

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
CENTRO DE PESQUISAS AGGEU MAGALHÃES
Curso de Mestrado Profissional em Saúde Pública

Rejane Maria de Santana

**AS RELAÇÕES ENTRE CAPACIDADE PARA O TRABALHO E SAÚDE DOS
SERVIDORES DO TRIBUNAL REGIONAL DO TRABALHO DE PERNAMBUCO**

RECIFE

2012

Rejane Maria de Santana

As Relações entre Capacidade para o Trabalho e Saúde dos servidores do Tribunal
Regional do Trabalho de Pernambuco

Dissertação apresentada ao Curso de
Mestrado Profissional em Saúde Pública
do Centro de Pesquisas Aggeu
Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz para
obtenção do grau de mestre em Saúde
Pública.

Orientadores: Dra. Idê Gomes Dantas Gurgel
Dr. Rafael da Silveira Moreira

Recife
2012

Catálogo na fonte: Biblioteca do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães

S231r Santana, Rejane Maria de.
As relações entre capacidade para o trabalho e saúde dos servidores do Tribunal Regional do Trabalho de Pernambuco/ Rejane Maria de Santana. — Recife: R. M. Santana, 2012.

172.: il.

Dissertação (Mestrado profissional em saúde pública) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz.

Orientadores: Idê Gomes Dantas Gurgel, Rafael da Silveira Moreira.

1. Setor Público. 2. Avaliação da Capacidade de Trabalho. 3. Saúde do Trabalhador. I. Gurgel, Idê Gomes Dantas. II. Moreira, Rafael da Silveira. III. Título.

CDU 331.47

Rejane Maria de Santana

AS RELAÇÕES ENTRE CAPACIDADE PARA O TRABALHO E SAÚDE DOS
SERVIDORES DO TRIBUNAL REGIONAL DO TRABALHO DE PERNAMBUCO

Dissertação apresentada ao Curso de
Mestrado Profissional em Saúde Pública
do Centro de Pesquisas Aggeu
Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz para
obtenção do grau de mestre em Saúde
Pública.

Aprovado em: 16 / 05 / 2012

BANCA EXAMINADORA

Dra. Solange Laurentino dos Santos
Universidade Federal de Pernambuco - UFPE

Dra. Kátia Rejane de Medeiros
NESC / CPqAM / FIOCRUZ - PE

Dra. Idê Gomes Dantas Gurgel
NESC / CPqAM / FIOCRUZ - PE

Dedico esta conquista à minha filha Bianca Santana, meu amor incondicional, que em muitos momentos abdicou de minha presença física. A ela, a certeza em Deus, de que todo o esforço empreendido contribuirá para o nosso crescimento e o fortalecimento da nossa capacidade de superação.

Dedico também aos meus pais, que me deram a vida, que fizeram de mim o que sou, que me incentivaram a seguir sempre em frente e a nunca desistir dos meus ideais.

AGRADECIMENTOS

Em tempos em que quase ninguém se olha nos olhos, em que a maioria das pessoas pouco se interessa pelo que não lhe diz respeito, só mesmo agradecendo àqueles que percebem nossas angústias, momentos de solidão, indecisões, tudo o que nos paralisa, e gastam um pouco da sua atenção e de seu tempo conosco:

Primeiramente, agradeço a Deus, por me guiar, por estar presente em todos os momentos da minha vida, por me proteger.

Aos meus pais, Maria de Lourdes e José Fernandes, pela minha vida, pelo amor recebido, por tudo o que fazem por mim e por fazerem de mim o que sou e o que ainda serei.

Ao meu “namorado” Antônio Alex, pelo apoio e compreensão.

Aos meus irmãos, Flávia, Marta e Ricardo pelo incentivo e apoio em vários momentos da minha vida.

Às minhas sobrinhas Michelle, Ketelen e Gabriela pela admiração e por dizerem que vão ser igual a mim quando crescer.

Aos meus padrinhos, Lula e Bete, pelo carinho, amor e força para que eu seguisse em frente, sem desistir.

A tio Fernando, pela força, incentivo e material de estudo emprestado.

A Flávio Lyra, Simone Santana, Cristiana Frazão e Ana Paula Vanderley, aos quais são mais que amigos, são quase-irmãos, por dividirem vários momentos, pela cumplicidade, por acreditarem em mim, até mesmo quando eu já nem acreditava, por oferecem abrigo para os estudos quando eu precisava estar sozinha para produzir, pelas palavras de conforto e carinho.

Às minhas chefas do TRT, Semíramis Rocha, Isabel Santos e Mércia Firmino, pelo apoio dispensado, por compreenderem minhas ausências.

Aos amigos do Núcleo de Saúde, em especial, Renato Pinto pelas contribuições, Iana Vieira, Susana Bastos, Suzana Bivar, Ana Maia, Roberta Melo, Carla Zambaldi, Zília Frazão, Marina Moraes, Alfredo Costa, Melanie Torres, Keila Aquino.

Às colegas da Secretaria de Recursos Humanos, Eliane Remígio, Mônica Lacerda, Fábila Lagean, Nelma Rago, pela dedicação e presteza na liberação para que eu pudesse estudar e concluir esse processo.

Aos meus amigos de tantas outras longas caminhadas, Hugo Menezes e George Araújo, por terem lido e relido sobre saúde, mesmo sem ter nada a ver com Antropologia e Arquitetura, além das palavras de incentivo, apoio e carinho.

Às minhas amigas que desde a graduação dividem comigo diversos momentos, Ana Carla (naca) e Luzicléia (luzi), por virem de tão longe me prestigiar.

Aos amigos da turma, Ana Lúcia, Cecília, Cláudia, Darlane, Eliane, Elma, Alexssandro, Aldemir, Antônio Augusto, por compartilharem dos momentos, pela força, carinho, companheirismo, saberes.

Às novas amigas Jessyka, Fábila e Herika pelos bons momentos passados durante os longos dias no LASAT, os lanches, os cafés, os almoços, as risadas, as trocas de experiência no excel, no word e no SPSS.

À minha orientadora Idê Gurgel e ao meu orientador Rafael Moreira, pela oportunidade, paciência, direcionamentos, ensinamentos, compreensão.

Aos servidores do Tribunal Regional do Trabalho da 6ª Região por aceitarem participar da pesquisa e estarem sempre postos a ajudar, em especial a Marcelo Siqueira pela ajuda na coleta dos dados, apoio, carinho, dedicação.

Aos pesquisadores e trabalhadores do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães que contribuíram de alguma forma para essa conquista: Eduarda Cesse, Gisele Gouveia, Lia Giraldo, George, Wayner Souza, Vera Lúcia, Kátia Medeiros, Cynthia Braga, Tereza Lyra, Nalva, Adriana, Sidália, Mégine e Márcia Saturnino.

Desculpem aqueles que por um lapso de memória tenha deixado de mencionar, mas que de forma alguma minimiza a participação dos que, de uma maneira ou de outra, compartilharam deste sonho que se torna realidade.

Desta forma, agradeço a todos que direta ou indiretamente contribuíram na realização desse trabalho.

Como diria Cora Coralina, “O que vale na vida não é o ponto de partida e sim a caminhada. Caminhando e semeando, no fim terás o que colher”.

No beiral da minha varanda se aninhou um casal de andorinhas.

E a gente acompanhou o trabalho dos pássaros, diariamente.

[...] Mas, no fim das contas, aquele sacrifício todo tem a sua paga – resulta infalivelmente em um novo casal de andorinhas, tão belas quanto as primeiras, negras, lustrosas e perfeitas.

[...] Como é difícil, meu Deus, como é raro produzir, já não digo uma andorinha inteira, mas um simples riscar de asa no céu, uma cantiga de ave, um atrevimento de vôo.

Rachel de Queiroz

“Mas se desejarmos fortemente o melhor e, principalmente, lutarmos pelo melhor...

O melhor vai se instalar em nossa vida.

Porque sou do tamanho daquilo que vejo, e não do tamanho da minha altura.”

Carlos Drummond de Andrade

SANTANA, Rejane Maria de. **As relações entre Capacidade para o Trabalho e Saúde dos servidores do Tribunal Regional do Trabalho de Pernambuco**. 2012. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2012.

RESUMO

As respostas às questões referentes ao envelhecimento funcional constituem uma prioridade na saúde do trabalhador e faz com que a capacidade para o trabalho seja um importante indicador por abranger aspectos relativos à saúde física, bem-estar psicossocial, competência individual e condições de trabalho. Estudo epidemiológico de corte transversal que avaliou a relação entre a capacidade para o trabalho, as características sócio-demográficas e funcionais e as dimensões de saúde nos servidores do TRT de Pernambuco. Foram analisados 310 servidores. Os dados foram coletados por meio de questionários autopreenchidos: Questionário de características sócio-demográficas e funcionais, Índice de Capacidade para o Trabalho (ICT) e *Medical Outcomes Study 36 – Item short form health survey* (SF-36). Para análise dos dados foram utilizadas técnicas de estatística inferencial através dos testes: F (ANOVA) com comparações de Tukey, Exato de Fisher, teste Qui-quadrado e teste da Razão de Verossimilhança. Os resultados mostraram que os sujeitos têm em média 44 anos, distribuídos semelhantemente quanto ao sexo, 65,8% são casados/companheiros, 85,2% têm no mínimo nível superior. 48,4% estão na Área Judiciária, 73,9% são Técnicos Judiciário, 75,8% estão na instituição há pelo menos 10 anos. O ICT médio foi de 40 pontos, considerado boa capacidade para o trabalho e 2% foi considerado como baixa. As morbidades autorreferidas prevalentes, com diagnóstico médico foram: as lesões/doenças musculoesqueléticas, as doenças digestivas e as doenças respiratórias. Os escores médios do estado de saúde do SF-36 foram superiores à metade do valor máximo esperado. O ICT esteve associado significativamente a todas as dimensões do estado de saúde ($p < 0,001$), independente das características sócio-demográficas e funcionais. O investimento tanto em melhorias no estilo de vida do trabalhador, como no ambiente de trabalho é imprescindível para manutenção, melhora e recuperação da capacidade para o trabalho.

Palavras chaves: Setor Público. Avaliação da Capacidade de Trabalho. Saúde do trabalhador.

SANTANA, Rejane Mary. **Relations between work ability and Health of servers Regional Labor Court of Pernambuco**. 2012. Dissertation (Master of Public Health) -Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2012.

ABSTRACT

The answers to questions relating to functional aging are a priority for occupational health and makes the ability to work is an important indicator by including aspects of physical health, psychosocial well-being, individual competence and working conditions. Cross-sectional epidemiological study that assessed the relationship between work ability, socio-demographic characteristics and functional dimensions of health on servers in the TRT of Pernambuco. We analyzed 310 servers. Data were collected through questionnaires autoperenchidos: Questionnaire of sociodemographic characteristics and functional capacity index for Work (ICT) and Medical Outcomes Study 36 - item short form health survey (SF-36). Data analysis techniques were used inferential statistics through tests: F (ANOVA) with Tukey comparisons, Fisher's exact test, Chi-square test and the likelihood ratio test. The results showed that subjects have on average 44 years, similarly distributed by sex, 65.8% are married / partner, 85.2% have a minimum level. 48.4% are in Judicial Area, 73.9% are technicians Judiciary, 75.8% are in the institution for at least 10 years. The ICT averaged 40 points, considered a good capacity for work and 2% was considered low. The prevalent self-reported morbidity, with medical diagnosis were injuries / musculoskeletal disorders, digestive diseases and respiratory diseases. The mean scores of the health of the SF-36 were superior to half the maximum expected value. The ICT was significantly associated with all dimensions of health status ($p < 0.001$), independent of sociodemographic characteristics and functional. The investment in both improved lifestyle of the worker, as in the work environment is essential for maintenance, improvement and recovery of work ability

Keywords: Public sector. Evaluation of Work Capacity. Occupational health.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	12
2	REFERENCIAL TEÓRICO CONCEITUAL.....	18
2.1	O envelhecimento populacional e funcional.....	18
2.2	O modelo teórico da Capacidade para o Trabalho.....	25
2.3	O modelo multidimensional da Capacidade para o Trabalho: recursos individuais, trabalho, família, comunidade e sociedade.....	27
2.4	A Capacidade para o Trabalho.....	31
2.5	Os determinantes e os fatores associados à Capacidade para o Trabalho.....	34
2.5.1	Aspectos sócio-demográficos.....	34
2.5.2	Estilo de vida.....	37
2.5.3	Saúde.....	39
2.5.4	Trabalho.....	40
2.6	A importância da promoção da Capacidade para o Trabalho.....	43
2.7	Os estudos sobre a Capacidade para o Trabalho.....	45
2.8	A Justiça do Trabalho.....	54
2.9	O Tribunal Regional do Trabalho de Pernambuco.....	58
2.9.1	A estrutura organizacional do Tribunal Regional do Trabalho de Pernambuco.....	66
2.9.2	O modelo de gestão do Tribunal Regional do Trabalho de Pernambuco....	68
2.10	A Medicina do Trabalho, a Saúde Ocupacional e a Saúde do Trabalhador.....	71
3	OBJETIVOS.....	77
3.1	Objetivo geral.....	77
3.2	Objetivos específicos.....	77
4	MATERIAL E MÉTODOS.....	78
4.1	Desenho do estudo.....	78
4.2	Local do estudo.....	78
4.3	População de estudo.....	78
4.3.1	Critérios de inclusão.....	79
4.3.2	Critérios de exclusão.....	79
4.4	Amostra.....	80
4.5	Coleta de dados.....	80
4.6	Instrumentos para a coleta de dados.....	82

4.6.1	Questionário 1: Características sócio-demográficas e funcionais.....	82
4.6.2	Questionário 2: Índice de Capacidade para o Trabalho.....	82
4.6.3	Questionário 3: Estado de Saúde.....	85
4.7	Variáveis do estudo.....	91
4.7.1	Variável dependente: Capacidade para o Trabalho.....	91
4.7.2	Variáveis independentes.....	91
4.8	Análise dos dados.....	93
4.9	Aspectos éticos.....	93
5	RESULTADOS.....	94
5.1	Características sócio-demográficas.....	94
5.2	Características funcionais.....	95
5.3	Estado de Saúde.....	96
5.4	Índice de Capacidade para o Trabalho.....	98
5.5	Análise dos fatores associados à Capacidade para o Trabalho.....	107
6	DISCUSSÃO.....	110
6.1	As características sócio – demográficas.....	112
6.2	As características funcionais.....	116
6.3	O Estado de Saúde.....	117
6.4	A Capacidade para o Trabalho.....	119
6.5	Os fatores associados à Capacidade para o Trabalho.....	128
7	CONCLUSÕES.....	131
8	RECOMENDAÇÕES.....	133
	REFERÊNCIAS.....	134
	APÊNDICE A: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	160
	APÊNDICE B: Questionário sobre características sócio-demográficas e funcionais.....	161
	APÊNDICE C: Carta de Anuência.....	162
	ANEXO A: ÍNDICE DE CAPACIDADE PARA O TRABALHO.....	163
	ANEXO B: Questionário sobre o estado de saúde (SF-36).....	168
	ANEXO C: Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa.....	172

1 INTRODUÇÃO

O envelhecimento da população, decorrente do declínio da fecundidade e aumento da expectativa de vida, iniciou-se em vários países do mundo e, desde a década de 60, nos países em desenvolvimento como o Brasil (CARVALHO; GARCIA, 2003; VERAS, 2009).

