,0	0,352
	Feminino	138	35,23	0,55	32,0	37,0	41,0	
Assalariado	Não	76	35,75	0,76	32,5	37,0	41,0	0,590
	Sim	166	35,67	0,43	32,0	37,0	39,5	
Funcionário com carteira de trabalho assinada	Não	227	35,78	0,39	32,5	37,0	40,0	0,431
	Sim	15	34,37	1,71	30,0	36,5	38,5	
Recebe adicional insalubridade e periculosidade	Não	239	35,66	0,38	32,0	37,0	40,0	0,425
	Sim	3	38,67	2,33	36,5	38,0	40,5	
Trabalha durante a noite em turnos de trabalho	Não	238	35,71	0,38	32,0	37,0	40,0	0,960
	Sim	4	34,75	4,55	28,5	37,0	41,0	

\* Considerado os solteiros, divorciados e viúvos.

\*\* Considerado os casados e os em união estável.

\*\*\* Os quartis são os valores que dividem o conjunto de dados ordenados em quatro partes iguais, onde o primeiro quartil (1ªQ) é o valor do conjunto que delimita os 25% menores valores, ou seja, 25% dos valores são menores do que o 1ªQ e 75% são maiores do que 1ªQ. Ao passo que o segundo quartil (2ªQ) é a própria mediana que separa os 50% menores dos 50% maiores valores. Finalmente, o terceiro quartil (3ªQ) é o valor que delimita os 25% maiores valores, ou seja, 75% dos valores são menores do que o 3ªQ e 25% são maiores do que 3ªQ (ZAR, 1998).

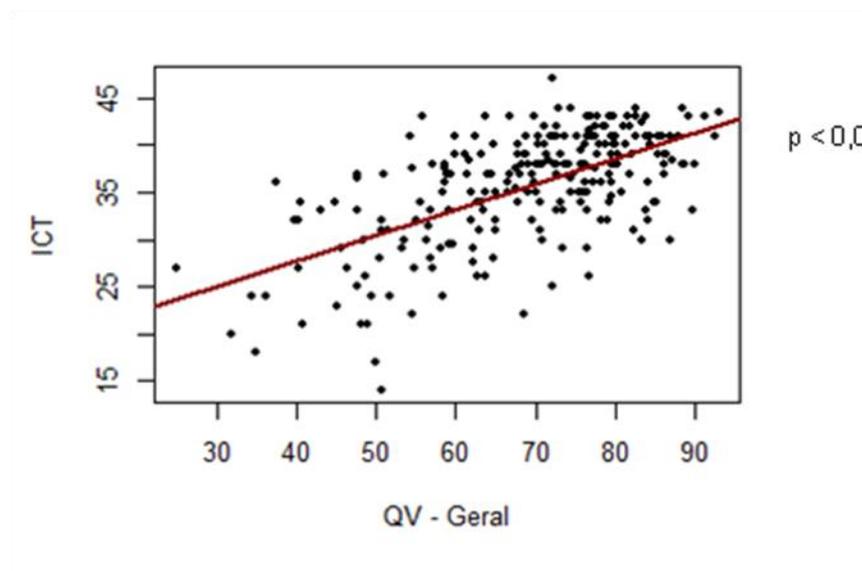
A análise da relação entre a qualidade de vida e o ICT, mostrou que todos os domínios, assim como o índice geral da QV, estão fortemente correlacionados com o ICT. Isso significa que quanto melhor a qualidade de vida maior tende a ser o ICT. As correlações dos domínios físico e psicológico com o ICT parecem ser mais fortes que as correlações dos domínios relações sociais e meio ambiente com o ICT (TAB. 12).

Tabela 12 - Correlação de Spearman dos domínios da qualidade de vida com o ICT - São Pedro do Jequitinhonha, MG

Variáveis	r	p
QV - Físico	0,691	0,000*
QV - Psicológico	0,518	0,000*
QV - Relações Sociais	0,285	0,000*
QV - Meio Ambiente	0,372	0,000*
QV - Geral	0,615	0,000*

O Gráfico 2 reafirma esse resultado, uma vez que apresenta uma correlação de linearidade positiva forte entre ICT e QV, ou seja, quanto maior é o score de qualidade de vida maior é o valor encontrado para o índice de capacidade para o trabalho. Pode-se dizer que quanto maior é a média de qualidade de vida melhor é o ICT, sendo essa relação estatisticamente significativa ( $p < 0,000$ ).

Gráfico 2 - Diagrama de dispersão dos domínios da qualidade de vida com o ICT



Para a modelagem estatística da relação entre ICT e as variáveis selecionadas na análise univariada ( $p < 0,25$ ), foi utilizada a análise de Regressão via Quase Verossimilhança com função de variância constante e função de ligação identidade (TAB. 13).

Tabela 13 - Regressão de Quase Verossimilhança com função de ligação identidade e função de variância constante para ICT - São Pedro do Jequitinhonha, MG

<b>Modelo Multivariado</b>	<b><math>\beta</math></b>	<b>EP (<math>\beta</math>)</b>	<b><math>p</math></b>
<i>Intercepto</i>	19,40	2,18	0,000
Tempo (anos) de moradia no local	-0,02	0,02	0,374
Idade (anos)	0,03	0,04	0,410
Idade (anos) com que começou a trabalhar	-0,03	0,07	0,642
Tempo (anos) que trabalha na principal ocupação	-0,12	0,02	0,003
Tempo (anos) de Estudo	0,02	0,09	0,786
Estado Civil: Casado	-1,37	0,97	0,156
Estado Civil: Solteiro	-0,74	1,29	0,564
QV Físico	0,16	0,02	0,000
QV Psicológico	0,05	0,02	0,040
QV Relações Sociais	0,00	0,02	0,982
QV Meio ambiente	0,04	0,02	0,101

Após aplicar o algoritmo de Backward, tem-se que as variáveis “Tempo (anos) que trabalha na principal ocupação” e os domínios “físico”, “psicológico” e “meio ambiente” foram significativos para explicar o ICT, sendo que a cada ano que se aumenta na variável tempo que trabalha na principal ocupação espera-se uma diminuição de 0,06 (0,02 – 0,10) no valor médio do ICT. Ao aumentar em uma unidade o valor final do domínio físico espera-se um aumento de 0,16 (0,12 – 0,20) no valor médio do ICT; a cada unidade que se aumenta no domínio psicológico espera-se um aumento de 0,04 (0,00 – 0,08) no valor médio do ICT; e, finalmente, a cada unidade que se aumenta no domínio meio ambiente espera-se um aumento de 0,05 (0,00 – 0,09) no valor médio do ICT (TAB. 14).

Tabela 14 - Regressão de Quase-Verossimilhança com função de ligação identidade e função de variância constante para ICT – Modelo Final - São Pedro do Jequitinhonha, MG

<b>Modelo Multivariado</b>	<b><math>\beta</math></b>	<b>EP(<math>\beta</math>)</b>	<b><math>p</math></b>
<i>Intercepto</i>	18,28	1,44	0,000
Tempo que trabalha na principal ocupação	-0,06	0,02	0,004
QV Físico	0,16	0,02	0,000
QV Psicológico	0,05	0,02	0,021
QV Meio ambiente	0,04	0,02	0,040

DISCUSSÃO

## 7. DISCUSSÃO

Os resultados indicam que a capacidade para o trabalho na população rural estudada está significativamente correlacionada com a qualidade de vida. Isso sugere que a percepção da capacidade para o trabalho individual vai além dos fatores relacionados ao trabalho, expressando, pelo menos em parte, a percepção da qualidade de vida fora do ambiente de trabalho (GRANDISKI, 2004; MARTINEZ; LATORRE, 2006; ARANDELOVIĆ; NIKOLIĆ; STAMENKOVIĆ, 2010; COSTA et al., 2012).

Neste estudo todos os domínios da qualidade de vida, assim como o índice geral, foram fortemente correlacionados com o ICT, mostrando que quanto melhor a qualidade de vida maior tende a ser o ICT. A relação ocorreu principalmente nos domínios físico e psicológico, ou seja, a percepção de uma boa capacidade física e psicológica se expressa também em uma boa capacidade para o trabalho no contexto dos trabalhadores residentes em área rural. Isso também ocorre com trabalhadores industriais e da área da saúde, onde as ações e os efeitos dos fatores relacionados ao trabalho e ao indivíduo no resultado final do ICT, estão relacionados à satisfação na vida e ao bem-estar no trabalho (MILOSEVIC, et al., 2011; COSTA et al., 2012).