A população brasileira encontra-se em franco processo de envelhecimento há cerca de 40 anos. Quedas significativas nas taxas de mortalidade e fecundidade ocorreram num espaço de tempo relativamente curto, fazendo com que a transição de uma população jovem para uma população envelhecida esteja se dando de forma muito mais rápida e explosiva do que a verificada na Europa há mais de um século.

Geralmente o ritmo do envelhecimento das pessoas nascidas no mesmo ano é igual até elas chegarem aos vinte e tantos, trinta e poucos anos – todas são saudáveis e capazes, exceto as pessoas que herdaram doenças genéticas raras ou que sofreram acidentes graves. O ponto de transição entre o crescimento e o envelhecimento se dá entre os 28 e 36 anos. Em geral cada função biológica diminui 3 a 6% por década (ODEBRECHT, 2003).

O Brasil hoje é um “jovem país de cabelos brancos”. Em menos de 40 anos, o Brasil passou de um cenário de mortalidade próprio de uma população jovem para um quadro de enfermidades complexas e onerosas, típica dos países longevos, caracterizado por doenças crônicas e múltiplas que perduram por anos, com exigência de cuidados constantes, medicação contínua e exames periódicos (VERAS, 2009).

Conforme estudo prospectivo realizado por Carvalho e Rodrigues (2008), relacionando a transição de estrutura etária da população brasileira, até 2050, enquanto a população de 65 anos ou mais aumentará a taxas altas entre 2% e 4%, a população jovem terá taxa de crescimento negativa.

Para enfrentar os desafios do novo padrão demográfico que se prenuncia deverão ser definidas e implantadas políticas públicas para a prevenção e promoção à saúde do trabalhador.

=====

A mudança da faixa etária ativa promoverá importantes transformações na sociedade com repercussões no mercado de trabalho e no perfil de demandas por políticas públicas (RAFFONE; HENNINGTON, 2005).

O processo de envelhecimento normal tem características próprias e esperadas, porém estas características podem modificar-se devido à atividade laboral. Ao exercer uma atividade com grande exigência física e/ou mental, o organismo do trabalhador sofre alterações decorrentes do trabalho e da forma como ele o realiza. Dependendo das condições ambientais e ergonômicas do trabalho, pode-se acelerar ou agravar o processo de envelhecimento, tornando-o patológico e com sérias repercussões sobre a capacidade para o trabalho e qualidade de vida destes trabalhadores (ODEBRECHT; GONÇALVES; SELL, 2002).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) tem demonstrado preocupação com a questão do envelhecimento relacionado ao trabalho e reconhece que modificações nos vários sistemas do corpo humano levam a uma diminuição gradativa na eficácia de cada um deles, com diminuição na capacidade funcional dos indivíduos, podendo gerar discordância entre as exigências do trabalho e a real capacidade funcional (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1993).

Segundo Ilmarinen *et al.* (1991), quando o trabalhador tem mais experiência nas tarefas que executa, as exigências do trabalho, especialmente as mentais, tendem a aumentar, podendo levar ao envelhecimento funcional precoce.

O envelhecimento da força de trabalho fez com que as questões relativas ao envelhecimento funcional se tornassem uma prioridade no campo da saúde e segurança no trabalho e, neste contexto, a capacidade para o trabalho é um importante indicador na medida em que engloba aspectos relativos à saúde física, bem-estar psicossocial, competência individual, condições e organização do trabalho (ILMARINEN, 1997, 2001, 2006).

O impacto da transição demográfica no processo laboral e as mudanças das relações de produção e de trabalho têm motivado diversos estudos sobre a capacidade para o trabalho desde o início dos anos 90. No Brasil, as pesquisas relacionadas à capacidade e envelhecimento funcional iniciaram após a tradução e adaptação do questionário “*Índice de Capacidade para o Trabalho*” (ICT) para a língua portuguesa, que ocorreu em 1997 (TUOMI *et al.*, 2005).

O envelhecimento da população trabalhadora na Finlândia levou o *Finnish Institute of Occupational Health* (FIOH) a desenvolver estudos que representaram o primeiro marco teórico importante nesta área do conhecimento. Analisou-se uma coorte no período de 1981 a 1992, com o objetivo de avaliar se o critério de reforma por idade vinculado ao tipo de trabalho continuava adequado e, também, verificar como os fatores relacionados com o trabalho, saúde, capacidade física, capacidade para o trabalho e esforço percebido, influenciariam o trabalhador em fase de envelhecimento (ILMARINEN *et al.*, 1991; MARTINEZ, 2006).

Os referidos estudos realizados a partir dos anos 80 permitiram consolidar a base teórica sobre os principais determinantes da capacidade para o trabalho, as consequências positivas de uma boa qualidade da capacidade para o trabalho e, ainda recomendar medidas de intervenção válidas para promover e proteger a capacidade para o trabalho.

Além disso, foi formulado o conceito de capacidade para o trabalho (“*work ability*”), enfatizando que este é uma condição resultante da combinação entre as capacidades físicas, mentais e sociais do indivíduo em relação às exigências do trabalho, comunidade de trabalho, organização e ambiente de trabalho (BELLUSCI; FISCHER, 1999; ILMARINEN, 2001).

De acordo com Ilmarinen e Tuomi (1993), a capacidade para o trabalho pode ser definida como “a auto-avaliação que o trabalhador faz do seu bem-estar no presente e no futuro próximo e da capacidade para assegurar o seu trabalho tendo em conta as exigências do mesmo, a saúde e os recursos psicológicos disponíveis”.

Para Ilmarinen *et al.* (1991), o desgaste decorrente das exigências do trabalho pode desencadear respostas fisiológicas crônicas e agudas, reações psicológicas e comportamentais, com possibilidade da diminuição da capacidade funcional e da capacidade para o trabalho e desencadeamento de doenças relacionadas ao trabalho. Por outro lado, exigências que se caracterizem como positivas podem promover e proteger a saúde, a capacidade para o trabalho e a capacidade funcional, qualquer que seja a idade do trabalhador.

Diversos fatores, como aspectos sócio-demográficos, funcionais, estilo de vida, processo de envelhecimento e exigências do trabalho afetam a capacidade para o trabalho, tornando-a insatisfatória ao longo da vida.

De acordo com Ilmarinen (2001, 2003); Sjögren-Rönkä *et al.* (2002); Tuomi *et al.* (2005), dentre estas condições, a saúde pode ser considerada um dos principais determinantes desta capacidade.

A manutenção da capacidade para o trabalho tem consequências positivas na determinação da saúde, bem-estar e empregabilidade dos trabalhadores, com benefícios para as organizações e para sociedade em função de seus impactos sobre a produtividade, absenteísmo e sobre os custos sociais decorrentes das pensões por incapacidade e da assistência às doenças (BUSINESS WORK AND AGEING, 2008).

Quando se pensa a concepção de saúde em termos da saúde o trabalhador, o trabalho adquire caráter central tanto por exigir do trabalhador habilidades para o desempenho deste trabalho, como pelos impactos que as condições físicas, as relações e a organização do trabalho exercem sobre o trabalhador. Portanto, a saúde do trabalhador pode ser entendida como uma condição concreta e dinâmica da qual o trabalhador dispõe para traçar e perseguir seus objetivos em direção ao bem-estar físico, psíquico e social, e que é influenciada pelas condições e organização do trabalho e pelo contexto no qual está inserido.

Gurgel (1998) afirma que é importante destacar o caráter fundamental que o trabalho representa na vida e saúde dos homens e mulheres, uma vez que é a partir das relações que se estabelecem no processo de trabalho, que se dá o processo de socialização do indivíduo, ao mesmo tempo em que se promove o desenvolvimento da humanidade.

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (1993), os maiores desafios para a saúde do trabalhador atualmente e no futuro são os problemas de saúde ocupacional ligados às novas tecnologias de informação e automação, novas substâncias químicas e energias físicas, riscos de saúde associados a novas biotecnologias, transferência de tecnologias perigosas, envelhecimento funcional, problemas especiais dos grupos vulneráveis (doenças crônicas e deficiências físicas), problemas relacionados à crescente mobilidade dos trabalhadores e ocorrência de novas doenças ocupacionais de várias origens.

O interesse em estudar o envelhecimento funcional deve-se às profundas modificações que estão ocorrendo no perfil demográfico da população em geral, tendo os trabalhadores incluídos neste perfil. Admitir o envelhecimento da população como um todo e o envelhecimento da população de trabalhadores nela contida, possibilita adequar o planejamento de ações em saúde, e em especial aquelas que dizem respeito à saúde do trabalhador.

Um dos principais desafios da moderna gestão pública é assegurar ambientes organizacionais saudáveis, assim como condições de trabalho capazes de motivar os servidores públicos no desempenho de suas atribuições funcionais, elevando assim a qualidade do serviço público prestado aos cidadãos.

Assim, considerando o tempo que o trabalhador permanece em seu ambiente de trabalho, ele necessita de condições satisfatórias para garantir-lhe saúde, vida social e familiar, além de medidas para que não perca sua capacidade funcional em idade produtiva, ou seja, não envelheça precocemente.

A auto avaliação da capacidade para o trabalho, através de instrumento padronizado e validado, é um procedimento complementar aos exames periódicos e admissionais. Informa a perda de capacidade para o trabalho, servirá de subsídio para acompanhamento da saúde dos servidores, a prevenção da perda precoce da capacidade para o trabalho e do envelhecimento funcional, a promoção da saúde, a qualidade de vida e a intervenção nos quadros de declínio já comprovados.

Quanto melhor o estado de saúde, melhor é a capacidade para o trabalho, o que mostra a importância do monitoramento da saúde do trabalhador, para que se identifiquem alterações precocemente e se aplique as medidas de prevenção, promoção e recuperação da saúde.

Admitir o envelhecimento populacional como um todo e o envelhecimento da população de trabalhadores nela contida, possibilita adequar o planejamento de ações em saúde, e em especial aquelas que dizem respeito à saúde do trabalhador.

Nesse sentido, torna-se viável lançar mão desse modelo de avaliação que contempla o olhar do próprio trabalhador sobre sua capacidade para o trabalho diante das atividades que realiza, trazendo uma complementação às avaliações realizadas pela equipe de saúde.

Além do exposto, a inexistência de estudos que contemplem questões pertinentes à saúde dos servidores do Tribunal Regional do Trabalho da 6ª Região também motivaram a realização da pesquisa.

A pergunta condutora é: Qual a relação entre capacidade para o trabalho e saúde dos servidores do Tribunal Regional do Trabalho de Pernambuco?

Esse estudo apresenta como hipóteses:

- a)** Existe relação direta entre capacidade para o trabalho e saúde dos servidores do TRT 6ª Região, de modo que quanto maior a capacidade para o trabalho, melhor o estado de saúde dos servidores.

- b)** Há múltiplos fatores associados à capacidade para o trabalho dos servidores do TRT 6ª Região, incluindo variáveis sócio-demográficas e funcionais.

2 REFERENCIAL TEÓRICO CONCEITUAL

Este capítulo está dividido em tópicos levando em consideração o tema pesquisado.

2.1 O envelhecimento populacional e funcional

“É um paradoxo que a idéia de ter vida longa agrade a todos, e a idéia de envelhecer não agrade a ninguém”.
(Andy Rooney)

“Todo mundo está envelhecendo. Desde o dia em que você nasceu você tem estado envelhecendo - a cada momento, a cada dia” (OSHO INTERNATIONAL FOUNDATION, 2010, p. 110).

Envelhecer é uma dádiva, uma conquista da humanidade e motivo especial para celebrar. Envelhecer significa prolongar a vida, vencer a morte precoce, superar os enormes desafios da pobreza extrema, das doenças infecciosas e da falta de acesso a cuidados adequados de saúde. Envelhecer significa também menor fertilidade, um novo equilíbrio demográfico na sociedade, uma sociedade predominantemente adulta (LITVOC; BRITO, 2004, p. 60).

Segundo os resultados do Censo Demográfico 2010 realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a população brasileira alcançou a marca de 190.755.799 habitantes na data de referência. A série de censos brasileiros mostrou que a população experimentou sucessivos aumentos em seu contingente, tendo crescido quase 20 vezes desde o primeiro Recenseamento realizado no Brasil, em 1872 (IBGE, 2010).

O envelhecimento populacional é hoje um fenômeno mundial, e uma realidade irreversível que se manifesta claramente no Brasil.

O nosso país está no meio de uma profunda transformação socioeconômica guiada pela mudança demográfica. A mortalidade começou a cair, principalmente entre os mais jovens, por volta de 1940. A mortalidade infantil diminuiu de 135/1.000 para 20/1.000 entre 1950 e 2010, e a expectativa de vida ao nascer aumentou de cerca de 50 anos para 73 anos durante o mesmo intervalo de tempo (BANCO MUNDIAL, 2011).

~~~~~

A mudança na taxa de fecundidade<sup>1</sup> também foi significativa, de acordo com o IBGE (2010), entre 2000 e 2010, a taxa de fecundidade reduziu em mais de um quinto (22%), passando de 2,38 filhos por mulher para 1,86. Em 1940, a taxa era três vezes maior: 6,16 filhos por mulher.

Segundo Oliveira *et al.* (2012), múltiplos fatores podem explicar o declínio nos coeficientes de fecundidade, dentre os mais relevantes, destacam-se mudanças na educação, na urbanização e no acesso aos meios massivos de comunicação. Este último expõe mensagens de modernidade, qualidade de vida e da adoção de valores que propiciam um menor número de filhos.

A grande quantidade de nascimentos no início da transição demográfica<sup>2</sup> teve, e continua a ter fortes efeitos sobre a estrutura etária da população. Primeiro, a população em idade ativa (entre 15 e 59 anos) começou a crescer rapidamente. Segundo, a população em idades mais avançadas também começou a crescer, uma tendência que se tornará crescentemente importante com o passar do tempo (BANCO MUNDIAL, 2011).

O Brasil hoje é um “jovem país de cabelos brancos”. Em menos de 40 anos, o Brasil passou de um cenário de mortalidade próprio de uma população jovem para um quadro de enfermidades complexas e onerosas, típica dos países longevos, caracterizado por doenças crônicas e múltiplas que perduram por anos, com exigência de cuidados constantes, medicação contínua e exames periódicos (VERAS, 2009).

“A ideia do Brasil como um país jovem sempre esteve presente em nossa mente e desenhou o nosso horizonte. No entanto, de repente, nos percebemos grisalhos” (LEBRÃO, 2009, p. 23) e, portanto, atualmente podemos nos considerar um país de meia idade.

---

<sup>1</sup> Número médio de filhos que uma mulher teria ao final de sua idade reprodutiva (IBGE, 2010).

<sup>2</sup> A transição demográfica foi proposta pelo americano Warren Thompson em 1929 com o termo original “*Demographic Transition Model*” que pode ser traduzido livremente como a forma de *estudar as modificações que acontecem nas populações humanas desde o período das “altas taxas de nascimento (natalidade) e altas taxas de mortalidade” para o período das “baixas taxas de nascimento (natalidade) e baixas taxas de mortalidade”* (SOUZA, 2006, p. 81).

Durante os últimos 60 anos, a fração de idosos (60 ou + anos de idade) na população brasileira tem aumentado significativamente. Em 1950, eles eram 2,6 milhões e representavam 4,9% da população total. Com um crescimento anual de 3,4% comparados a 2,2% da população em geral, em 2010 os idosos já eram 19,6 milhões e representavam 10,2% da população.

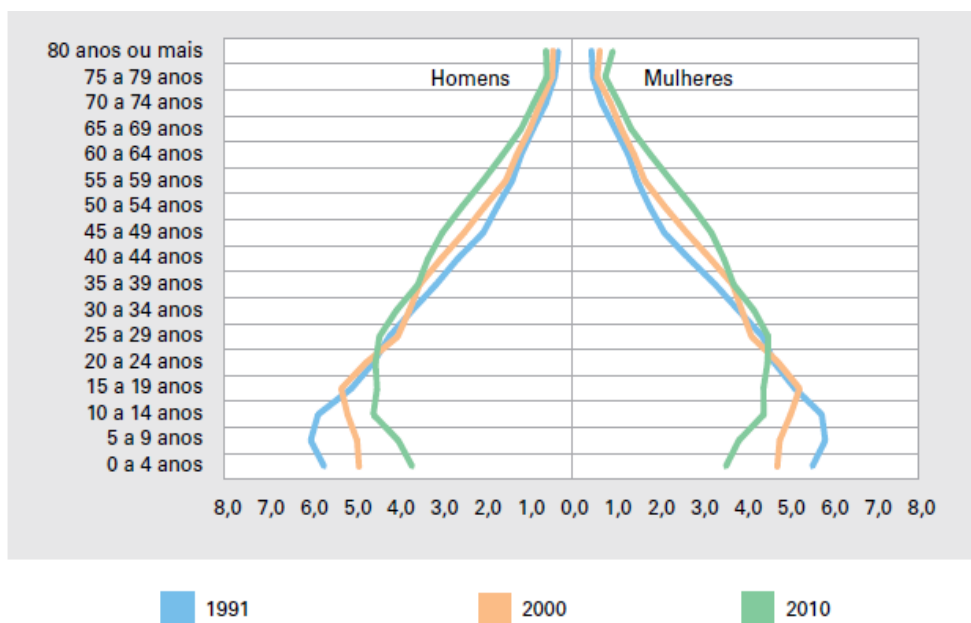
Costa, Ceolim e Neri (2011, p. 2) afirmam que “o Brasil possui contingente próximo a 22 milhões de pessoas com mais de 60 anos de idade, número que supera a população de idosos de vários países europeus”.

Nos próximos 40 anos, esse grupo de idosos crescerá a uma taxa de 3,2% ao ano, comparada a 0,3% da população total. Como resultado, haverá 64 milhões de idosos em 2050, 29,7% da população total (BANCO MUNDIAL, 2011).

De fato, a partir de 2025, o crescimento populacional do Brasil será integralmente guiado por aumentos da população mais velha (a população mais jovem começou a declinar no começo de 1990), enquanto que a população em idade ativa – entre 15 e 59 anos – começará a declinar (IBGE, 2010).

Ao observarmos as três pirâmides etárias relativas do Brasil para os anos de 1991, 2000 e 2010 (Gráfico 1), notaremos importantes mudanças ocorridas na estrutura etária da população residente nas duas últimas décadas:

Gráfico 1 - Composição da população residente total, por sexo e grupos de idade – Brasil – 1991/2010.



Fonte: Censo Demográfico 1991/2010 (IBGE, 2010).

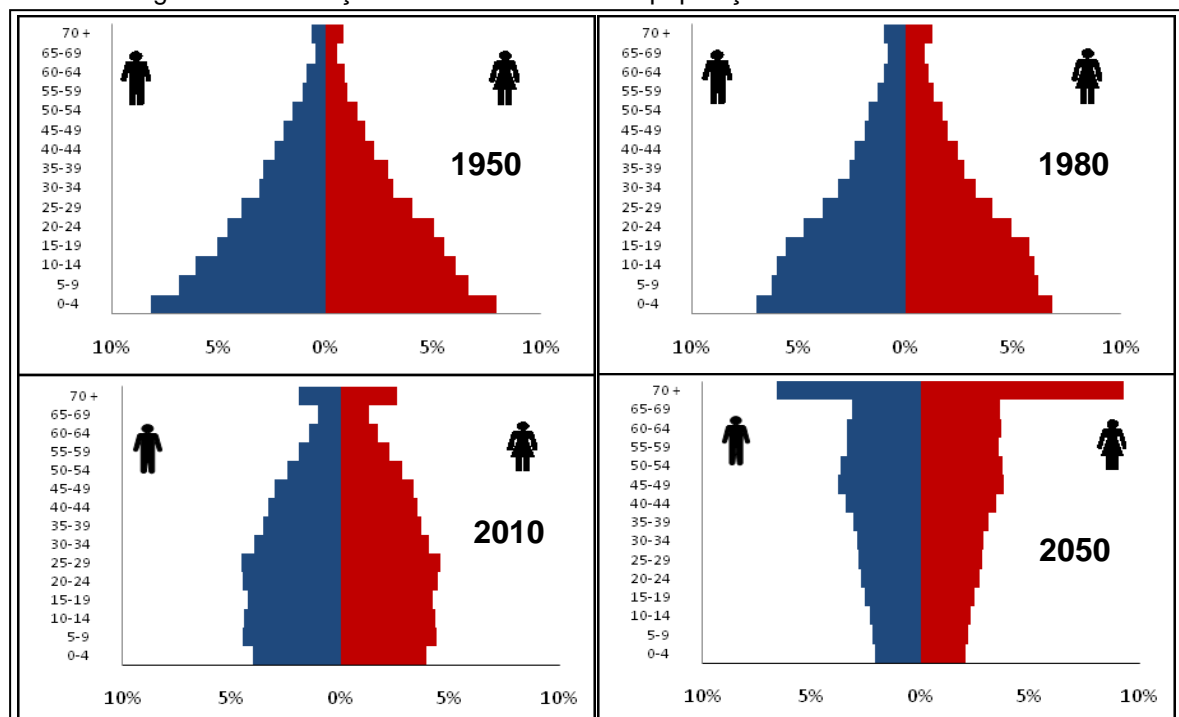
O estreitamento da base, ao mesmo tempo em que o ápice se torna cada vez mais largo, é decorrente do contínuo declínio dos níveis de fecundidade observados no Brasil e, em menor parte, da queda da mortalidade no período (IBGE, 2010).

Ainda de acordo com o IBGE (2010), a representatividade dos grupos etários no total da população em 2010 é menor que a observada em 2000 para todas as faixas com idade até 25 anos, ao passo que os demais grupos etários aumentaram suas participações na última década.

Simultaneamente, o alargamento do topo da pirâmide pode ser observado pelo crescimento da participação relativa da população com 65 anos ou mais, que era de 4,8% em 1991, passando a 5,9% em 2000 e chegando a 7,4% em 2010. Dessa forma, tem-se que o crescimento absoluto da população do Brasil nestes últimos dez anos se deu principalmente em função do crescimento da população adulta, com destaque também para o aumento da participação da população idosa.

A evolução da estrutura etária observada nas pirâmides (Figura 1) nos sugere também que, confirmadas as tendências esperadas de mortalidade e fecundidade, a população do Brasil tende a dar continuidade a esse processo de envelhecimento.

Figura 1 – Mudanças na estrutura etária da população brasileira - 1950 – 2050.



Fonte: IBGE (2008).

Os gráficos da figura 1 também mostram que a população brasileira vivenciará uma feminilização do envelhecimento, com muito mais mulheres do que homens nas idades superiores, um fenômeno comum em países em estágio avançado de transição demográfica.

De acordo com Giatti e Barreto (2003), no Brasil esta transição demográfica iniciou-se no final dos anos 60, constituindo um dos mais importantes e agudos processos de envelhecimento populacional entre os países mais populosos. O contexto de importantes desigualdades sociais, precariedade das condições de trabalho e qualidade de vida exerce influência neste envelhecimento mantendo conseqüentemente as pessoas trabalhando até uma idade mais avançada.

A mudança da faixa etária ativa promoverá importantes transformações na sociedade com repercussões no mercado de trabalho e no perfil de demandas por políticas públicas (RAFFONE; HENNINGTON, 2005).

Minayo (2012), na análise de dados do IBGE considera que “a revolução demográfica brasileira constitui uma conquista e uma responsabilidade para os gestores e a sociedade”. Reforçando que é crucial investir na promoção da autonomia e da vida saudável desse grupo social, assim como prover atenção adequada às suas necessidades e, sobretudo, sensibilidade para saber que de agora em diante a população idosa veio para ficar e continuará aumentando até os anos 2050.

O processo de envelhecimento da população, ocorrido nas últimas décadas, justifica nossa preocupação em relação à classe trabalhadora, segmento representativo dessa população.

De acordo com Ilmarinen (2001), em países como o Brasil, trabalhadores com idades inferiores a 45 anos de idade já devem ser motivo de preocupação no que diz respeito ao envelhecimento funcional precoce.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) definiu como trabalhador em fase de envelhecimento aquele com 45 anos de idade ou mais. Assume-se que a partir dessa idade as perdas de algumas capacidades funcionais tendem a se acentuar caso medidas preventivas não sejam adotadas concomitantemente, bem como se as condições de trabalho não forem adequadas. Condições inadequadas de trabalho podem ser traduzidas em riscos de natureza física, química, biológica ou organizacional, que podem resultar no afastamento precoce do mercado de trabalho (CAMARANO; PASINATO, 2008, p. 7).

O envelhecimento não é simplesmente um efeito do tempo, mas refere-se a muitas mudanças no funcionamento biológico, psicológico, funcional e social ao longo do tempo, e, portanto, tem um efeito sobre os níveis pessoal, econômico, organizacional e social.

O processo de envelhecimento normal tem características próprias e esperadas, porém estas características podem modificar-se devido à atividade laboral. Ao exercer uma atividade com grande exigência física e/ou mental, o organismo do trabalhador sofre alterações decorrentes do trabalho e da forma como ele o realiza (ODEBRECHT; GONÇALVES; SELL, 2002).

Segundo Ilmarinen (1994, 2006, 2009); Ilmarinen *et al.* (1991); Ilmarinen e Tuomi (1992), o principal problema do envelhecimento e trabalho é o desequilíbrio entre as capacidades funcionais e as exigências do trabalho. O envelhecimento é usualmente combinado com um declínio na capacidade funcional. Por outro lado, quando o trabalhador tem mais experiência nas tarefas que executa, as exigências do trabalho, especialmente as mentais, tendem a aumentar, podendo levar ao envelhecimento funcional precoce.

A maioria dos trabalhadores experimenta uma perda na capacidade para o trabalho com o envelhecimento, sobretudo, se não forem tomadas medidas preventivas para a manutenção dessa capacidade. O impacto dessa perda pode ser maior ou menor, dependendo do contexto funcional desses trabalhadores e de seus repertórios sociocognitivos (WALSH *et al.*, 2004).

De acordo com Ramos (2009), delinea-se um novo paradigma na saúde: a população envelhece e o indicador de saúde importante, não é mais a presença ou ausência de doença, mas o grau de capacidade funcional<sup>3</sup> do indivíduo.

O envelhecimento funcional tem sido definido por diversos autores, como a perda da capacidade para o trabalho, sendo que pode ser percebível antes mesmo do envelhecimento cronológico (BELLUSCI; FISCHER, 1999; DURAN; MONTEIRO-COCCO, 2004; ILMARINEN, 2001; ILMARINEN; TUOMI, 1992; METZNER; FISCHER, 2001; TUOMI *et al.*, 2001).

---

<sup>3</sup> Capacidade funcional é uma medida da funcionalidade global que é por sua vez o resultado da interação de todas as capacidades físicas e mentais desenvolvidas durante o período de vida (RAMOS, 2009).



=====

A OMS tem demonstrado preocupação com a questão do envelhecimento relacionado ao trabalho e reconhece que modificações nos vários sistemas do corpo humano levam a uma diminuição gradativa na eficácia de cada um deles, com diminuição na capacidade funcional dos indivíduos, podendo gerar discordância entre as exigências do trabalho e a real capacidade funcional (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1993).

O envelhecimento da força de trabalho fez com que as questões relativas ao envelhecimento funcional se tornassem uma prioridade no campo da saúde e segurança no trabalho e, neste contexto, a capacidade para o trabalho é um importante indicador na medida em que engloba aspectos relativos à saúde física, bem-estar psicossocial, competência individual, condições e organização do trabalho (ILMARINEN, 1997, 2001, 2006; MARTINEZ; LATORRE; FISCHER, 2010).

Hoje vivemos muito mais do que no passado. O período da maturidade aumentou. Por isso é preciso manter a saúde física, intelectual e emocional para se viver esse tempo plenamente. É necessário buscar condições para se envelhecer com bem estar, porque não basta viver mais, tem que se viver melhor (VERAS, 2007, p.657).

O envelhecimento está associado a uma progressiva deterioração da saúde e aumento à suscetibilidade às doenças. É de grande importância a compreensão deste processo e suas relações com a capacidade funcional, a fim de serem adaptadas as exigências do trabalho à população que envelhece, evitando-se assim o afastamento precoce da vida ativa de trabalho.

Segundo Camarato e Pasinato (2008), o envelhecimento de um indivíduo é uma ação contínua que resulta em uma diminuição da capacidade funcional, não depende apenas do avanço da idade cronológica, mas também das características individuais, dos estilos de vida, das condições de trabalho, etc.

Neste contexto, Borges (2006) e Fischer *et al.* (2006) enfatizam que refletir sobre o processo de envelhecimento/trabalho é indispensável para que possam ser implementadas ações de promoção à saúde, que visem à preservação da capacidade para o trabalho da população que se encontra em idade produtiva, ou seja, para reduzir/evitar o envelhecimento funcional precoce.

## 2.2 O modelo teórico da Capacidade para o Trabalho

“Uma máquina pode fazer o trabalho de cinquenta pessoas comuns.  
Nenhuma máquina pode fazer o trabalho de uma pessoa extraordinária.”  
(Elbert Hubbard)

Os estudos do *Finnish Institute of Occupational Health (FIOH)* sobre envelhecimento e capacidade para o trabalho basearam-se no construto de estresse-desgaste (*stress-strain*) de Colquhoun e Rutenfranz (1980) – segundo o qual o desgaste que o trabalhador vivencia depende tanto de estressores decorrentes das cargas físicas e mentais do trabalho, do ambiente, das ferramentas do trabalho, das características e recursos do trabalhador, as quais vão condicionar a sua capacidade de lidar com a situação, havendo diferentes respostas ao estresse, podendo desencadear respostas fisiológicas, psicológicas e comportamentais, com efeitos negativos sobre a saúde e a capacidade para o trabalho (Figura 2). O modelo inclui muito e pouco estresse no trabalho e sua prevenção, estando associados com as condições de trabalho e recursos individuais (GOULD *et al.*, 2008; ILMARINEN *et al.*, 1991; ILMARINEN; TUOMI, 2004; MARTINEZ; LATORRE, 2008; MARTINEZ; LATORRE; FISCHER, 2009, 2010; MENEGON, 2011; SILVA JÚNIOR, 2010; TUOMI *et al.*, 1991, 1997, 2004, 2005).