Considerando que a “nova ruralidade” pode ser expressa como sendo uma intensificação da urbanização do campo, percebe-se que novas atividades e consideráveis mudanças ocorreram e continuam ocorrendo no meio rural brasileiro. Destaca-se o surgimento de novas atividades não agrícolas, a pluriatividade, a modernização do campo e o desenvolvimento dos meios de comunicação (WANDERLEY, 2000).

Os resultados apresentados evidenciam que na população trabalhadora de SPJ a maior parte dela está inserida em atividades agrícolas (agricultura / pecuária / piscicultura – 19,4%). Entretanto, uma parcela significativa da população apresenta como principal ocupação as atividades de limpeza (14,5%), o comércio (13,6%), seguido das atividades esporádicas

(bicos – 5%) e construção civil / mineração (4,1%). Silva (1997) apresenta que a modernização do campo, o aparecimento de trabalhadores com uma carga horária reduzida (trabalhadores *part time*) e a pluriatividade deste trabalhador reforçam o novo rural, sendo que estas mudanças levam a um irreversível processo de urbanização do campo, onde as atividades agrícolas não se encontram mais solitárias, sendo até mesmo em alguns momentos ultrapassadas por outros tipos de atividade.

Estudo de Mazloumi; Rostamabadi; Saraji; Foroushani (2012) mostrou que além dos fatores psicossociais, as interações da vida familiar também podem interferir no ICT e na QV. Concluíram que o trabalho e suas dimensões podem ser influenciados tanto por fatores ocupacionais quanto pelos não ocupacionais.

Da mesma forma Tuomi e colaboradores (2004) em estudo com trabalhadores da indústria de metais, comércio e varejo detectaram que 85% da população estudada possuía um resultado para o ICT como sendo bom ou ótimo. Outros estudos, como o de Costa et al. (2012) realizado com trabalhadores industriais mostraram um resultado semelhante, com 82% da população estudada nas mesmas categorias. Por outro lado, estudo com trabalhadores rurais de flores e plantas da região de Holambra, SP, encontrou um percentual inferior (48,9%) da população com ICT na categoria ótima (WELLE, 2008).

Camaro e Pasinato (2008), apesar de reconhecerem a dificuldade de estabelecer uma relação causal entre o tempo de serviço em determinada ocupação e a probabilidade de adoecimento, afirmam que muitas doenças são originadas no trabalho. Entretanto, algumas delas somente são diagnosticadas quando a patologia encontra-se em estágios mais avançados. Segundo estes pesquisadores, isso se deve, em parte, ao fato de que frequentemente as comorbidades, em suas fases iniciais, apresentam sintomatologia comum a outras patologias, dificultando a identificação dos processos ocupacionais geradores.

Em relação as doenças diagnosticadas por médico nos trabalhadores de São Pedro do Jequitinhonha, a hipertensão arterial sistêmica foi o diagnóstico mais relatado. Mas se considerarmos as doenças relatadas por eles as dores osteomusculares, bem como a limitação de movimentos, foram as mais prevalentes. Walsh et al. (2004) em pesquisa com trabalhadores industriais brasileiros constataram que as variáveis dor e absenteísmo, quando associadas explicam, aproximadamente, 59% das ocorrências de baixa capacidade para o trabalho. Além disso, Van den Berg et al. (2011) em estudo com trabalhadores holandeses de vários ramos de atividade, apesar de encontrar um decréscimo no ICT quando o número de doenças diagnosticadas é maior, essa diferença não foi estatisticamente significativa.

Em relação aos trabalhadores do setor hospitalar/saúde os estudos mostram que estes estão satisfeitos, principalmente com a quantidade das horas de sono. Contudo, os níveis de satisfação com o trabalho e o número de doenças diagnosticadas são fatores preocupantes, uma vez que estes trabalhadores demonstraram insatisfação com as condições laborativas e salariais. Estes fatores especificamente, potencializam o decréscimo no grau de satisfação e motivação destes trabalhadores, o que pode afetar a harmonia e a estabilidade psicológica dentro do local de trabalho (BATISTA; VIEIRA; CARDOSO; CARVALHO, 2004). Considerando a população rural de SPJ verifica-se que, ao contrário dos trabalhadores da área da saúde que apresentam transtornos mentais como comorbidades mais prevalentes, as doenças crônicas não transmissíveis e as osteomusculares são as de maior prevalência na área rural.

Sabe-se que apesar dos profissionais de saúde apresentaram grande número de doenças diagnosticadas, eles possuem uma média de capacidade para o trabalho considerada "boa". Vale ressaltar que existem estudos descrevendo a relevância de programas preventivos sobre a percepção da capacidade para o trabalho entre os funcionários atuantes em instituições hospitalares (SCHMIDT; DANTAS; MARZIALE, 2008; SILVA-JR et al., 2011; VASCONCELOS et al., 2011; MILOSEVIC et al, 2011; SANTOS et al., 2012; SALTICHEV et al., 2013).

Quando se analisa os elementos relacionados à qualidade de vida da população em estudo, a média foi de 68,94. Leite; Soares; Nogueira; Peña (2012) em um trabalho com funcionários de uma colheita florestal, também encontraram que os indivíduos do estudo estavam parcialmente satisfeitos com a qualidade de vida e com o trabalho desenvolvido, apesar de não terem encontrado relevância estatística nessa correlação.

Ao considerarmos os domínios da qualidade de vida, pode-se perceber que os escores encontrados foram próximos de 70, sendo o domínio físico a maior média (77,15) e o domínio meio ambiente aquele com menor média (69,09), dessa forma, os trabalhadores de SPJ percebem-se mais fisicamente aptos para o trabalho do que inseridos em um meio ambiente adequado para se viver, sendo essa diferença com significância estatística posto que não há sobreposição dos intervalos de confiança (TAB. 5).

Comparando Os valores encontrados para os escores de QV com os valores encontrados em estudos com dentistas brasileiros e fazendeiros finlandeses, os nossos valores apresentam resultados com médias mais baixas para todos os domínios do WHOQOL-Breve, uma vez que NUNES; FREIRE (2006) e SAARNI; SAARNI; SAARNI (2007) mostraram resultados oscilando entre 89 – 90 para o índice geral e dos domínios da QV.

Considerando fatores não ocupacionais, o fato de termos encontrado uma correlação negativa e significativa do ICT com a idade e o sexo, mostra que estes fatores estão intimamente relacionados com o escore final do ICT. No que se refere a idade, esta pode ser considerada um fator crucial para o decréscimo das funções fisiológicas, como força física, capacidade respiratória, metabolismo e cognição, fatores estes que estão relacionados com a diminuição da capacidade para o trabalho, logo quanto maior a idade menor o valor final do ICT (ANDRADE; MONTEIRO, 2007; CAMARANO; PASINATO, 2008; SAMPAIO; AUGUSTO, 2012; CAMARANO; KANSO; FERNANDES, 2013).

Em um estudo com trabalhadoras idosas brasileiras, Monteiro; Ilmarinen; Gomes (2005) verificaram que o escore médio no ICT foi semelhante nos grupos etários analisados. Sendo que no grupo de mulheres mais velhas, 14,2% encontravam-se nas categorias "baixa" e "moderada" e 85,8% estavam nas categorias "boa" e "ótima". No grupo da mulheres mais jovem, 20% estavam na categoria "moderada". Os achados desta pesquisa não corroboram com os encontrados em São Pedro do Jequitinhonha, posto que considerando a idade houve uma correlação negativa, na qual quanto maior é a idade menor tende a ser o valor do ICT.

No que se refere ao sexo, Kujala et al. (2005) mostraram, em estudo com trabalhadores urbanos finlandeses, que estes, principalmente os homens, apresentaram maior otimismo quanto à percepção do trabalho e maior disposição para a execução das atividades diárias, apesar de apresentarem maior insegurança diante das atividades propostas. Além disso, detectaram que os valores do ICT para os indivíduos do sexo masculino são potencialmente maiores quando comparados aos valores encontrados para as mulheres.

Os resultados revelaram que as mulheres de SPJ possuem um maior número de doenças diagnosticadas pelo médico ( $\bar{x} = 4,58$ ) quando comparada ao público masculino ( $\bar{x} = 5,37$ ), pois para o cálculo dessa esfera faz-se a ponderação de maneira inversa, ou seja, quanto maior a média para a esfera "doenças diagnosticadas" menor o número de patologias diagnosticadas pelo médico. Infere-se desta última constatação que tal achado deve-se a uma maior procura das mulheres pelo serviço de saúde, tendo em vista que durante a aplicação dos questionários elas manifestavam ir com maior frequência ao centro de saúde local.