De acordo com Seligmann-Silva (1994, 2003, 2006), a noção de desgaste adotada neste modelo tem raízes na vertente teórica que adota o conceito de estresse no trabalho e que se desenvolveu em modelos mais complexos, incorporando a análise de aspectos sociais e antropológicos, incluindo os aspectos referentes ao âmbito da empresa, à organização do trabalho e ao contexto social. Esse modelo contempla uma abordagem psicossocial que, sem correr ao exame da dinâmica intrapsíquica, abriu uma nova linha de estudos sobre estresse.

Ao referencial teórico que embasou os estudos do FIOH, foi incorporada na década de 90, a concepção de envelhecimento e capacidade para o trabalho da Organização Mundial da Saúde que integra trabalho, estilo de vida, envelhecimento e saúde como condicionantes do envelhecimento funcional (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1993; TUOMI *et al.*, 1997).

Figura 2 – Modelo teórico do estresse-desgaste.



Fonte: Adaptado de Ilmarinen *et al.* (1991a, tradução nossa).

Tuomi *et al.* (1997) salientam que, quando se objetiva a promoção da saúde, avaliar saúde somente pela presença de doenças ou pela capacidade funcional torna-se um método limitado que deve ser substituído por uma avaliação mais abrangente e integral, contemplando os diferentes aspectos da saúde.

Por esta razão, o referencial teórico que embasou os estudos do FIOH foi expandido integrando trabalho, estilo de vida, envelhecimento e uma visão global de saúde.

De acordo com Gould *et al.* (2008), recentemente, alguns modelos multidimensionais têm abordado não somente aspectos incluídos por modelos tradicionais, mas também aspectos como trabalho comunitário, administração e ambientes micro e macro fora do trabalho. Diferentemente dos modelos tradicionais, que focam os aspectos médicos da saúde e da capacidade funcional ou a importância do balanço entre recursos humanos e demandas de trabalho.

### **2.3 O modelo multidimensional da Capacidade para o Trabalho: recursos individuais, trabalho, família, comunidade e sociedade**

Os estudos de Ilmarinen (2006); Ilmarinen e Tuomi (2004); Martinez; Latorre e Fischer (2009); Radkiewicz e Widerszal-Bazyl (2005); Silva Júnior (2010) demonstraram que a capacidade para o trabalho não é um construto unidimensional e que a mesma é afetada por diversos aspectos da vida do trabalhador. Uma definição desse construto o ilustra através de uma estrutura semelhante a uma “casa” constituída de diversos andares.

O primeiro andar da “casa” é formado por recursos humanos, tal como, saúde e capacidade funcional. Ele é o mais importante e é a força da capacidade para o trabalho durante toda a vida. O segundo andar é constituído de conhecimento e habilidade. O terceiro representa valores e atitudes dos trabalhadores, bem como, fatores de motivação na vida e no trabalho. As experiências no trabalho podem afetar os valores e as atitudes dos trabalhadores. No quarto andar estão presentes os aspectos ligados ao ambiente de trabalho, as condições, o conteúdo, as demandas, a organização, o gerenciamento e a supervisão no trabalho (ILMARINEN; TUOMI, 2004).

Os mesmos autores afirmam que, se os recursos individuais estiverem em equilíbrio com a capacidade para o trabalho ela permanecerá boa, mas se os mesmos não forem proporcionais com o tamanho e a funcionalidade do quarto andar, a capacidade para o trabalho ficará deteriorada. Os gerentes também podem ser fundamentais nesse processo. Além disso, a conciliação entre família e comunidade é essencial para uma boa capacidade para o trabalho.

Esse modelo teórico proposto por Ilmarinen e Tuomi (2004), objetiva demonstrar que o construto de capacidade para o trabalho é uma estrutura complexa e que pode ser afetada por diversos aspectos da vida do trabalhador, que podem estar dentro do ambiente do trabalho, mas também podem estar na família ou sociedade, por exemplo (Figura 3).

Figura 3 – Casa de Capacidade para o Trabalho.

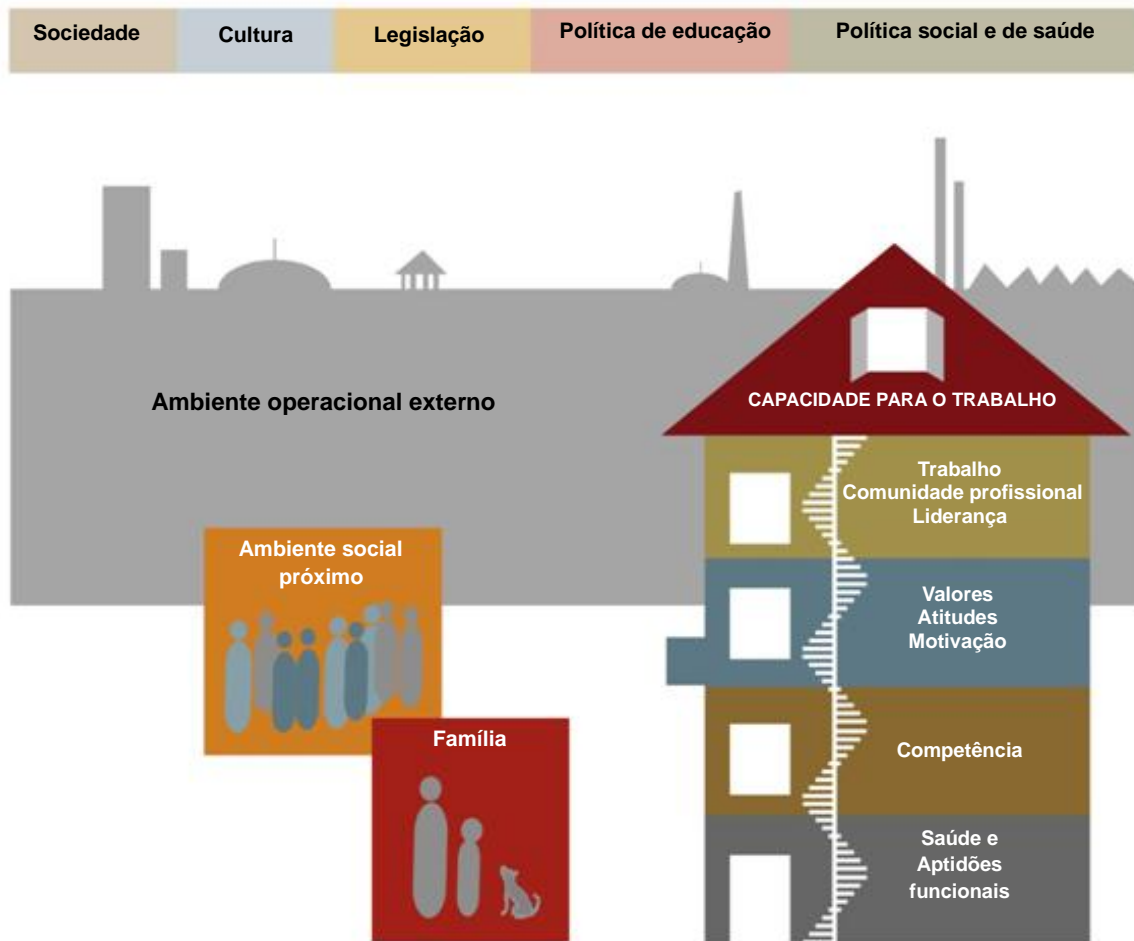


Fonte: Adaptado de Ilmarinen e Tuomi (2004, tradução nossa).

O modelo tenta descrever capacidade para o trabalho holisticamente, não em termos dos fatores que a afetam separadamente.

Mais recentemente, Ilmarinen (2010) publicou uma nova versão da “casa de capacidade para o trabalho” (Figura 4).

Figura 4 – Atual casa de Capacidade para o Trabalho.



Fonte: Adaptado de Ilmarinen (2010, tradução nossa).

A saúde física, psicológica e social e capacidade funcional continuam formando o piso térreo. Todo o resto da casa repousa sobre ele. Mudanças na capacidade funcional e saúde refletem na capacidade para o trabalho – a deterioração da saúde é uma ameaça. A melhora da capacidade funcional também torna o desenvolvimento da capacidade para o trabalho possível.

O segundo andar representando o conhecimento profissional e de competência (habilidade) e seu desenvolvimento contínuo são usados para atender às demandas da vida profissional. A capacidade pessoal para desenvolver um trabalho e atuar em locais diferentes também pode ser considerada como competência. O desenvolvimento contínuo de competências profissionais é um pré-requisito importante à capacidade para o trabalho.

O terceiro andar reflete a relação entre trabalho e vida pessoal, tem relação com o envelhecimento e inclui valores, atitudes e motivação. Isto é, tudo sobre o equilíbrio entre trabalho e recursos humanos. A varanda da casa está aberta às influências da vida além do trabalho, família, comunidade próxima. Mudanças na sociedade ou na legislação (reforma da previdência, por exemplo) também são refletidas neste andar. Os valores, as atitudes e a motivação estão perto do piso do trabalho (quarto). A primeira experiência de trabalho afeta o trabalhador, seus valores e atitudes. Boa experiência fortalece positivamente e as más enfraquecem.

O quarto andar representa o trabalho e seus fatores relacionados. É o maior e mais pesado piso da casa. Na verdade, estabelece padrões para outros andares. A capacidade para o trabalho e seu peso é suportada pelos andares mais baixos. As condições, conteúdo, demandas e organização do trabalho, bem como funcionamento, supervisão e gestão do trabalho, fazem do piso do trabalho uma entidade que é multidimensional, difícil de perceber e difícil de medir. Os supervisores são responsáveis por este piso e eles também têm um mandato para organizar e alterar o chão, se necessário.

Há interação constante entre os pavimentos, o contexto da família, da comunidade e da sociedade. A reconciliação entre vida familiar e trabalho é essencial para a capacidade para o trabalho. A escadaria liga o chão, indicando que todos os fatores são interativos, interagem.

A política de governo, as estruturas de garantia de qualidade, as expectativas da sociedade, os serviços de cuidados a idosos, as diferenças culturais no cuidado com a alimentação, com idades de trabalho, todos têm efeito sobre a capacidade para o trabalho.

A casa, portanto, sob um telhado, combina todos os aspectos que são essenciais à manutenção e promoção da capacidade para o trabalho em uma organização. Todos os andares precisam estar em uma relação equilibrada. Se a capacidade de trabalho é baixa, todos os andares devem ser considerados.

Para testar a relação dos diferentes andares da “casa de capacidade para o trabalho” com as dimensões do Índice de Capacidade para o Trabalho foi utilizado no *Health Survey*<sup>4</sup> o Modelo de Equações Estruturais (MEE)<sup>5</sup>, buscando identificar grupos de variáveis que melhor explicam as dimensões propostas.

As hipóteses de associação entre essas variáveis e o Índice de Capacidade para o Trabalho (ICT) foram confirmadas, mostrando que a capacidade para o trabalho é um construto que está ligado a aspectos da vida do trabalhador, dentro e fora do seu ambiente de trabalho (GOULD *et al.*, 2008).

## 2.4 A Capacidade para o Trabalho

De acordo com Martinez, Latorre e Fischer (2009), as respostas às questões referentes ao envelhecimento funcional, vêm constituindo uma prioridade no campo da saúde do trabalhador e faz com que a Capacidade para o Trabalho seja um importante indicador por abranger aspectos relativos à saúde física, bem-estar psicossocial, competência individual e condições de trabalho.

O conceito de Capacidade para o Trabalho (*“work ability”*), proposto a partir dos estudos do FIOH, enfatiza que ela é uma condição resultante da combinação entre recursos humanos em relação às demandas físicas, mentais e sociais do trabalho, gerenciamento, cultura organizacional, comunidade e ambiente de trabalho (ILMARINEN, 2001, 2002, 2003, 2007, 2011).

Este conceito é expresso como "quão bem está, ou estará, um (a) trabalhador (a) presentemente ou num futuro próximo, e quão capaz ele ou ela pode executar seu trabalho em função das exigências, de seu estado de saúde e capacidades físicas e mentais" (TUOMI *et al.*, 2005).

---

<sup>4</sup> O *Health 2000 Survey* é um estudo baseado em amostra representativa da população adulta Finlandesa, os dados foram coletados através de entrevistas, questionários e exames clínicos (SILVA JÚNIOR, 2010).

<sup>5</sup> Essa técnica é entendida de acordo com Klem (2002) e Ullman (2007) como uma mistura de análise fatorial e análise de regressão, que permite aos pesquisadores testar estruturas fatoriais de instrumentos de medida psicométrica. A MEE não apenas permite o teste confirmatório da estrutura psicométrica de escalas de medida, mas também pode ser utilizada para analisar relações explicativas entre múltiplas variáveis simultaneamente, sejam essas latentes ou observadas.



De acordo com Ilmarinen e Tuomi (1992), a capacidade para o trabalho pode ser definida como “a auto avaliação que o trabalhador faz do seu bem-estar no presente e no futuro próximo e da capacidade para assegurar o seu trabalho tendo em conta as exigências do mesmo, a saúde e os recursos psicológicos disponíveis”.

Bellusci e Fischer (1999), afirmam que diz respeito à capacidade que o trabalhador tem para executar o seu trabalho em função das exigências do mesmo, do seu estado de saúde e das suas capacidades físicas e mentais, representando uma medida de envelhecimento funcional.

Para Renosto *et al.* (2009), a capacidade para o trabalho engloba as capacidades físicas, mentais e sociais do indivíduo em relação às exigências do trabalhador, levando em consideração também aspectos da comunidade de trabalho, organização e ambiente de trabalho.

A Organização Mundial da Saúde (1993) considera que o conceito de capacidade para o trabalho engloba, num sentido lato, todas as capacidades necessárias à execução de um determinado tipo de trabalho e, num sentido restrito, é sinônimo de expressão e aptidão para o trabalho.

E complementa que a adequação, mais ou menos perfeita, entre a capacidade para o trabalho e a exigência da tarefa a efetuar tem influência na produtividade e pode ser uma causa de *stress*, mal-estar, doenças e incapacidades ligadas à profissão. Esta perspectiva multidimensional enfatiza a interação entre o trabalho, os estilos de vida, a idade e a saúde (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1993).

De acordo com Bellusci e Fischer (1999); Ilmarinen (2001); Padula *et al.* (2011) e Sorensen *et al.* (2007), a capacidade para o trabalho representa o quanto o trabalhador está bem nesse momento e num futuro próximo de forma que, a incapacidade, ou a diminuição da capacidade para o trabalho, pode fazer com que o indivíduo tenha a percepção de estar menos capaz para suas tarefas atualmente, do que estava há alguns anos.

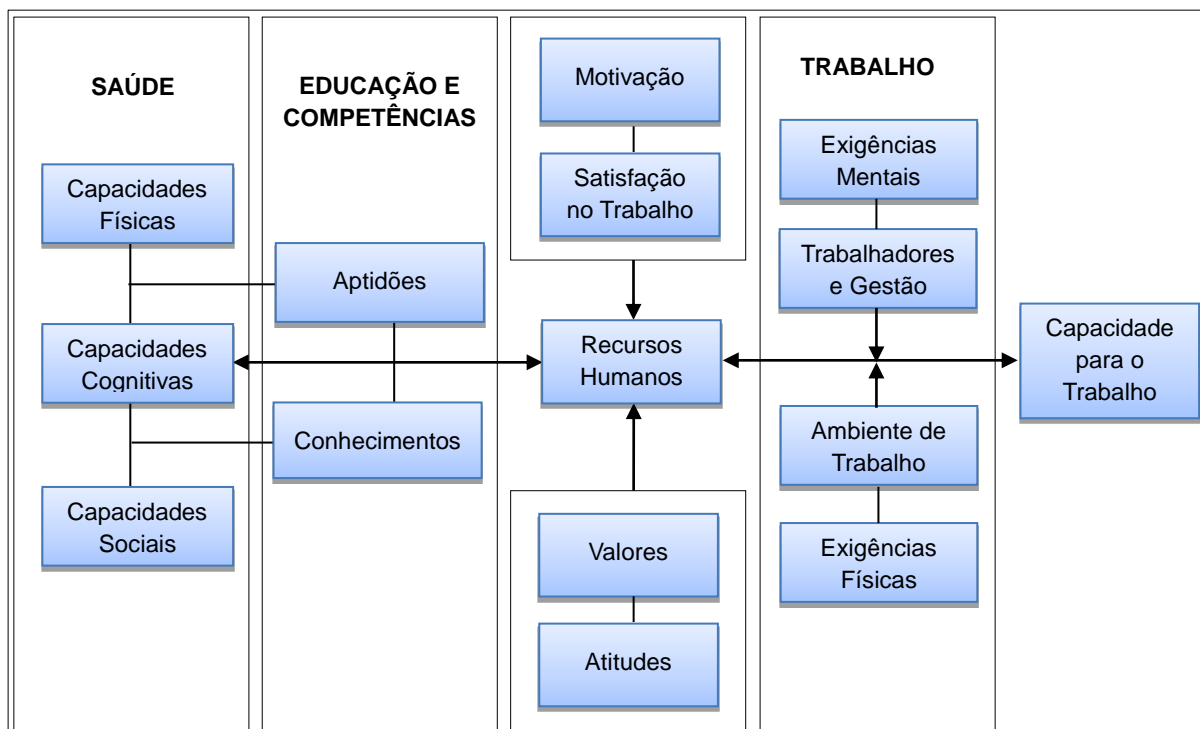
Segundo Costa (2009), a capacidade para o trabalho é um termo utilizado para assegurar uma correta correspondência entre as capacidades funcionais e as competências de um indivíduo e as exigências da tarefa e o ambiente de trabalho, onde se incluem os métodos e as ferramentas utilizadas.

A capacidade para o trabalho é uma das bases do bem-estar para todos os indivíduos, e sua avaliação deve ser baseada em dados obtidos de várias e diferentes fontes. O conceito que o trabalhador tem da sua capacidade para o trabalho é tão importante quanto às avaliações dos especialistas. Em conjunto, essas avaliações fornecem uma visão melhor da capacidade para o trabalho (TUOMI *et al.*, 2005).

Um modelo descrito por Ilmarinem (2001) define que a capacidade para o trabalho é determinada em função dos recursos humanos e das características do trabalho.

Estes recursos humanos consistem numa combinação entre capacidade funcional e saúde (física e mental), educação e competências, valores e atitudes do indivíduo e sua motivação. Quando estes fatores relacionam-se com as exigências físicas e mentais da tarefa, os trabalhadores, a gestão e o ambiente de trabalho, o resultado pode ser chamado de capacidade individual para o trabalho (Figura 5).

Figura 5 – Relação da Capacidade para o Trabalho com os Recursos Humanos.



Fonte: Adaptado de Ilmarinem (2001, tradução nossa).

Segundo Ilmarinem (2001), o conceito de capacidade para o trabalho é um processo dinâmico que sofre inúmeras mudanças ao longo da vida de trabalho.

Costa (2009) relata que se deste conjunto de fatores existirem alguns que afetem o indivíduo levando a que este não consiga responder às exigências da tarefa, poderá então falar-se de uma diminuição da capacidade para o trabalho do indivíduo.

Pode-se concluir, portanto, que a capacidade para o trabalho pode ser influenciada por um processo multifatorial em que os diversos elementos interagem entre si, muitas vezes de maneira complexa (ILMARINEN, 2001, 2006, 2009).

De acordo com Gould *et al.* (2008), é inegável que a capacidade para o trabalho está associada a quase todos os fatores que descrevem recursos individuais e de vida no trabalho.

## **2.5 Os determinantes e os fatores associados à Capacidade para o Trabalho**

A seguir, serão descritos os determinantes e os fatores associados à Capacidade para o Trabalho.

### **2.5.1 Aspectos sócio-demográficos**

Vários autores identificam a idade como determinante da capacidade para o trabalho (ANDRADE; MONTEIRO, 2007; COSTA, 2009; GASPARY; SELAU; AMARAL, 2008; GOEDHARD; GOEDHARD, 2005; GOULD *et al.*, 2008; MARTINEZ, 2006; MARTINEZ; LATORRE, 2006, 2008, 2009; SILVA *et al.*, 2010; TUOMI *et al.*, 2005).

A partir dos 45 anos, com o aparecimento e/ou agravamento de diversos tipos de doenças, a capacidade funcional física e mental pode começar a deteriorar, influenciada pela diminuição da capacidade cardiorrespiratória e musculoesquelética em função da idade (ILMARINEN, 1997, 2001; ILMARINEN; TUOMI; KLOCKARS, 1997; KISS; WALGRAEVE; VANHOORNE, 2002; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA

SAÚDE, 1993; SEITSAMO; KLOCKARS, 1997; SJÖGREN-RÖNKA *et al.*, 2002; TUOMI *et al.*, 1997a, 1997b, 1997c).

Entretanto, vale destacar que estudos junto a trabalhadores finlandeses (ILMARINEN; TUOMI, 2004) e brasileiros (BELLUSCI, 2003; MONTEIRO, 1999) identificaram que esta associação pode não ser linear ou pode estar ausente, evidenciando a interferência de outros fatores nesta relação.

Segundo Sell (2002), de fato, o envelhecimento repercute em perda de força muscular, capacidade cardiopulmonar, coordenação sensório-motora, acuidade visual e auditiva entre outras, contudo o treinamento adquirido, as experiências acumuladas e a capacidade de lidar com situações difíceis podem significar vantagens expressivas para indivíduos com mais idade.

De acordo com Campos (2011), apesar de haver uma tendência a um ponto culminante do bom desempenho em atividades profissionais próximo aos 40 anos de idade, apresentando posteriormente uma perda progressiva das habilidades dos indivíduos, acredita-se que questões específicas como a prática regular de atividade física e a experiência profissional adquirida possam ter efeito compensatório sobre a perda prevista de habilidade e capacidade mantendo, desta forma, um bom desempenho profissional.

Em relação ao sexo, o feminino é registrado como fator associado à capacidade para o trabalho.

O estudo de Vasconcelos *et al.* (2011) evidenciou que, entre as mulheres, a prevalência de capacidade inadequada para o trabalho foi 84% maior em relação ao sexo masculino.

Em um estudo brasileiro realizado entre Grupos de uma Instituição de Saúde Pública, Monteiro, Ilmarinen e Corrêa Filho (2006) verificaram que a capacidade para o trabalho entre as mulheres diminuiu significativamente com a idade.

Segundo Hodge (2006) em seu estudo, o fato de ser mulher significou apresentar um Índice de Capacidade para o Trabalho (ICT) pior que o homem em 23 pontos.

Entre trabalhadores italianos, incluindo profissionais de enfermagem, Costa e Sartori (2007), verificaram que os maiores percentuais de trabalhadores com ICT baixo e moderado estavam entre as mulheres.

Estes resultados são reforçados por diversos autores, como os estudos de Perkiö-Mäkelä (2000) na Finlândia, Costa (2009) em Portugal, Bellusci e Fischer (1999); Bellusci (2003); Chillida e Monteiro-Cocco (2003); Monteiro, Ilmarinen e Gomes (2005); Monteiro-Cocco (2002); Walsh (2004); Walsh *et al.* (2004) no Brasil.

De acordo com Rotenberg *et al.* (2009); Salim (2003); Spíndula (2000); Tuomi *et al.* (2005), diversas causas podem ser citadas para explicar por que as mulheres têm maiores riscos de apresentar capacidade de trabalho inadequada. Dentre elas, os múltiplos papéis assumidos pela maioria das mulheres que exercem uma atividade profissional. A sobrecarga de trabalho, com jornadas duplas ou triplas, pode conduzir a mulher ao estresse físico e emocional, considerando que sua inserção no mercado de trabalho não a desvinculou das tarefas domésticas e da educação dos filhos.

As condições socioeconômicas também são elencadas como importantes na determinação da saúde e da capacidade para o trabalho. Entretanto, os padrões de associação são complexos, recebendo influência de fatores relacionados ao trabalho, às condições de vida e aos hábitos de saúde (AITTOMÄZI; LAHELMA; ROOS, 2003; MARTINEZ, 2006; MARTINEZ; LATORRE, 2009; METZNER; FISCHER, 2001; MONTEIRO, 1999; TUOMI *et al.*, 1991).

O nível educacional e a competência profissional também são considerados fatores associados à capacidade para o trabalho. Segundo Ilmarinen (2002); Martinez (2006); Pohjonen (1999), a capacidade para o trabalho pode ser promovida pelo aumento da competência<sup>6</sup>.

Tuomi *et al.* (2001) verificaram que o hábito de estudar, a possibilidade de desenvolvimento e de influenciar o trabalho, apresentaram forte associação positiva com capacidade para o trabalho.

---

<sup>6</sup>Competência aqui é entendida como as habilidades e conhecimentos que o trabalhador dispõe para executar seu trabalho, em especial em atividades que exigem maiores habilidades psicológicas e cognitivas (ILMARINEN, 2002; MARTINEZ, 2006; POHJONEN, 1999).

As pesquisas de Martelin *et al.* (2004, 2006), provaram que a educação é constantemente relacionada com a maioria dos indicadores da capacidade funcional e de saúde.

De acordo com Gould *et al.* (2008), a educação aumenta as possibilidades de manter a capacidade para o trabalho. Ela diminui o risco da carga de trabalho físico e aumenta o controle do trabalhador e do seu trabalho.

A capacidade mental pode ser afetada pelo envelhecimento, com diminuição do desempenho da memória, da capacidade de percepção e da velocidade de processamento de informações (ILMARINEN *et al.* 1991a; TUOMI *et al.* 1997b, 1997c).

Segundo Tuomi *et al.* (1997c), estas mudanças não são sistemáticas, podendo ser compensadas pelo aumento do conhecimento, da experiência, da habilidade para trabalhar de forma independente e do maior vínculo ao emprego que trabalhadores com mais idade tendem a apresentar.

### 2.5.2 Estilo de vida

Fischer *et al.* (2005) enfatizam que a adoção de hábitos de vida não-saudáveis, como o etilismo e o tabagismo, e as más condições de vida, podem tanto agravar, bem como acelerar a perda da capacidade para o trabalho.

O tabagismo é inversamente associado à capacidade para o trabalho e à capacidade física, constituindo um fator de risco para doenças cardiovasculares e pulmonares (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1993; TUOMI *et al.*, 1991).

De acordo com Vaissman (2004) no Brasil, o alcoolismo é o terceiro motivo para absenteísmo no trabalho, a causa mais frequente de aposentadorias precoces e acidentes no trabalho e a oitava causa para concessão de auxílio doença pela Previdência Social.

Corroborando ainda com atrasos, queda de produtividade, desperdício de materiais, sonolência, sobrecarga dos sistemas de saúde, conflitos com colegas de trabalho, conflitos disciplinares em relação aos supervisores, dificuldade de entender

novas instruções ou de reconhecer erros, reação exagerada às críticas e variação constante do estado emocional (AMARAL; MALBERGIER, 2004; VAISSMAN, 2004).

O consumo abusivo de álcool pode exercer efeitos negativos sobre a capacidade para o trabalho, tais como: alterações na saúde física e mental, diminuição da produtividade, aumento do absenteísmo e aumento do risco para acidentes de trabalho (MARQUES; RIBEIRO, 2002; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1993).

Contudo, o efeito destes fatores nem sempre são lineares e os indivíduos que praticam atividade física também podem ter hábitos tabagistas e/ou etilistas, o que poderia favorecer a confusão dos resultados (MARTINEZ, 2006; SEITSAMO; ILMARINEN, 1997)

A prática de atividade física e a satisfação com a vida são preditos de boa capacidade para o trabalho (ILMARINEN; TUOMI; KLOCKARS, 1997; SEITSAMO; ILMARINEN, 1997; TUOMI *et al.* 1991a; 1991b).

Raffone e Hennington (2005) demonstraram que os trabalhadores que praticavam alguma atividade física, possuíam maior probabilidade de apresentar boa capacidade para o trabalho, em relação àqueles que não faziam nenhuma atividade física.

O papel protetor da atividade física é explicado pelo seu efeito na preservação da capacidade musculoesquelética e cardiorrespiratória, no aumento do consumo energético, no controle do peso corporal e redução da gordura corporal, na manutenção da capacidade aeróbia, da resistência e da força muscular, melhoria na percepção do estado de saúde e da autoestima, bem como pelo seu efeito reduzindo as reações emocionais ao stress (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1993; POHJONEN, 2001; POHJONEN; RANTA, 2001; TUOMI *et al.*, 1991, 1997).

De acordo com Boldori (2002) e Wainstein (2000), a capacidade cardiorrespiratória e o funcionamento musculoesquelético são os aspectos que exercem o maior impacto sobre a capacidade funcional e esta é considerada como a base da capacidade para o trabalho, dado seu papel significativo sobre o desgaste do trabalhador, pois se relaciona ao desempenho das demandas do trabalho.

Carlos (2009) legitima a ideia de que um trabalhador com a capacidade funcional diminuída torna-se menos produtivo, tem baixa qualidade na tomada de decisão e fica mais ausente no trabalho.

A obesidade é tida como fator de risco para perda da capacidade para o trabalho, na medida em que o excesso de peso pode exercer impacto negativo por afetar a capacidade cardiorrespiratória e musculoesquelética e por favorecer o aumento da morbidade por doenças crônicas (BOLDORI, 2002; ILMARINEN, 2006; MONTEIRO *et al.*, 2011; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1993; POHJONEN, 2001; POHJONEN; RANTA, 2001).

De maneira geral, os estudos que contemplam as questões do estilo de vida em relação à capacidade para o trabalho, privilegiam uma concepção de estilo de vida saudável compatível com a da OMS, o qual diz respeito a um comportamento individual de adoção de hábitos que podem reduzir o risco para a saúde, com ênfase em questões como o tabagismo, o consumo de álcool, a prática de atividade física e a obesidade (COSTA, 2009; MARTINEZ, 2006).

Segundo Manzoli (2011), as questões decorrentes das condições de trabalho e do estilo de vida que afetam a saúde e a capacidade para o trabalho são importantes em termos de saúde do trabalhador, tendo como referência a promoção da saúde por meio de medidas públicas de saúde desenvolvidas com excelência.

### 2.5.3 Saúde

Entre os diversos fatores atuantes, a saúde é considerada como um dos principais determinantes da capacidade para o trabalho (CAMPOS, 2011; COSTA, 2009; FISCHER *et al.*, 2006; FISCHER; MARTINEZ, 2012; HÄGGLUND; HELSING; SANDMARK, 2011; HILLESHEIN, 2011; ILMARINEN, 2001, 2002, 2006, 2009; MARTINEZ; LATORRE, 2006; MARTINEZ; LATORRE; FISCHER, 2009, 2010; MENEGON, 2011; MILOSEVIC *et al.*, 2011; NEGELISKII, 2010; NEGELISKII; LAUTERT, 2011; POHJONEN, 1999; SILVA JÚNIOR, 2010; SJÖGREN-RÖNKA *et al.*, 2002; TUOMI *et al.*, 2005; WALSH *et al.*, 2004).



De acordo com Campos (2011) e Martinez (2006), nos estudos que abordam as relações entre capacidade para o trabalho e saúde, esta tem sido avaliada por meio de indicadores da capacidade funcional, da quantidade e do tipo de doenças físicas e mentais com diagnóstico médico referido ou, ainda da percepção do estado geral de saúde.

O estado de saúde (sintomas psicofísicos e capacidade funcional) é apontado como a base para um modelo construtivo de capacidade para o trabalho responsável pela mais significativa conexões deste processo (BOLDORI, 2002).

A capacidade funcional é apontada como condição essencial para uma boa qualidade de saúde (BIFF, 2006; COSTA, 2009; COSTA *et al.* (2012); POHJONEN, 1999; RAFFONE; HENNINGTON, 2005; RENOSTO, 2006).