Além disso, constatou-se que o público feminino apresenta maior demanda física e mental quando comparada aos homens, uma vez que apresentam valores maiores para a esfera "exigências físicas e mentais" do ICT. Entretanto, apesar de as mulheres apresentarem maior demanda física e mental para realizar as atividades do dia a dia de trabalho, constatou-se que os homens se percebem melhor fisicamente e cognitivamente quando

comparado às mulheres, uma vez que os valores obtidos para os domínios físico e psicológico foram maiores para o sexo masculino ( $\bar{x} = 80,70$ ;  $\bar{x} = 76,93$ , respectivamente), corroborando com os achados de Rohffs (1997) e Raffone; Hennington (2005).

Apesar de não ter apresentando relevância estatística na diferença das médias no domínio “relações sociais” da QV, durante as entrevistas as mulheres se mostravam mais queixosas com os relacionamentos sociais e com os papéis sociais assumidos quando comparada aos homens.

Cabe ressaltar que as mulheres, além das atividades de cunho ocupacional, possuíam outras não ocupacionais, como os afazeres domésticos e os cuidados com os filhos, o que implica em jornadas extras de trabalho e acarretando com isso decréscimo nos valores médios de ICT e QV (JOHANSSON; HUANG; LINDFORS, 2007).

Considerando as donas de casa e o papel que a mulher representa para a família e o meio social, Saravi e colaboradores (2012) compararam a qualidade de vida de mulheres trabalhadoras formais com donas de casa no Irã. Este estudo constatou que não houve diferenças significativas na qualidade de vida entre mulheres trabalhadoras formais e donas de casa. Entretanto, as mulheres que, além dos trabalhos domésticos exerciam outra atividade formal, apresentaram melhor escore final para a QV, especialmente nos domínios psicológico e físico. Tais resultados sugerem que existe uma associação entre alguns aspectos da qualidade de vida e fatores relacionados à integridade mental e ao emprego.

O cruzamento entre a variável estado civil e ICT, percebe-se que a média do ICT é maior para os solteiros / viúvos / divorciados (36,89) quando comparada aos casados ou em união estável (34,93), sendo essa diferença estatisticamente significativa ( $p = 0,009$ ). Apesar de não ter encontrado achados na literatura que corroborem com esses resultados, pode-se inferir que isso se dá devido aos casados apresentarem maior responsabilidade com o cônjuge e a família, o que acarreta em uma maior tensão com o

trabalho. Segundo Wainstein (2000); Martinez; Latore (2009); Negeliskii; Lautert (2011) o estresse é fator que potencializa a diminuição no ICT.

Em relação aos anos de estudo, nossos resultados mostraram que os trabalhadores com maior nível de escolaridade apresentaram maior valor para o ICT, corroborando com os achados na literatura (WALSHA et al., 2004; RAFFONE; HENNINGTON, 2005; MARTINEZ; LATORRE, 2006; BERG et al., 2011).

Apesar de não termos encontrado correlação com significância estatística entre a variável idade com a qual começou a trabalhar (anos) e ICT, os resultados mostram que, aproximadamente, 78% (187) da população em estudo iniciaram alguma atividade laborativa antes dos 15 anos. Tal achado permite inferir que iniciar a jornada de trabalho após os 16 anos favorece o resultado do ICT, tendo em vista que alguns trabalhos favorecem ao surgimento da fadiga e do envelhecimento precoce que são fatores que desfavorecem o ICT (BELLUSCI; FISCHER, 1999; ANDRADE; MONTEIRO, 2007; VASCONCELOS; FISHER; REIS; MORENO, 2011).

A maior parte dos indivíduos (n = 167 – 67,4%) relataram sentir-se satisfeitos/muito satisfeitos com a saúde e consideraram boa ou muito boa sua qualidade de vida (n = 121 – 50%). Resultados semelhantes foram encontrados por Saldado e colaboradores (2011) em estudo realizado com auxiliares de agropecuária que consideraram a qualidade de vida boa e apresentaram um valor ótimo para o ICT (média de 44). Nunes; Freire (2006), um estudo com trabalhadores urbanos (cirurgiões-dentistas) detectaram que a qualidade de vida apresentou um resultado bom (73,8%), além dos trabalhadores estarem satisfeitos com sua saúde (67,8%).

Dentre as limitações deste estudo está o uso do questionário, tendo em vista que o mesmo é extenso e faz uso da escala de Likert. O recordatório referente aos dias que ficou sem trabalhar por motivo de doença nos últimos 12 meses anteriores o início da pesquisa, o que pode ter limitado a nossa análise.

Nossos resultados foram importantes para sinalizar e reforçar a necessidade de diretrizes preventivas específicas para o aprimoramento dos aspectos ligados à qualidade de vida e à capacidade para o trabalho. Este cenário argumenta a favor da continuidade do estudo não só na região, mas também em outras populações de trabalhadores objetivando conhecer fatores específicos associados aos parâmetros de cada um dos índices avaliados

CONCLUSÃO &  
CONSIDERAÇÕES FINAIS

## 8. CONCLUSÃO & CONSIDERAÇÕES FINAIS

A complexidade de se estudar o qualidade de vida e capacidade para o trabalho em zona rural no Vale do Jequitinhonha, MG, bem como demonstrar que a capacidade de trabalho dos trabalhadores da região é desafiador. Considerando as condições socioeconômicas, demográficas e ocupacionais de São Pedro, esperava-se encontrar, no presente estudo, que a QV e o ICT estivessem em um patamar inferior aos encontrados.

Contudo, os resultados apresentados revelaram o contrário. Isso provavelmente decorre do fato da população manifestar, durante as entrevistas, prazer em morar em São Pedro, além de residirem na localidade há, aproximadamente, 30 anos, de modo que a grande maioria dos indivíduos entrevistados não experienciaram morar em outras localidades.

Além disso, os resultados demonstraram que quanto melhor fisicamente a pessoa estiver melhor estará sua percepção individual sobre a condição afetiva e cognitiva, influenciando positivamente em sua capacidade laboral.

Dessa forma, trabalhos futuros devem ser estruturados com o intuito de ampliar pesquisas que possam contribuir para uma melhor avaliação e entendimento dos fatores intervenientes no ICT e na QV, tanto para os que favorecem quanto para aqueles que desfavorecem as medidas, identificação quais características do trabalho e do estilo de vida promovem ou deterioram a capacidade para o trabalho e qualidade de vida do indivíduo.

Cabe ressaltar que uma boa capacidade para o trabalho pode trazer consequências benéficas na determinação do bem-estar, saúde e empregabilidade dos trabalhadores, com melhoramentos para as organizações e para a sociedade em função de seus impactos positivos sobre a produtividade, absenteísmo e sobre os custos sociais decorrentes das pensões por incapacidade e da assistência às doenças. Enfim, através do uso dos questionários ICT e WHOQOL-Breve foi possível mensurar de

maneira rápida, simples e com baixo custo, fatores que são fundamentais, em nível individual e coletivo, para identificar a maneira como os trabalhadores percebem sua saúde e os aspectos de qualidade de vida, além de obter informações inerentes aos trabalhadores de área rural.

# REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

## 9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANDRADE, Cristiane Batista; MONTEIRO, Maria Inês. Envelhecimento e capacidade para o trabalho dos trabalhadores de higiene e limpeza hospitalar. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 41, n. 2, p. 237 – 244, 2007.

ARANDELOVIĆ, Mirjana, NIKOLIĆ, Maja, STAMENKOVIĆ, Slaviša. Relationship between Burnout, Quality of Life, and Work Ability Index — Directions in Prevention. **The Scientific World JOURNAL**, Serbia, v. 10, p. 766-777, 2010.

BATISTA, Anne Aires Vieira; VIEIRA, Maria Jésia; CARDOSO, Normaclei Cisneiros dos Santos; CARVALHO, Gysella Rose Prado de. Fatores de motivação e insatisfação no trabalho do enfermeiro. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 39, n.1, p. 85 – 91, 2005.

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

BERG, T. I. J. Van den; ELDERS, L. A. M.; ZWART, B. C. H.; BURDOF, A. The effects of work-related and individual factors on the work ability index: a systematic review, **Occup Environ Med**, v. 66, p. 211 – 220, 2009.

BERG, T. I. Van den; ROBROEK, Suzan; PLAT, Jan F.; KOOPMANSCHAP, Marc A.; BURDOF, Alex. The importance of job control for workers with decreased work ability to remain productive at work. **Occup Environ Health**, v. 84, p. 705 – 712, 2011.

BIFF, Patrícia. **Avaliação da capacidade funcional e prevalência de sintomas osteomusculares em trabalhadores de uma indústria de materiais elétricos de Caxias do Sul, RS**. 2006, 100f. Dissertação (Mestrado) – Universidade do Vale do Rio dos Sinos. São Leopoldo, 01 de Julho de 2006.

BRASIL, Ministério do Trabalho e Emprego, Ministério da Previdência Social, Ministério da Saúde. **Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador**. Brasília, 18p, 29 Dezembro 2004.

CAMARANO, Ana Amélia; PASINATO, Maria Tereza. **Envelhecimento funcional e suas implicações para a oferta da força de trabalho brasileira**. Instituto de pesquisa econômica aplicada, Rio de Janeiro, 2008.

CAMARANO, Ana Amélia; KANSO, Solange; FERNANDES, Daniele. **Envelhecimento populacional, perda de capacidade laborativa e políticas públicas**. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – IPEA. Brasília, v. 54, 9 p. 2013.

CARVALHO-JR, Luiz Carlos Soares de; CIPULO, Ercy Mara; TOLEDO, Alessandra Choqueta de; CECCATO, Aline Duarte Ferreira; MACCHIONE, Mariângela; BRAGA, Luis Ferreira; RAMOS, Dionei. Avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde

de cortadores de cana-de-açúcar nos períodos de entressafra e safra. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 46, n. 6, 2012.

CICONELLI, Rozana Mesquita; FERRAZ, Marcos Bosi; SANTOS, Wilton; MEINÃO, Ivone; QUARESMA, Marina Rodrigues. Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36 (Brasil SF-36). **Rev. Bras. Reumatol**, v. 39, n. 3, p. 143 – 150, 1999.

CONCEIÇÃO, Maria Rodrigues da; COSTA, Maria Suêuda; ALMEIDA, Maria Irismar de; SOUZA, Ângela Maria Alves; CAVALCANTE, Maria Beatriz de Paula Tavares; ALVES, Maria Dalva Santos. Qualidade de vida do enfermeiro no trabalho docente: estudo com o Whoqol-bref. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, June 2012.

COSTA, Carolina Souza Neves da; FREITAS, Elizabet Garcia de; MENDONÇA, Lorena Cristina de Souza; ALEM, Michele Elizabeth Rubio; COURY, Helenice Jane Cote Gil. Capacidade para o trabalho e qualidade de vida de trabalhadores industriais. **Ciência saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 6, 2012.

CRUZ, Luciana N; POLANCZYK, Carisi A; CAMEY, Suzi A; HOFFMANN, Juliana F; FLECK, Marcelo P. Quality of life in Brazil: normative values for the Whoqol-bref in a southern general population sample. **Quality of Life Research**, v. 20, n. 7, p. 1123 – 1129, 2011.

DEL GROSSI, M.; GRAZIANO DA SILVA, J. Mudanças Recentes no Mercado de Trabalho Rural. In: **Centro de Gestão e Estudos Estratégicos (CGEE)**. Parcerias Estratégicas, n. 22. Brasília: CGEE, jun, 2006.

DIAS, Elizabeth Costa. Condições de vida, trabalho, saúde e doença dos trabalhadores rurais no Brasil. **Rede Nacional de Atenção à Saúde do Trabalhador – RENAST**. Saúde do trabalhador Rural. Pinheiro, Tarcísio Márcio Magalhães (org). Fev 2006, p. 1 – 27.

FARIA, Neice Müller Xavier; FACCHINI, Luiz Augusto; FASSA, Anaclaudia G.; TOMASI, Elaine. Processo de produção rural e saúde na serra gaúcha: um estudo descritivo. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, Jan. 2000.

FARIA, Neice Müller Xavier; FACCHINI, Luiz Augusto; FASSA, Anaclaudia Gastal; TOMASI, Elaine. Trabalho rural e intoxicações por agrotóxicos. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, 2004.

FERNANDES, Marcos Henrique; ROCHA, Vera Maria da. Impact of the psychosocial aspects of work on the quality of life of teachers. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 31, n. 1, 2009.

FLECK, Marcelo Pio Almeida; LEAL, Ondina Fachel; LOUZADA, Sérgio; XAVIER, Marta Xavier; CHACHAMOVICH, Eduardo; VIEIRA, Guilherme; SANTOS, Lyssandra dos; PINZON, Vanessa. Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da OMS (WHOQOL-100). **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 21, n. 1, p. 19 – 28, 1999.

FLECK, Marcelo Pio de Almeida. O instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100): características e perspectivas. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, 2000.

GRANDISKI, Deisy Márcia Grande e. **Estilo de Vida, Capacidade para o Trabalho e Composição Corporal em Trabalhadoras da Indústria Frigorífica**. 2004, 92f. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 30 de Setembro de 2004.

GIGLIO, Ernesto Michelangelo. **O comportamento do consumidor**. 3ª edição. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2005.

HAHN, G.V.; CAMPONOGARA, S. Qualidade de vida na enfermagem. **Revista Médica**, HSVP, v. 9, n. 20, p. 48 – 51, 1997.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Censo 2010**. Disponível em: <[http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/default\\_censo\\_2010.shtm](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/default_censo_2010.shtm)>. Acesso em: 12 set. 2011.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Síntese de indicadores sociais: Uma análise das condições de vida da população brasileira 2012**. Disponível em: <[ftp://ftp.ibge.gov.br/Indicadores\\_Sociais/Sintese\\_de\\_Indicadores\\_Sociais\\_2012/SIS\\_2012.pdf](ftp://ftp.ibge.gov.br/Indicadores_Sociais/Sintese_de_Indicadores_Sociais_2012/SIS_2012.pdf)>. Acesso em: 24 set. 2012.

JOHANSSON, G.; HUANG, Q.; LINDFORS, P. A life-span perspective on women's careers, health and well-being. **Social Scien Med**, v. 65, n. 4, p. 685 – 697, 2007.

KRÄGELOH, C. U.; HENNING, M.A.; HAWKEN, S.J.; ZHAO, Y.; SHEPHERD, D.; BILLINGTON, R. Validation of the WHOQOL-BREF Quality of Life Questionnaire for Use with Medical Students. **Education for Health**, v. 24, n. 2, 2011.

KUJALA, V., REMES, J., LAITINEN, J. Regional differences in the prevalence of decreased work ability among young employees in Finland. **Intern. Journal Circumpolar Health**, v. 64, n. 5, p. 169 – 177, 2005.

LEITE, Ângelo Marcio Pinto; SOARES, Thelma Shirlen; NOGUEIRA, Gilciano Saraiva; PEÑA, Santiago Vignote. Perfil e qualidade de vida de trabalhadores de colheita florestal. Viçosa, **Revista Árvore**, v.36, n.1, p.161-168, 2012.

LOVE, Jesper; HOLMGREN, Kristina; TOREN, Kjell; HENSING, Gunnel. Can work ability explain the social gradient in sickness absence: a study of a general population in Sweden. **BMC Public Health**, v. 163, n. 12, 2012.

MALTA, Deborah Carvalho; LEAL, Maria do Carmo; COSTA, Maria Fernanda Lima e MORAIS-NETO, Otaliba Libânio de. Inquéritos Nacionais de Saúde: experiência acumulada e proposta para o inquérito de saúde brasileiro. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v.11, sup.1, p. 159 – 167, 2008.

MARTINEZ, Maria Carmen; LATORRE, Maria do Rosário Dias de Oliveira; FISCHER, Frida Marina. Capacidade para o trabalho: revisão de literatura. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, sup.1, p. 1553 – 1561, 2010.

MARTINEZ, Maria Carmen; LATORRE, Maria do Rosário Dias de Oliveira; FISCHER, Frida Marina. Validade e confiabilidade da versão brasileira do Índice de Capacidade para o Trabalho. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, n. 3, Junho, 2009.

MARTINEZ, Maria Carmen; LATORRE, Maria do Rosário Dias de Oliveira. Fatores associados à capacidade para o trabalho de trabalhadores do Setor Elétrico. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, 2009.

MARTINEZ, Maria Carmen; LATORRE, Maria do Rosário Dias de Oliveira. Health and work ability among office workers. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 40, n. 5, 2006.