De acordo com Ilmarinen (2001); Larsson *et al.* (2012); Matsudo, Matsudo e Barros Neto; (2001), a capacidade cardiorrespiratória e o funcionamento musculoesquelético são considerados os componentes da capacidade funcional que maior impacto exerce sobre a capacidade física.

Segundo Campos (2011); Ilmarinen (1997); Martinez (2006); Martinez e Latorre (2006), a saúde mental é menos correlacionada com a capacidade para o trabalho do que a saúde física e é tida como mais relevante em trabalhos com elevadas demandas mentais.

O estudo de Gamperiene *et al.* (2008) demonstrou que a redução severa da capacidade para o trabalho esteve fortemente associada à saúde física e mental e não com o ambiente ocupacional após o ajuste das variáveis.

#### 2.5.4 Trabalho

Trabalhadores com conteúdo do trabalho predominantemente físico podem apresentar piores condições da capacidade para o trabalho do que aqueles com conteúdo predominantemente mental, como resultado de desgaste e comprometimento da saúde decorrentes das exigências físicas do trabalho (TUOMI *et al.*, 2005).

Entre as condições que podem configurar cargas físicas inadequadas estão: trabalho muscular estático, uso de força muscular, levantamento e transporte de peso, esforço intenso repentino, movimentos repetitivos, posturas inadequadas, risco de acidentes, calor, frio, ruído, sujeira e umidade, equipamentos e ferramentas de trabalho inadequados (ILMARINEN *et al.*, 1991; SORMUNEN *et al.*, 2009; TUOMI *et al.*, 1991, 1997, 2001, 2004, 2005).

Quando as exigências físicas e mentais não estão adequadas aos recursos do trabalhador para lidar com elas, surgem exigências que podem desencadear respostas fisiológicas com repercussões negativas sobre a capacidade para o trabalho (ILMARINEN *et al.*, 1991).

No âmbito do setor público, Bellusci (2003) observou que o trabalho realizado no Judiciário Federal em São Paulo traz importante comprometimento da saúde e envelhecimento precoce dos servidores devido à dificuldade de relacionamento interpessoal, à falta de perspectiva de ascensão profissional, às exigências excessivas da quantidade e qualidade do trabalho, ao uso de premiação de forma injusta, assim como aos fatores relacionados à falta de controle no trabalho, como a impossibilidade de exercer influência sobre o ritmo de trabalho, o uso do tempo no trabalho, o planejamento de pausas e o planejamento de férias. Colabora também a impossibilidade de interação com os colegas durante o desenvolvimento das tarefas e fora do ambiente de trabalho representando risco para a capacidade para o trabalho.

Ainda no serviço público, os resultados do estudo de Campos (2011), que investigou os servidores do TRT de Goiânia, revelaram-se preocupantes, afirmando a necessidade de novos estudos a fim de uma avaliação mais apurada dos aspectos psicossociais, ergonômicos e do processo de trabalho do servidor público, com o objetivo de conhecer os fatores de risco que possam influenciar no aparecimento dos desconfortos musculoesqueléticos e na diminuição da capacidade para o trabalho.

A questão laboral também tem sido contemplada sob diferentes aspectos, tais como: conteúdo do trabalho (predominância de exigências físicas ou mentais), condições de trabalho, fatores psicossociais e/ou organização do trabalho e ainda,

.....

satisfação no trabalho (FISCHER *et al.*, 2006; FISCHER; MARTINEZ, 2012; LINDFORS *et al.*, 2009; MARTINEZ, 2006; ROTENBERG *et al.*, 2008, 2009).

O estudo Tuomi *et al.* (2001) demonstrou que a boa qualidade das condições de trabalho esteve fortemente associada à boa qualidade da capacidade para o trabalho. As variáveis referentes às exigências e ambiente do trabalho (posturas, conteúdo do trabalho, uso de conhecimento, ambiente e ferramentas, ambiente físico, modificações nas tarefas, no ambiente e ferramentas e na carga mental) foram os fatores que melhor explicaram a capacidade para o trabalho. Em seguida, foram as variáveis referentes à comunidade e organização do trabalho (administração, liberdade, desafios no trabalho, jornada de trabalho e uso de experiência).

O tempo no emprego ou na profissão está relacionado com a capacidade para o trabalho uma vez que, quanto maior o tempo que o trabalhador está exposto às exigências do trabalho, maior poderá ser o envelhecimento funcional. Além disso, o tempo de trabalho também pode estar correlacionado ao envelhecimento cronológico (TUOMI *et al.* 2005).

O hábito de estudar, a possibilidade de desenvolvimento e de influenciar o trabalho são positivamente associados à capacidade para o trabalho (TUOMI *et al.* 2001).

Diversos estudos demonstraram que o estresse decorrente da organização e do ambiente psicossocial do trabalho tem efeitos importantes sobre a capacidade para o trabalho. Entre os fatores mais prevalentes estão o conflito de papéis, os conflitos com as chefias, a pressão do tempo, o volume de trabalho, as restrições, o uso de habilidades e conhecimentos, as limitações do próprio trabalho e do desenvolvimento profissional, o nível de responsabilidade, a falta de reconhecimento e de valorização, as jornadas e os turnos de trabalho, além do conteúdo do trabalho (AHLSTROM *et al.*, 2010; BELLUSCI, 2003; BRIDGER; BENNETT, 2011; CAMPOS, 2011; CAMPOS *et al.*, 2012; FISCHER; MARTINEZ, 2012; HILLESHEIN, 2011; MARQUEZE; MORENO, 2009; MARTINEZ, 2006; MENEGON, 2011; NEGELISKII, 2010; NEGELISKII; LAUTERT, 2011; SILVA, 2009; VASCONCELOS *et al.*, 2011, 2012; VON BONSDORFF *et al.*, 2011).

## **2.6 A importância da promoção da Capacidade para o Trabalho**

Andrade; Monteiro (2007) e Costa (2005) afirmaram que a conservação da capacidade para o trabalho está associada às boas condições de saúde e de vida, incluindo hábitos de vida praticados.

Ainda de acordo com os mesmos autores, as condições adequadas de trabalho e estilo de vida podem proporcionar melhor qualidade de vida, maior produtividade e um tempo de aposentadoria mais proveitoso, com menos custo médico e social tanto para o indivíduo como para a sociedade.

O informe técnico publicado pela OMS em 1993, já alertava para as medidas de promoção à saúde dos trabalhadores em envelhecimento:

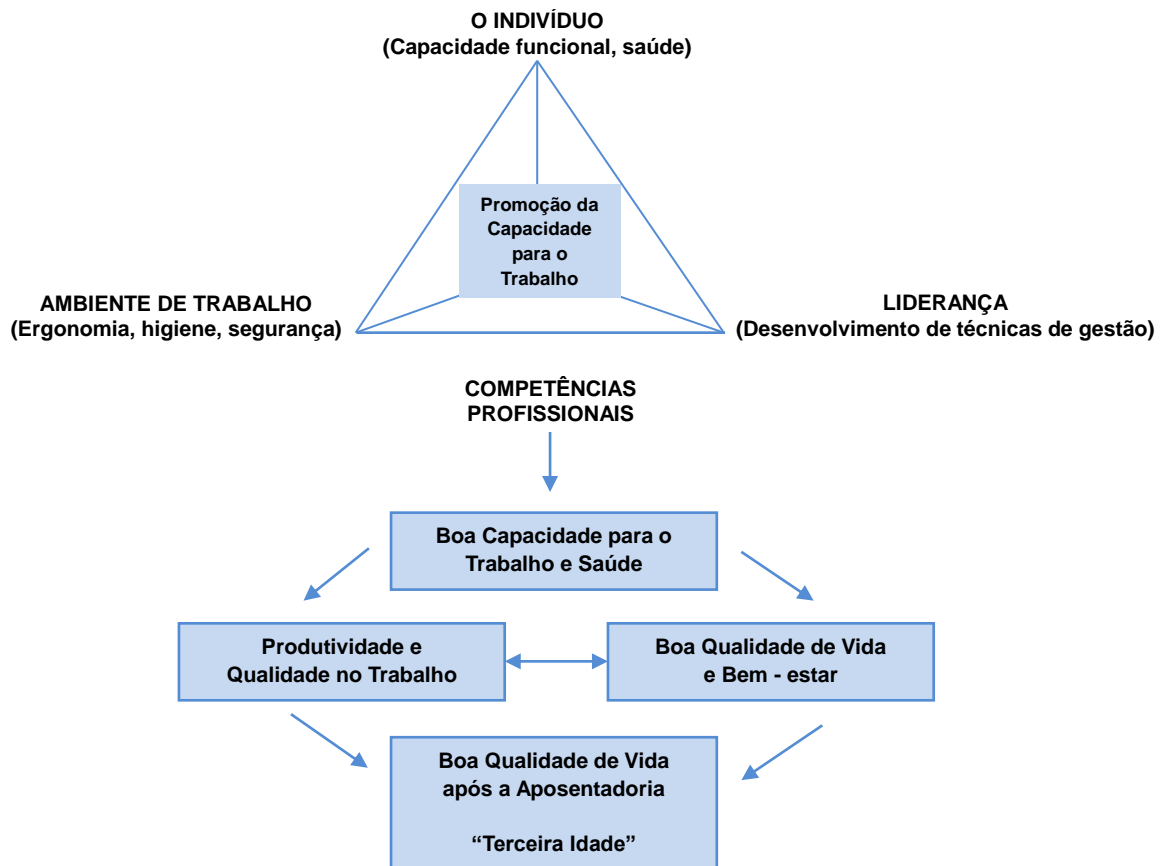
A capacidade para o trabalho de trabalhadores em envelhecimento está relacionada com diversos fatores, portanto as medidas de promoção deverão ser multifatoriais, analisando o ambiente e a organização do trabalho, além de aspectos individuais como as condições de saúde, realização de atividade física e os aspectos emocionais (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1993, p. 14).

Os trabalhos que têm como característica a exigência de esforços musculares, levantamento e transporte de pesos, esforços repetitivos e repentinos, posturas de trabalho inadequadas, inclinação simultânea, sobrecarga postural e do sistema musculoesquelético, riscos de acidente de trabalho e exposição a produtos químicos, necessitam de medidas de promoção à saúde, visto a possibilidade de perda da capacidade para o trabalho dos trabalhadores inseridos nessas atividades profissionais que se acentuam com a idade (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1993, p. 15).

Segundo Ilmarinen (2001), ações como: a formação/preparação dos supervisores para uma correta gestão do trabalhador em fase de envelhecimento, a implementação de melhorias ergonômicas, os programas de exercício físico no local de trabalho e a formação adequada para as novas tecnologias, podem melhorar a capacidade para o trabalho principalmente se estas medidas forem tomadas em conjunto.

Na Figura 6, pode-se observar como a promoção da capacidade para o trabalho pode levar a uma melhoria de produtividade e de qualidade do trabalho, numa melhor qualidade de vida e bem-estar do trabalhador em fase de envelhecimento (ILMARINEN, 2001).

Figura 6 – Resultado de uma boa Capacidade para o Trabalho.



Fonte: Adaptado de Ilmarinem (2001, tradução nossa).

O conceito finlandês de promoção da saúde no trabalho é manutenção da capacidade para o trabalho e tem como objetivos melhorar as condições, o ambiente e a organização do trabalho, promover a saúde e a competência profissional dos trabalhadores (ILMARINEN, 2006; LIIRA *et al.*, 2002).

Para Liira *et al.* (2002), o principal desafio das ações de manutenção da capacidade para o trabalho consiste em dar suporte aos trabalhadores e organizações para o controle da carga de trabalho e do *stress*, na manutenção da eficiência e da competitividade e em incentivar empresas a serem inovadoras e flexíveis e a manter os seus trabalhadores motivados e produtivos.

Tuomi *et al.* (1997) afirmam que a capacidade para o trabalho tem valor preditivo para invalidez, aposentadoria e mortalidade. Nos estudos do FIOH, entre os trabalhadores que apresentaram baixa capacidade para o trabalho em 1981,

62,2% estavam afastados recebendo pensão por invalidez e 11,6% tinham morrido ao final dos onze anos de seguimento, sendo estes percentuais mais elevados do que entre os trabalhadores que apresentaram uma melhor qualidade da capacidade para o trabalho no início do seguimento.

O fator “retorno do investimento” parece ser preponderante na decisão das instituições em tomar medidas relacionadas à prevenção da capacidade para o trabalho, conforme relata Martinez, Latorre e Fischer (2010), os efeitos dessas ações no nível macroeconômico, em termos de benefícios organizacionais e redução de custos, ainda são difíceis de quantificar, dado os inúmeros fatores intervenientes. Entretanto, as autoras assinalam que o custo dessas ações é menor que o custo do tratamento com as doenças relacionadas ao envelhecimento funcional.

Segundo Costa (2009), em suma, esta metodologia auxilia no desenvolvimento de medidas para intervir, promover e manter a saúde, prevenindo dessa forma a perda de capacidade para o trabalho e o desempenho profissional.

Martinez, Latorre e Fischer (2010, p. 1559) concluem que:

A manutenção da capacidade para o trabalho tem consequências positivas na determinação da saúde, bem-estar e empregabilidade dos trabalhadores, com benefícios para as organizações e para sociedade em função de seus impactos sobre a produtividade, absenteísmo e sobre os custos sociais decorrentes das pensões por incapacidade e da assistência às doenças.

Logo, o investimento na melhoria e na manutenção da capacidade para o trabalho além de prevenir a perda da capacidade funcional, a aposentadoria precoce e o aparecimento de doenças ocupacionais, reflete-se na qualidade de vida do trabalhador, mantendo as pessoas economicamente ativas e reduzindo, assim, custos para a sociedade, propiciando, ainda, o envelhecimento ativo do trabalhador (HILLESHEIN *et al.*, 2011).

## **2.7 Os estudos sobre a Capacidade para o Trabalho**

Os estudos que representaram o primeiro marco teórico importante neste campo de conhecimento foram desenvolvidos na década de 80 do século XX por pesquisadores finlandeses do *Finnish Institute of Occupational Health (FIOH)*.

Estes estudos analisaram uma coorte no período de 1981 a 1992 com a finalidade de avaliar se o critério de aposentadoria por idade vinculada ao tipo de trabalho continuava sendo adequado e, também, de verificar como fatores do trabalho, saúde, capacidade física, capacidade para o trabalho e esforço percebido, influenciariam o trabalhador em fase de envelhecimento (FISCHER *et al.*, 2005; ILMARINEN *et al.*, 1991a).

Outro seguimento, com 1.389 trabalhadores finlandeses, entre 1997 e 2000, mostrou que uma boa qualidade da capacidade para o trabalho esteve associada ao bem-estar mental, à menor exaustão emocional dos trabalhadores e a um elevado desempenho e capacidade competitiva das empresas (TUOMI *et al.*, 2004).

Segundo Ilmarinen (2006) e Tuomi *et al.* (2001), tomando como base estes estudos, foi estruturado um modelo para a manutenção da capacidade para o trabalho, integrando quatro diferentes áreas de ação: melhorias das condições de trabalho, melhorias na organização e no ambiente psicossocial do trabalho, promoção da saúde e dos recursos individuais e desenvolvimento de competência profissional.

Preocupados com as tendências demográficas mundiais que apontavam um elevado envelhecimento populacional, a OMS realizou em 1991, um encontro com instituições e estudiosos de diversos países objetivando analisar as mudanças na capacidade para o trabalho em decorrência do envelhecimento; estudar o envelhecimento do ponto de vista biológico, voltado às mudanças nas capacidades física e mental e à adaptação às exigências do trabalho; identificar os problemas de saúde relacionados às mudanças na capacidade para o trabalho à medida que se envelhece; definir áreas de promoção à saúde relacionadas ao envelhecimento da população trabalhadora e identificar lacunas de conhecimento e mais áreas a serem investigadas (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1993).

O *Work Ability Index (WAI)* foi desenvolvido pelos pesquisadores: Tuomi, Ilmarinen, Jankola, Katajarinne & Tulkki; do *FIOH*. E já foi traduzido em 26 diferentes línguas e tem sido utilizado mundialmente para identificar os fatores associados ao envelhecimento precoce no trabalho em diversas profissões.

~~~~~

A tradução e adaptação para o português – Índice de Capacidade para o Trabalho (ICT) foi realizada por uma equipe de pesquisadores da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo: Departamento de Saúde Ambiental; Universidade Federal de São Carlos: Departamento de Enfermagem; Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP: Departamento de Medicina Preventiva e Social, coordenada por Fischer e colaboradores, sendo editada em 1997 (BELLUSCI, 1998; FISCHER *et al.*, 2005; TUOMI *et al.*, 1997).

O questionário foi aplicado na forma de pré-teste, com participação de dezenas de trabalhadores e com a intenção de manter a linguagem o mais próximo possível do original. A escolaridade mínima definida foi a quarta série do ensino fundamental para viabilizar a compreensão das questões (TUOMI *et al.*, 2005).

A definição conceitual desse índice, apresentada pelo professor Ilmarinen durante suas apresentações no Brasil, é: “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 de suas capacidades físicas e mentais”.

Conforme Duran e Monteiro-Cocco (2004), com o desenvolvimento do ICT, torna-se capaz de comprovar – aliado a estudos de outros fatores – a perda precoce da capacidade para o trabalho, o que gera, também, um envelhecimento funcional precoce, que pode levar ao aumento de idosos no mercado de trabalho.

De acordo com Fischer *et al.* (2005), este instrumento destina-se a apoiar o trabalhador e pode ser usado desde quando o mesmo ingressa na força de trabalho, auxiliando nas atividades que mantenham a capacidade para o trabalho.

No Brasil, os estudos sobre o tema iniciaram no final da década de 90 com a tradução e adaptação do ICT para língua portuguesa.

Dos estudos brasileiros realizados com servidores do Judiciário e que utilizaram o ICT como ferramenta destaca-se os de Bellusci (1998, 2003) ambos com desenho longitudinal, que avaliaram o ICT nos anos de 1997 e de 2001, entre servidores ativos do Tribunal Regional Federal da 3ª Região, São Paulo. Onde os resultados evidenciaram que as características associadas à diminuição da capacidade para o trabalho foram ser do sexo feminino, ser separado, divorciado ou viúvo e ser portador de algum tipo de agravo (lesões nas costas, lesões nos braços

e pernas, doenças na coluna cervical, dor ciática, distúrbio emocional leve e gastrite ou duodenite).

Em relação às características da organização do trabalho Bellusci (1998, 2003) mostrou que a impossibilidade de exercer influência sobre o ritmo de trabalho, sobre o uso de tempo, sobre o planejamento de pausas e férias, impossibilidade de interação com os colegas durante o desenvolvimento das tarefas e de interação com os colegas fora do ambiente laboral também representaram fatores de risco para a diminuição da capacidade para o trabalho. Finalmente, as características do ambiente físico do trabalho como levantamento e transporte de pesos, sentir-se exposto a acidentes de trabalho, percepção de exposição ao frio e ao calor no ambiente de trabalho também foram identificadas como fatores de risco para a diminuição da capacidade para o trabalho.

Ainda nos referindo aos servidores do Judiciário, enfatizamos o estudo de Campos (2011), que avaliou os desconfortos musculoesqueléticos e sua relação com a capacidade para o trabalho em servidores do Tribunal Regional do Trabalho de Goiânia – GO. Tratou-se de um estudo transversal, com amostra de 155 servidores dos setores administrativos onde os resultados revelaram que a maioria dos servidores apresentou uma elevada prevalência de desconfortos musculoesqueléticos e uma capacidade para o trabalho classificada como moderada. As mulheres, alguns hábitos de vida e ocupacionais, as características ergonômicas do trabalho, as diferenças de idade e a presença de sintomas musculoesqueléticos também interferiram na capacidade para o trabalho.

O ambiente hospitalar, por sua natureza e característica, onde as atividades são frequentemente marcadas por divisão fragmentada de tarefas, rígida estrutura hierárquica para o cumprimento das rotinas, dimensionamento quantitativo e qualitativo insuficiente de pessoal, ocasionando altos índices de absenteísmo e afastamento por doenças, foi o local onde verificamos mais estudos brasileiros publicados no intervalo entre 1998 – 2012. Dentre 74 pesquisas divulgadas, 23 foram realizadas neste ambiente de trabalho:

Bellusci *et al.* (1999) realizaram um estudo transversal com 1682 trabalhadores de um hospital filantrópico de São Paulo com o objetivo de determinar a capacidade para o trabalho de profissionais de diversas áreas ligadas à saúde

(médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, psicólogos, fisioterapeutas e nutricionistas). Apontaram para a relevância de estressores ambientais e organizacionais do ambiente de trabalho e seu possível impacto sobre a saúde dos trabalhadores em geral e demonstraram a importância da função profissional na perda da capacidade para o trabalho.

Borges (2002) avaliou os impactos dos turnos fixos noturnos de 12 horas de trabalho seguidas por 36 horas de descanso no sono dos 148 trabalhadores da área da saúde do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo e concluiu que quanto maior a perda da capacidade (menor escore para ICT) maior a projeção da fadiga sobre o corpo e também maior o escore geral da fadiga.

Andrade (2002) avaliou a capacidade para o trabalho dos 69 trabalhadores do Serviço de Higiene e Limpeza de um hospital universitário de Campinas, São Paulo. Observou que um número considerável de trabalhadores apresentou ICT moderado ou ruim e que a menor capacidade foi observada no grupo de mais idade (50 - 60 anos).

Martins (2002) pesquisou os profissionais da enfermagem com o objetivo de investigar a qualidade de vida e a capacidade para o trabalho dos 168 profissionais da enfermagem de um hospital público do Paraná e sua relação com os turnos de trabalho e concluiu que houve uma forte associação entre a qualidade de vida e a capacidade para o trabalho, pois quanto mais alto os escores de ICT mais alto também foram os escores de qualidade de vida.

Duran (2002) também avaliou a capacidade para o trabalho entre 54 trabalhadores da enfermagem no serviço de urgência (Pronto Socorro) do Hospital das Clínicas da UNICAMP e observou uma perda precoce para o trabalho mais acentuada nos trabalhadores mais jovens.