MARTINEZ, Maria Carmen; LATORRE, Maria do Rosário Dias de Oliveira; FISCHER, Frida Marina. Capacidade para o trabalho: revisão de literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.15, supl. 1, p. 1553 – 1561, 2010.

MARTINS-MATTÉI, Marilu. **Qualidade de vida e capacidade para o trabalho dos profissionais em enfermagem no trabalho em turnos**, 2002, 85f. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção – Área de Ergonomia) – Universidade Federal de Santa Catarina, 2002.

MAZLOUMI, Adel; ROSTAMABADI, Akbar; SARAJI, Gabraeil Nasl; FOROUSHANI, Abbas Rahimi. Work Ability Index (WAI) and its association with psychosocial factors in one of petrochemical industries in Iran. **Journal of Occupational Health**, Irã, v. 54, n. 2, p. 112 – 118, 2012.

MEIRA, Leanderson Franco de. **Capacidade para o trabalho, fatores de risco para as doenças cardiovasculares e condições laborativas de trabalhadores de uma indústria metal-mecânica de Curitiba/PR**, 2004, 133F. Dissertação (Mestrado em Engenharia Mecânica) – Universidade Federal do Paraná, 2004.

METZNER, Ricardo Jorge; FISCHER, Frida Marina; NOGUEIRA, Diogo Pupo. Comparação da percepção de fadiga e de capacidade para o trabalho entre trabalhadores têxteis de empresas que se encontram em diferentes estágios de responsabilidade social empresarial no estado de São Paulo, Brasil. **Saúde soc.**, São Paulo, v. 17, n. 4, 2008.

MILOSEVIC, M.; GOLUBIC, R.; KNEZEVIC, B.; GOLUBIC, K.; BUBAS, M.; MUSTAJBEGOVIC, J. Work ability as a major determinant of clinical nurses' quality of life. **Journal of Clinical Nursing**, Croácia, v. 20, p. 2931–2938, 2011.

MONACO, Felipe de Faria; GUIMARAES, Valeska Nahas. Gestão da qualidade total e qualidade de vida no trabalho: o caso da Gerência de Administração dos Correios. **Rev. adm. Contemp**, Curitiba, v. 4, n. 3, 2000.

MONTEIRO, Maria Sílvia; ILMARINEN, Juhani; GOMES, Jorge da Rocha. **Capacidade para o trabalho, saúde e ausência por doença de trabalhadoras de**

**um centro de pesquisa por grupos de idade.** Rev. bras. saúde ocup., São Paulo , v. 30, n. 112, Dec. 2005 .

NASCIMENTO, Cordeiro Eliane. Vale do Jequitinhonha: Entre a carência social e a riqueza cultural. **Contemporâneos: revista de Artes e Humanidades.** v 4, 2009.

NEGELISKII, Christian; LAUTERT, Liana. Estresse laboral e capacidade para o trabalho de enfermeiros de um grupo hospitalar. **Rev. Latino-Am. Enfermagem,** Ribeirão Preto, v. 19, n. 3, 2011.

NUNES, Maria de Fátima; FREIRE, Maria do Carmo Matias. Qualidade de vida de cirurgiões-dentistas que atuam em um serviço público. **Revista de Saúde Pública,** São Paulo, v. 40, n. 6, p. 1019 – 1026, 2006.

OLIVEIRA, S. A qualidade da qualidade: uma perspectiva em saúde do trabalhador. **Cadernos de Saúde Pública.,** Rio de Janeiro, v. 13, n. 4, p. 625 – 634, 1997.

PAIDA, Zenilda. **Trabalhador Rural. Conteúdo Jurídico,** Brasília-DF: 24 abr. 2012. Disponível em: <<http://www.conteudojuridico.com.br/?artigos&ver=2.36550&seo=1>>. Acesso em: 24 set. 2013.

PEDROSO, Bruno; PILATTI, Luiz Alberto; GUITIERREZ, Gustavo Luis; PICININ, Cláudia Tânia, Cálculo dos escores e estatística descritiva do WHOQOL-bref através do Microsoft Excel. **Revista Brasileira De Qualidade De Vida.** v. 02, n. 01, jan./jun. 2010, p. 31-36.

PNUD. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD). **Resumo do relatório do desenvolvimento humano 2000.** Disponível em: <<http://www.undp.org.br DR/HDR2000/rdh2000/default.asp>>. Acesso em setembro de 2008.

RAFFONE, Adriana Maisonnave; HENNINGTON, Élide Azevedo. Avaliação da capacidade funcional dos trabalhadores de enfermagem. **Revista de Saúde Pública,** São Paulo, v. 39, n. 4, 2005.

REIS, Dener Carlos. **Acesso da população ao diagnóstico e tratamento da esquistossomose em área endêmica do município de Jequitinhonha, Minas Gerais.** 1999, 166f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, 2009.

RENOSTO, Alexandra; BIZ, Patrícia; HENNINGTON, Élide Azevedo; PATTUSSI, Marcos Pascolet. Confiabilidade teste-reteste do Índice de Capacidade para o Trabalho em trabalhadores metalúrgicos do Sul do Brasil. **Revista Brasileira de Epidemiologia,** São Paulo, v. 12, n. 2, 2009.

ROHFFS, I. et al. Influence of paid work on the perceived health state in women. **Med Clin Barc,** Barcelona, p. 566 – 71, 1997.

SAARNI, S. I.; SAARNI, E. S.; SAARNI, H. Quality of life, work ability, and self employment: a population survey of entrepreneurs, farmers, and salary earners. Finlândia, **Occup Environ Med,** v. 65, p. 98 – 103, 2007.

SALTYCHEV, M; LAIMI, K; OKSANEN, T; PENTTI, J; KIVIMÄKI, M; VAHTERA, J. Does perceived work ability improve after a multidisciplinary preventive program in a population with no severe medical problems – the Finnish Public Sector Study. **Scand J Work Environ Health**, Finlândia, v. 39, n. 1, p. 57 – 65, 2013.

SALGADO, Sara Maria Lopes; MAFRA, Simone Caldas Tavares; DOIMO, Leonice Aparecida; LORETO, Maria das Dores Saraiva de. Percepção da capacidade para o trabalho e incidência de dores versus envelhecimento funcional precoce de auxiliares de agropecuária da universidade federal de Viçosa – MG. **Oikos: revista brasileira de economia doméstica**, Viçosa, v. 22, n. 2, 2011.

SAMPAIO, Rosana Ferreira; SAMPAIO, Rosana Ferreira; COELHO, Cecília Martins; BARBOSA, Fábio Bonfim; MANCINI, Marisa Cotta; PARREIRA, Verônica Franco. Work ability and stress in a bus transportation company in Belo Horizonte, Brazil. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, 2009.

SAMPAIO, Rosana F.; AUGUSTO, Viviane G. Envelhecimento e trabalho: um desafio para a agenda de reabilitação. **Revista Brasileira de Fisioterapia**, São Carlos, v. 16, n. 2, p. 94 – 101, 2012.

SANTOS, Y; PORTO, F; MARQUES, L; TOMAZ, A; TOLEDO, R; LUCENA, N. Assessment of work ability of health professionals in the mobile emergency unit. **Work**. v. 41, sup. 1, p. 778 – 782, 2012.

SARAVI, Fatihe Kerman; NAVIDIAN, Ali; RIGI, Shahindokht Navabi; MONTAZERI, Ali. Comparing health-related quality of life of employed women and housewives: a cross sectional study from southeast Iran. **BMC Women's Health**. UK, v. 12, n. 41, 2012.

SCHMIDT, Denise Rodrigues Costa; DANTAS, Rosana Aparecida Spadoti; MARZIALE, Maria Helena Palucci. Qualidade de vida no trabalho: avaliação da produção científica na enfermagem brasileira. **Acta paul. Enferm**, São Paulo, v. 21, n. 2, 2008.

SIEGAL, Sidney; CASTELLAN-JR, N. John. **Estatística Não Paramétrica para Ciências do Comportamento**. Porto Alegre: Artmed, 2006.

SILVA, J. GRAZIANO DA. **O novo rural brasileiro**. Nova Economia, v. 7, n. 1, p. 43-81, 1997.

SILVA, Jandira Maciel da; NOVATO-SILVA, Eliane; FARIA, Horácio Pereira; PINHEIRO, Tarcísio Márcio Magalhães. Agrotóxico e trabalho: uma combinação perigosa para a saúde do trabalhador rural. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, 2005.

SILVA-JUNIOR, Sérgio Henrique Almeida da; VASCONCELOS, Ana Glória Godoi; GRIEP, Rosane Harter; ROTENBERG, Lúcia. Validade e confiabilidade do índice de capacidade para o trabalho (ICT) em trabalhadores de enfermagem. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 6, 2011.

THE WHOQOL GROUP. Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF Quality of Life Assessment. **Psychological Medicine**, Cambridge, v 28, n 03, May, p 551 – 558, 1998.

TUOMI, K; VANHALA, S; NYKYRI, E; JANHONEN, M. Organizational practices, work demands and the well-being of employees: a follow-up study in the metal industry and retail trade. **Occupational Medicine**, v. 54, n. 2, p. 115 – 121, 2004.

TUOMI, Kaija et al. **Índice de Capacidade para o Trabalho**. Traduzido por FISHER, Frida Marina (coord). EdUFSCAR, 59p, 2005.

VAHL-NETO, Ernesto. **Qualidade de vida e capacidade de trabalho em diferentes faixas etárias dos funcionários da CELESC**. 1999, 111f. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção) – Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção, Universidade Federal e Santa Catarina, Florianópolis, 1999.

VAN DEN BERG, Tijala I.; ROBROEK, Suzan J.; PLAT, Jan F.; KOOPMANSCHAP, Marc A.; BURDORF, Alex. The importance of job control for workers with decreased work ability to remain productive at work. **Int Arch Occup Environ Health**. v. 84, n. 6, p. 705 – 712, 2011.

VASCONCELOS, Suleima Pedroza; FISHER, Frida Marina; REIS, Alberto Olavo Advincula; MORENO, Cláudia Roberta de Castro. Fatores associados à capacidade para o trabalho e percepção de fadiga em trabalhadores de enfermagem da Amazônia ocidental. **Revista brasileira de epidemiologia**, São Paulo, v. 14, n. 4, 2011.

WAINSTEIN, Suzi. **Estresse, índice de capacidade de trabalho, atividade física e composição corporal em profissionais do telejornalismo**. 2000, 97f. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 12 de Outubro de 2000.

WALSHA, 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-esquelético crônicas. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 38, n. 2, p.149 – 156, 2004.

WANDERLEY, M.N.B. **A emergência de uma nova ruralidade nas sociedades modernas avançadas - o “rural” como espaço singular e ator coletivo**. Estudos Sociedades e Agricultura, Rio de Janeiro, UFRRJ/CPDA, n.15, p. 87-146, 2000.

WELLE, Maria Cristina Stolf. **Fadiga e capacidade para o trabalho entre trabalhadores rurais de flores e plantas da região de Holambra – SP.** , 2008, 110f. Dissertação (Mestrado em Ciências) – Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, 2008.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Health promotion glossary**. Geneva, 1998.

ZAR, Jerrold H. **Biostatistical Analysis** . Prentice Hall, 1998.

ZHU, C. Y.; WANG, J. J.; FU, X. H.; ZHOU, Z.H.; ZHAO, J.; WANG, C.X. Correlates of quality of life in China rural-urban female migrate workers. **Qual Life Res**, v. 21, n. 3, p. 495-503, 2012.

# APÊNDICES

# 10. APÊNDICES

## A. Apêndice A – Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE)

Universidade Federal de Minas Gerais  
Escola de Enfermagem- Depto. Enf. Materno Infantil e Saúde Pública  
Av. Alfredo Balena 190, Belo Horizonte, MG 30130-100

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO NA PESQUISA

Prezado (a) \_\_\_\_\_, você está sendo convidado (a) a participar do projeto de pesquisa “Avaliação da Capacidade Funcional e Qualidade de Vida nos trabalhadores residentes de área rural do Vale do Jequitinhonha, Minas Gerais, Brasil”, da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais. O estudo pretende analisar a capacidade funcional e a qualidade de vida dos trabalhadores residentes de área rural no Vale do Jequitinhonha, MG, Brasil.

A aplicação do questionário será realizada para cada participante, individualmente, somente na presença do (a) entrevistador (a) e em local reservado. A entrevista é absolutamente voluntária. Se houver alguma questão que você não queira responder, passar-se-á para a questão seguinte.

A entrevista terá duração média de 25 minutos e poderá ser interrompida a qualquer momento caso você assim decidir. O benefício direto desta pesquisa é a sistematização e disponibilização de informações para a área de saúde pública.

Gostaríamos de pedir o seu consentimento para fazer uma entrevista, quando serão feitas perguntas sobre o seu dia-a-dia de trabalho, sobre a percepção da sua capacidade para trabalhar e sobre a qualidade do seu trabalho.

Suas respostas serão anotadas em um formulário e ficarão em segredo e o seu nome não será divulgado. Você tem direito de tirar qualquer dúvida sobre a pesquisa e pode se recusar a participar a qualquer momento. Uma cópia do termo de consentimento lhe será oferecida.

Eu declaro ter sido informada e concordo em participar, como voluntária, desta pesquisa.

Local: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Assinatura da entrevistada: \_\_\_\_\_

Assinatura do entrevistador: \_\_\_\_\_

Pesquisadora responsável: Dra Andréa Gazzinelli

Endereço de contato da pesquisadora: Av. Alfredo Balena, 190, Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública, Escola de Enfermagem/UFMG, Santa Efigênia, CEP: 30.130-100, Belo Horizonte, MG. Tel: (31) 3409 9860.

Endereço de contato do Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais (COEP): Av. Antônio Carlos, 6627, Unidade Administrativa II, 2º andar, sala 2005, Campus Pampulha, CEP: 31.270-901, Belo Horizonte, MG.  
Horário de atendimento ao público do COEP/UFMG: de 09:00 às 11:00 horas e de 14:00 às 16:00 horas.

## B. Apêndice B – Questionário

Variável Visual CE	Nome da Variável	Valores	
Data	DATA		
Entrevistador	ENTREVISTADOR	1	Andréa
		2	Luciana
		3	Thaís
		4	Auxiliar 01
		5	Auxiliar 02
ID Entrevistado	IDENTREVISTADO		
Casa Atual	CASAATUAL		
Número de pessoas da casa	NPESSOAS		
Sexo	SEXO	0	Masculino
		1	Feminino
Estado Conjugal	ESTCONJUGAL	1	Solteiro (a)
		2	Casado (a)
		3	União estável
		4	Separado (a) / Divorciado (a)
		5	Viúvo (a)
Escolaridade	ESCOLARIDADE		
Há quanto tempo mora na localidade	TEMPOLOCAL		

As questões seguintes referem-se ao Questionário de Qualidade de Vida

Variável Visual CE	Nome da Variável	Valores	
1. Como você avaliaria sua qualidade de vida?	QV 01	1	Muito ruim
		2	Ruim
		3	Nem ruim, nem boa
		4	Boa
		5	Muito boa
2. Você está satisfeito (a) com sua saúde?	QV02	1	Muito insatisfeito (a)
		2	Insatisfeito (a)
		3	Nem satisfeito (a), nem insatisfeito (a)
		4	Satisfeito (a)
		5	Muito satisfeito (a)
3. Você sente alguma dor (física)?	QV03	0	Não
		1	Sim

Variável Visual CE	Nome da Variável	Valores
4. Se SIM na questão 03, quanto essa sua dor impede você de fazer o que você precisa no trabalho e em casa?	QV04	1 Nada
		2 Muito pouco
		3 Mais ou menos
		4 Bastante
		5 Extremamente
5. Você faz algum tratamento médico?	QV05	0 Não
		1 Sim
6. Se SIM na questão 05, quanto desse tratamento é importante para você levar sua vida normalmente?	QV06	1 Nada
		2 Muito pouco
		3 Mais ou menos
		4 Bastante
		5 Extremamente
7. Você aproveita da sua vida?	QV07	1 Nada
		2 Muito pouco
		3 Mais ou menos
		4 Bastante
		5 Extremamente
8. O quanto você consegue se concentrar em suas atividades de vida diária?	QV08	1 Nada
		2 Muito pouco
		3 Mais ou menos
		4 Bastante
		5 Extremamente
9. Você se sente seguro morando aqui na localidade?	QV09	1 Nada
		2 Muito pouco
		3 Mais ou menos
		4 Bastante
		5 Extremamente
10. Você considera seu ambiente saudável, tem muito barulho, existe diversão?	QV10	1 Nada
		2 Muito pouco
		3 Mais ou menos
		4 Bastante
		5 Extremamente
11. Você tem energia, disposição suficiente para o seu dia a dia?	QV11	1 Nada
		2 Muito pouco
		3 Médio
		4 Muito
		5 Completamente
12. Você está satisfeito com sua aparência, aceitar corpo?	QV12	1 Nada
		2 Muito pouco
		3 Médio
		4 Muito
		5 Completamente

Variável Visual CE	Nome da Variável	Valores	
13. Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	QV13	1	Nada
		2	Muito pouco
		3	Médio
		4	Muito
		5	Completamente
14. Você tem acesso às informações para o seu dia a dia através da internet, rádio, jornal...?	QV14	1	Nada
		2	Muito pouco
		3	Médio
		4	Muito
		5	Completamente
15. Em que medida você tem oportunidades de atividades de lazer (dança, visitas, viagens, passeios...)	QV15	1	Nada
		2	Muito pouco
		3	Médio
		4	Muito
		5	Completamente
16. Você consegue se locomover (andar, deslocar-se) de que maneira?	QV16	1	Muito Ruim
		2	Ruim
		3	Nem ruim, nem boa
		4	Boa
		5	Muito boa
17. Você está satisfeito (a) com seu sono (você dorme o suficiente)?	QV17	1	Muito insatisfeito
		2	Insatisfeito
		3	Nem satisfeito, nem insatisfeito
		4	Satisfeito
		5	Muito satisfeito
18. Você é capaz de desenvolver suas atividades cotidianas?	QV18	1	Muito insatisfeito
		2	Insatisfeito
		3	Nem satisfeito, nem insatisfeito
		4	Satisfeito
		5	Muito satisfeito
19. Você está satisfeito (a) com sua capacidade para o trabalho?	QV19	1	Muito insatisfeito
		2	Insatisfeito
		3	Nem satisfeito, nem insatisfeito
		4	Satisfeito
		5	Muito satisfeito
20. Qual seu grau de satisfação com você mesmo (a)?	QV20	1	Muito insatisfeito
		2	Insatisfeito
		3	Nem satisfeito, nem insatisfeito
		4	Satisfeito
		5	Muito satisfeito

Variável Visual CE	Nome da Variável	Valores	
<p>21. Você está satisfeito (a) com o relacionamento existente entre você e seus amigos?</p> <p>Quão satisfeito (a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas, vizinhos...)?</p>	QV21	1	Muito insatisfeito
		2	Insatisfeito
		3	Nem satisfeito, nem insatisfeito
		4	Satisfeito
		5	Muito satisfeito
<p>22. Você está satisfeito (a) com sua vida sexual?</p>	QV22	1	Muito insatisfeito
		2	Insatisfeito
		3	Nem satisfeito, nem insatisfeito
		4	Satisfeito
		5	Muito satisfeito
<p>23. Qual sua satisfação com o apoio que recebe dos seus amigos, parentes, conhecidos, colegas, vizinhos...?</p>	QV23	1	Muito insatisfeito
		2	Insatisfeito
		3	Nem satisfeito, nem insatisfeito
		4	Satisfeito
		5	Muito satisfeito
<p>24. Você está satisfeito (a) com as condições do local onde você mora?</p>	QV24	1	Muito insatisfeito
		2	Insatisfeito
		3	Nem satisfeito, nem insatisfeito
		4	Satisfeito
		5	Muito satisfeito
<p>25. Você está satisfeito (a) com o acesso ao serviço de saúde?</p>	QV25	1	Muito insatisfeito
		2	Insatisfeito
		3	Nem satisfeito, nem insatisfeito
		4	Satisfeito
		5	Muito satisfeito
<p>26. Qual a sua satisfação com os meios de transporte da sua localidade (balsa, ônibus, vias públicas...)?</p>	QV26	1	Muito insatisfeito
		2	Insatisfeito
		3	Nem satisfeito, nem insatisfeito
		4	Satisfeito
		5	Muito satisfeito
<p>27. Com que frequência você tem sentimentos negativos, tais como mau humor, desespero, ansiedade depressão?</p>	QV27	1	Nunca
		2	Algumas vezes
		3	Frequentemente
		4	Muito frequentemente
		5	Sempre

As questões seguintes referem-se ao Questionário de Índice de Capacidade para o Trabalho.

Variável Visual CE	Nome da Variável	Valores	
1. Com que idade começou a trabalhar?	CF01		
2. Qual a sua principal ocupação atual?	CF02		
3. Há quanto tempo você trabalha com sua função atual (meses)?	CF03		
4. É funcionário com carteira de trabalho assinada?	CF04	0	Não
		1	Sim
5. Recebe adicional insalubridade e periculosidade?	CF05	0	Não
		1	Sim
6. Trabalha durante a noite (em turnos alternantes ou sempre a noite?)	CF06	0	Não
		1	Sim
7. As exigências do seu trabalho são principalmente:	CF07	1	Mentais
		2	Físicas
		3	Ambas, mentais e físicas
8. Suponha que sua melhor capacidade para o trabalho tenha um valor de 10 (dez) e a pior valor igual a 0 (zero). Em uma escala de 0 a 10 escolha o valor que melhor pontue sua capacidade de trabalho atual:	CF08	Escala de [0-10]	
9. Como você classificaria sua capacidade para o trabalho em relação às exigências físicas do mesmo? (Por exemplo: fazer esforço físico com partes do corpo)	CF09	1	Muito boa
		2	Boa
		3	Moderada
		4	Baixa
		5	Muito baixa
10. Como você classificaria sua capacidade para o trabalho em relação às exigências mentais do mesmo? (Por exemplo: interpretar contas, resolver problemas, decidir sobre determinados assuntos...)	CF10	1	Muito boa
		2	Boa
		3	Moderada
		4	Baixa
		5	Muito baixa
11. Em sua opinião, quais das lesões por acidentes ou doenças citadas abaixo você possui atualmente. Marque também aquelas que foram confirmadas pelo médico	CF11		
Lesão/ Doença nas costas	CF11.1	2	Em minha opinião
		1	Diagnóstico médico
		0	Não
Lesão / Doença nos Membros Superiores (MMSS) – braços e mãos	CF11.2	2	Em minha opinião
		1	Diagnóstico médico
		0	Não
Lesão / Doença nos Membros Inferiores (MMII) – pernas e pés	CF11.3	2	Em minha opinião
		1	Diagnóstico médico

		0	Não
Doença da parte superior das costas ou região do pescoço, com dores	CF11.4	2	Em minha opinião
		1	Diagnóstico médico
		0	Não
Doença da parte inferior das costas (região lombar), com dores	CF11.5	2	Em minha opinião
		1	Diagnóstico médico
		0	Não
Dor nas costas que se irradia para perna (dor ciática)	CF11.6	2	Em minha opinião
		1	Diagnóstico médico
		0	Não
Artrite reumatoide	CF11.7	2	Em minha opinião
		1	Diagnóstico médico
		0	Não
Hipertensão arterial (pressão alta)	CF11.8	2	Em minha opinião
		1	Diagnóstico médico
		0	Não
Doença coronariana, dor no peito durante exercícios físicos (angina)	CF11.9	2	Em minha opinião
		1	Diagnóstico médico
		0	Não
Infarto agudo do miocárdio, trombose coronariana	CF11.10	2	Em minha opinião
		1	Diagnóstico médico
		0	Não
Insuficiência cardíaca (DOENÇAS DO CORAÇÃO)	CF11.11	2	Em minha opinião
		1	Diagnóstico médico
		0	Não
Infecções repetidas do trato respiratório (inclusive amigdalite, sinusite aguda, bronquite aguda...)	CF11.12	2	Em minha opinião
		1	Diagnóstico médico
		0	Não

Bronquite crônica	CF11.13	2	Em minha opinião
		1	Diagnóstico médico
		0	Não
Sinusite crônica	CF11.14	2	Em minha opinião
		1	Diagnóstico médico
		0	Não
Asma	CF11.15	2	Em minha opinião
		1	Diagnóstico médico
		0	Não
Enfisema	CF11.16	2	Em minha opinião
		1	Diagnóstico médico
		0	Não
Tuberculose pulmonar	CF11.17	2	Em minha opinião
		1	Diagnóstico médico
		0	Não
Distúrbio emocional severo (depressão severa)	CF11.18	2	Em minha opinião
		1	Diagnóstico médico
		0	Não
Distúrbio emocional leve (depressão leve, tensão, ansiedade, insônia)	CF11.19	2	Em minha opinião
		1	Diagnóstico médico
		0	Não
Problema ou diminuição da audição	CF11.20	2	Em minha opinião
		1	Diagnóstico médico
		0	Não
Doença ou lesão da visão (não assinale se apenas usa óculos e/ou lentes de contato de grau - Glaucoma, Catarata, Retinopatia, Deficiência/Dificuldade para enxergar decorrente de doença mais grave).	CF11.21	2	Em minha opinião
		1	Diagnóstico médico
		0	Não
Doença neurológica (acidente vascular cerebral ou "derrame", neuragia, enxaqueca, epilepsia)	CF11.22	2	Em minha opinião
		1	Diagnóstico médico
		0	Não

Pedras ou doença da vesícula biliar	CF11.23	2	Em minha opinião
		1	Diagnóstico médico
		0	Não
Doença do pâncreas ou do fígado	CF11.24	2	Em minha opinião
		1	Diagnóstico médico
		0	Não
Úlcera gástrica ou duodenal	CF11.25	2	Em minha opinião
		1	Diagnóstico médico
		0	Não
Gastrite ou irritação duodenal	CF11.26	2	Em minha opinião
		1	Diagnóstico médico
		0	Não
Colite ou irritação do cólon (Diverticulite, Chron, Doença do Intestino Irritado)	CF11.27	2	Em minha opinião
		1	Diagnóstico médico
		0	Não
Infecção de vias urinárias	CF11.28	2	Em minha opinião
		1	Diagnóstico médico
		0	Não
Doença dos rins	CF11.29	2	Em minha opinião
		1	Diagnóstico médico
		0	Não
Doença nos genitais e aparelho reprodutos (problemas nas trompas ou na próstata)	CF11.30	2	Em minha opinião
		1	Diagnóstico médico
		0	Não
Alergia, eczema	CF11.31	2	Em minha opinião
		1	Diagnóstico médico
		0	Não
Tumor benigno	CF11.32	2	Em minha opinião
		1	Diagnóstico médico
		0	Não
Tumor maligno (câncer)	CF11.33	2	Em minha opinião
		1	Diagnóstico médico
		0	Não

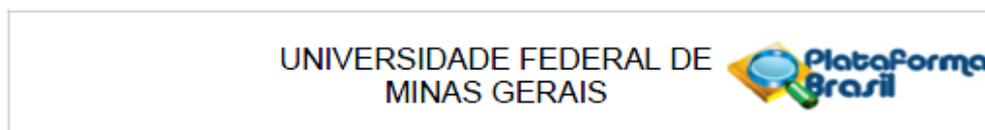
Obesidade	CF11.34	2	Em minha opinião
		1	Diagnóstico médico
		0	Não
Diabetes	CF11.35	2	Em minha opinião
		1	Diagnóstico médico
		0	Não
Bócio ou outra doença da tireoide	CF11.36	2	Em minha opinião
		1	Diagnóstico médico
		0	Não
Anemia	CF11.37	2	Em minha opinião
		1	Diagnóstico médico
		0	Não
Alteração congênita (má formação de nascimento)	CF11.38	2	Em minha opinião
		1	Diagnóstico médico
		0	Não
12. Sua lesão ou doença é um impedimento para seu trabalho atual? (Você pode marcar mais de uma resposta para essa pergunta).	CF12	6	Não há impedimento/Eu não tenho doença
		5	Eu sou capaz de fazer meu trabalho, mas ele 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 incapaz de trabalhar em tempo parcial
		1	Em minha opinião estou totalmente incapacitado para trabalhar
13. 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 (último ano)?	CF13		
14. Considerando sua saúde, você acha que será capaz de, daqui a 2 anos, fazer seu trabalho?	CF14	1	É improvável
		4	Não estou muito certo
		7	Bastante provável
15. Recentemente você tem conseguido apreciar suas atividades diárias?	CF15	4	Sempre
		3	Quase sempre
		2	Às vezes
		1	Raramente
		0	Nunca

16. Recentemente você tem se sentido ativo (a) e alerta?	CF16	4	Sempre
		3	Quase sempre
		2	Às vezes
		1	Raramente
		0	Nunca
17. Recentemente você tem se sentido cheio (a) de esperança, esperançoso, para o futuro?	CF17	4	Continuamente
		3	Quase sempre
		2	Às vezes
		1	Raramente
		0	Nunca
18. Qual o valor total da renda recebida na casa?	CF18		
19. Qual o valor total de benefícios recebidos pela família?	CF19		

ANEXOS

# 11. ANEXOS

## A. ANEXO A - Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG – Plataforma Brasil



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** AVALIAÇÃO DA CAPACIDADE PARA O TRABALHO E QUALIDADE DE VIDA EM TRABALHADORES RESIDENTES DE ÁREA RURAL NO VALE DO JEQUITINHONHA, MG, BRASIL.

**Pesquisador:** Andréa Gazzinelli

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 11309613.0.0000.5149

**Instituição Proponente:** UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

**Patrocinador Principal:** Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico ((CNPq))

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 214.368

**Data da Relatoria:** 06/03/2013

#### Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo epidemiológico transversal que avaliará a qualidade de vida e a capacidade para o trabalho em 626 trabalhadores do município de São Pedro, no vale do Jequitinhonha. Os proponentes partem da hipótese que piores condições demográficas e socioeconômicas são causas de baixa qualidade de vida e baixa capacidade para o trabalho e argumentam que o melhor conhecimento destes dois fatores em uma população brasileira com baixíssimos indicadores sociais permitirá um melhor planejamento de medidas para a melhoria das condições de trabalho interferindo positivamente na saúde do trabalhador.

O estudo será feito através de entrevistas com duas escalas previamente validadas e amplamente utilizadas para a finalidade proposta.

#### Objetivo da Pesquisa:

**Objetivo Primário:** Analisar a capacidade funcional e a qualidade de vida em trabalhadores residentes de área rural no Vale do Jequitinhonha, MG, Brasil.

**Objetivo Secundário:** Determinar o perfil socioeconômico, demográfico e ocupacional dos trabalhadores. Avaliar a capacidade funcional dos trabalhadores. Identificar a prevalência das doenças que acometem os trabalhadores. Avaliar a associação entre a capacidade funcional e as variáveis socioeconômicas, demográficas e ocupacionais dos trabalhadores. Avaliar a associação

**Endereço:** Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2º Ad S/I 2005

**Bairro:** Unidade Administrativa II **CEP:** 31.270-901

**UF:** MG **Município:** BELO HORIZONTE

**Telefone:** (31)3409-4592

**E-mail:** coep@prpq.ufmg.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
MINAS GERAIS



entre o índice de capacidade para o trabalho e a qualidade de vida dos trabalhadores.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

**Riscos:** As informações necessárias para o estudo serão coletadas por meio de questionários realizados por equipe previamente capacitada, envolvendo riscos mínimos ligados ao tempo necessário para a entrevista.

**Benefícios:** O estudo pode gerar informações capazes de contribuir para o melhor entendimento da relação QV e CT em áreas rurais, visando o fortalecimento e a eficiência operacional das políticas propostas pelos Ministérios da Saúde e do Trabalho.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Trata-se de um projeto meritório, bem construído e com uma metodologia estruturada para o tipo de estudo. Os resultados são relevantes e aparentemente, os direitos dos participantes são respeitados conforme a resolução de 196/96

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

- 1- Apresentou folha de rosto devidamente preenchida
- 2- Apresentou Parecer consubstanciado aprovado na Câmara do Departamento em 26/11/12
- 3- Apresentou TCLE
- 4- Apresentou Roteiro de Entrevista

**Recomendações:**

- 1- Retirar a logomarca da universidade do cabeçalho do TCLE.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Sou, s.m.j., pela aprovação do projeto, indicando ao proponente de realizar a recomendação supra-citada.

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Aprovado conforme parecer.

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2ª Ad SI 2005

Bairro: Unidade Administrativa II CEP: 31.270-901

UF: MG Município: BELO HORIZONTE

Telefone: (31)3409-4592

E-mail: coep@prpq.ufmg.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
MINAS GERAIS



BELO HORIZONTE, 08 de Março de 2013

---

Assinador por:  
Maria Teresa Marques Amaral  
(Coordenador)

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2º Ad Si 2005

Bairro: Unidade Administrativa II CEP: 31.270-901

UF: MG Município: BELO HORIZONTE

Telefone: (31)3409-4592

E-mail: coep@prpq.ufmg.br