No ano seguinte, Chillida (2003) avaliou a capacidade para o trabalho dos 312 trabalhadores da enfermagem que trabalham em período noturno no Hospital das Clínicas da UNICAMP e concluiu que a idade e o tempo de trabalho no hospital são as variáveis que mais influenciaram o ICT, aumentando as chances dos trabalhadores apresentarem ICT baixo/moderado.

O estudo de Moreno (2004) com 269 trabalhadores da enfermagem de Centros de Saúde e Hospital Geral de Campinas - São Paulo, com o objetivo de conhecer a prevalência da violência no local de trabalho e a capacidade para o trabalho entre os trabalhadores e a possível associação entre essas variáveis, encontrou associação estatística significativa entre ter sofrido violência e capacidade para o trabalho, sendo que os trabalhadores que sofreram violência apresentaram em média dois pontos a menos no ICT.

Gonçalves e Fischer (2004) avaliaram as condições do ambiente de trabalho de 12 auxiliares de enfermagem do setor de ortopedia de um hospital público de São Paulo e concluíram que devido ao número reduzido de trabalhadores no período noturno, muitas vezes a carga de trabalho aumenta dependendo do número de pacientes, podendo trazer consequências negativas para a saúde dos funcionários.

No ano seguinte, Fischer *et al.* (2005) pesquisaram 696 profissionais da equipe de enfermagem de um hospital público de São Paulo, analisaram as variáveis associadas ao ICT inadequado e detectaram alta prevalência da perda de capacidade para o trabalho (escores abaixo de 37 pontos) na população estudada.

Ainda no mesmo ano, Raffone e Hennington (2005) avaliaram a capacidade funcional dos 885 trabalhadores de enfermagem de um complexo hospitalar e sua relação com características individuais e de trabalho. Encontraram que a capacidade para o trabalho foi considerada boa em mais de 80% dos trabalhadores.

Machado e Anjos (2009) analisaram o ICT de 74 funcionários da Gerência de Assistência Nutricional da Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará e os trabalhadores em sua maioria, apresentaram uma boa capacidade para o trabalho.

No mesmo ano, Vasconcelos (2009) analisou os fatores associados à capacidade inadequada para o trabalho e à percepção de alta fadiga entre 272 trabalhadores da enfermagem do Hospital de Urgência e Emergência de Rio Branco – AC e revelou que as associações significativas à perda da capacidade para o trabalho foram: sexo, outro vínculo empregatício, número de funcionários insuficientes, tarefas repetitivas e monótonas, referência a três ou mais morbidades sem diagnóstico médico e alto nível de fadiga.

No ano seguinte, Silva Júnior (2010) avaliou as propriedades psicométricas da versão brasileira do ICT aplicando em 80 trabalhadores de enfermagem de hospitais públicos do Rio de Janeiro e concluiu que os resultados aceitáveis em relação à estabilidade dão suporte adicional para a aplicabilidade do índice em pesquisas na área de saúde ocupacional.

Silva *et al.* (2010) verificou a capacidade para o trabalho entre 98 trabalhadores de higiene e limpeza do Hospital Regional do Norte do Paraná e destacou o envelhecimento dos trabalhadores, predominantemente no sexo feminino e identificou que 45,9% dos entrevistados obtiveram um ICT bom, 23,5% ótimo, 22,4% moderado e 8,2% baixo.

Negeliskii (2010) em seu estudo com 368 enfermeiros do Grupo Hospitalar Conceição de Porto Alegre, cujo objetivo foi de avaliar a relação entre o estresse laboral e a capacidade para o trabalho, afirmou que não há correlação entre o estresse e a capacidade para o trabalho no grupo estudado.

Hilleshein (2011) e Hilleshein *et al.* (2011), estudaram, respectivamente, a capacidade para o trabalho de 425 enfermeiros do Hospital das Clínicas de Porto Alegre e de 93 enfermeiros de um hospital universitário do Rio Grande do Sul. No primeiro estudo, houve correlação significativa do ICT com a remuneração, satisfação com o local de trabalho, sentimento de valorização por parte da instituição e turno de trabalho e no segundo, observaram-se correlações entre o ICT e idade, tempo de trabalho, e horas de sono.

Monteiro *et al.* (2011) em seu estudo com 241 auxiliares de enfermagem de uma instituição pública de saúde de São Paulo cujo objetivo era de analisar a capacidade para o trabalho desses profissionais, encontraram associação significativa em relação à idade (os mais velhos), ao tempo de trabalho na instituição (o mais antigo), o índice de massa corpórea (obesidade) e a capacidade de trabalho atual.

Silva (2011); Silva, Rotenberg e Fischer (2011) estudaram, respectivamente, 100 trabalhadores da enfermagem e 696 trabalhadores de um Hospital Universitário de São Paulo. No primeiro estudo, os resultados mostraram que as variáveis independentes de fadiga, tempo de trabalho na instituição e função de técnico de enfermagem, comparada a de enfermeiro, apresentam diferença significativa com o

ICT, já no segundo estudo, nenhuma das variáveis ligadas às jornadas de trabalho se associou significativamente ao baixo Índice de Capacidade para o Trabalho.

Os trabalhadores da enfermagem também foram pesquisados por Dionísio *et al.* (2011) e Magnago *et al.* (2011). Os seus estudos objetivaram, respectivamente, compreender o trabalho dos auxiliares e técnicos em enfermagem que trabalham na central de distribuição de materiais de um Hospital de Clínicas de uma cidade mineira analisando suas exigências, constrangimento e repercussões na saúde e identificar a capacidade para o trabalho dos profissionais de enfermagem de um Hospital Universitário público do Rio Grande do Sul. Os resultados mostraram que na central de distribuição foi encontrado um ICT médio de 43, 66 (DP \pm 5), variando de bom para excelente e identificou-se uma associação positiva entre dor musculoesquelética de intensidade forte a insuportável e redução da capacidade para o trabalho nos trabalhadores de enfermagem do Hospital Universitário em estudo.

O estudo mais recente sobre capacidade para o trabalho em profissionais do ambiente hospitalar é o de Fischer e Martinez (2012), cujo objetivo foi de avaliar os fatores associados à capacidade para o trabalho dos 76 trabalhadores do serviço de alimentação de um Hospital de São Paulo e concluíram que os fatores associados os ICT foram: a idade, mais compromisso, a relação esforço-recompensa e acidentes de trabalho.

Outra classe de trabalhadores que merece atenção é a docente. Pelo fato de passarem muito tempo entre a postura em pé ou sentada e, neste caso, utilizando cadeiras e mesas desconfortáveis e que não preenchem requisitos indicados ergonomicamente; executarem movimentos repetitivos ao apagar o quadro, o que ainda os faz elevar os braços acima do nível do ombro, devem ser considerados, pois, podem fadigar grupos musculares e mesmo lesionar articulações.

Estes fatores, portanto fazem parte do contexto do ambiente ocupacional, que provocam desgaste físico e mental, podendo gerar ou acelerar o processo de doença que afetam, em especial, o sistema osteomuscular dos indivíduos, causando-lhe sérias afecções relacionadas ao trabalho (SANTOS *et al.*, 2009).

O trabalho docente foi pesquisado por Vedovato (2007), cujo objetivo foi de avaliar a capacidade para o trabalho associada às condições de vida, estilo de vida e trabalho entre 258 professores do ensino fundamental e médio de escolas públicas estaduais de Campinas e São José do Rio Pardo. Concluiu-se que as variáveis estatísticas mais significantes para a diminuição do ICT foram: sexo feminino, saúde comparada com a de outras pessoas da mesma idade como sendo pior ou igual, uso de medicamentos, dormir menos de 6 horas por noite, não conseguir dormir bem à noite e tempo de atuação como professor igual ou superior a 20 anos de trabalho.

Marqueze e Moreno (2009) também pesquisaram o trabalho docente, verificando a correlação entre satisfação no trabalho e capacidade para o trabalho de 154 docentes universitários. Afirmaram que o aumento da satisfação no trabalho pode melhorar a capacidade para o trabalho entre os professores.

No ano seguinte, Giannini (2010) e Lopes (2010) estudaram, respectivamente, 272 professoras da rede municipal de São Paulo e 31 professores de uma instituição de Ensino Superior do Vale dos Sinos. No primeiro estudo, verificou-se associação entre baixa capacidade para o trabalho e distúrbio de voz, e no segundo, concluiu-se que os professores avaliados apresentam uma capacidade para o trabalho dentro da normalidade, considerando que a maioria apresentou boa e ótima capacidade para o trabalho.

O trabalho dos educadores também foi pesquisado por Alves (2011) com o objetivo de analisar a associação entre a presença de distúrbio de voz e capacidade para o trabalho em 272 docentes do sexo feminino da rede municipal de São Paulo. Foi possível concluir que as docentes que apresentaram distúrbio de voz tinham maior chance de perder a capacidade para o trabalho.

Além dos estudos acima citados, foram identificados outros avaliando a capacidade para o trabalho em populações específicas: Beltrame (2009); Meira (2004); Ornellas (2004); Renosto (2006) junto a metalúrgicos; Diniz *et al.* (2010); Massola (2007); Metzner (2004); Walsh (2004) em trabalhadores fabris; Masson (2009); Sá; Gomes e Silva (2005); Sampaio *et al.* (2009) com motoristas de ônibus; Boldori (2002); Silveira (1998) junto a bombeiros; Martinez (2002); Martinez e Latorre (2006) em trabalhadores de uma empresa de auto-gestão em saúde e previdência privada.

Encontramos ainda, os estudos de Biff (2006); Hodge (2006); Costa *et al.* (2012) junto a trabalhadores de indústrias; Faggion (2006); Monteiro e Fernandes (2006) com trabalhadores das telecomunicações; Martinez (2006); Rabacow (2008) junto a trabalhadores do setor elétrico; Bomfim (2009); Carregaro e Rodrigues (2009) com trabalhadores do setor administrativo; Monteiro (1999) em trabalhadores de um Centro de Pesquisa; Metzner (2000) em trabalhadores da indústria têxtil; Wainstein (2000) com telejornalistas; Cantero *et al.* (2001) em trabalhadores de Recursos Humanos de uma empresa de papel e celulose; Monteiro-Cocco (2002) nos trabalhadores da tecnologia da informação; Fernandes (2003) em terceirizados de empresas de alta tecnologia; Gradiski (2004) com trabalhadores do ramo frigorífico; Zeni (2004) com trabalhadores idosos; Rezende, Maria e Espíndula (2006) com trabalhadores do ramo farmacêutico.

Os estudos de Góes (2007) com trabalhadores de abatedouro de aves; Gaspar; Selau e Amaral (2008) com policiais rodoviários; Figueiredo (2008) junto a trabalhadores da galvanoplastia; Welle (2008) junto a trabalhadores rurais; Carlos (2009) junto a trabalhadores de lavanderias; Assunção, Sampaio e Nascimento (2010) com trabalhadores do setor de alimentos e bebidas; Menegon (2011) junto a operadores de montagem estrutural de aeronaves; Padula *et al.* (2011) com trabalhadores do setor de limpeza; Salgado *et al.* (2011) junto a trabalhadores da agropecuária; Bagalhi e Alqualo-Costa (2011) com Fisioterapeutas e Manzoli (2011) junto a trabalhadores do mercado hortifrutigranjeiro.

2.8 A Justiça do Trabalho

Sem trabalho, toda vida apodrece.
Mas, sob um trabalho sem alma, a vida sufoca e morre.
Albert Camus

Martins Filho (2002, p. 187), em sua "Breve História da Justiça do Trabalho", preleciona:

É unânime o reconhecimento de que os primeiros organismos especializados na solução dos conflitos entre patrões e empregados a respeito do contrato de trabalho surgiram na *França*: foram os *Conseils de Prud'hommes*, em 1806.

Diante da experiência bem sucedida, outros países europeus foram seguindo o exemplo, instituindo organismos independentes do Poder Judiciário, inseridos como *órgãos especializados* do mesmo, para a apreciação das causas trabalhistas, buscando, primariamente, a conciliação, mais do que a imposição de uma solução pelo Estado.

No Brasil, atualmente, a Justiça do Trabalho está inserida no Poder Judiciário, mas nem sempre foi assim. O primeiro órgão, embora de natureza civil, foi o Tribunal Rural de São Paulo, criado 1922, pelo então governador Washington Luiz.

A Justiça do Trabalho foi instalada no dia 1º de maio de 1941 - Dia do Trabalho, pelo então Presidente Getúlio Vargas. No dia 02, registrava-se o discurso de instalação da Justiça do Trabalho feito pelo Presidente da República em ato público realizado no campo de futebol do Vasco da Gama, no Rio de Janeiro, capital da República.

De acordo com Ghisleni Filho e Pasin (2011, p. 28), transcreveu-se, a seguir, parte do referido discurso:

A Justiça do Trabalho, que declaro instalada neste histórico primeiro de maio, tem essa missão. Cumpra-lhe defender de todos os perigos a nossa modelar legislação social-trabalhista, aprimorá-la pela jurisprudência coerente e pela retidão e firmeza das sentenças. Da nova magistratura outra coisa não espera o governo, empregados e empregadores, e a esclarecida opinião nacional. Mas não terminou a nossa tarefa. Temos a enfrentar corajosamente sérios problemas de melhoria das nossas populações, para que o conforto, a educação e a higiene não sejam privilégios de regiões ou zonas.

O Decreto nº 22.132, de 25.11.1932⁷, modificado pelo Decreto nº 24.472⁸, de 14.07.1934, instituiu as Juntas de Conciliação e Julgamento (JCJs), que julgavam os dissídios individuais de trabalho.

⁷ BRASIL. **Decreto n. 22.132, de 25 de Novembro de 1932**. Institui as Juntas de Conciliação e Julgamento e regulamenta as suas funções. Rio de Janeiro, RJ, 1932. Disponível em: <<http://www2.camara.gov.br/legin/fed/decret/1930-1939/decreto-22132-25-novembro-1932-526777-retificacao-82733-pe.html>>. Acesso em: 20 jan. 2011.

⁸ BRASIL. **Decreto n. 24.472, de 27 de Junho de 1934**. Dá nova redação ao art. 180 do regulamento que baixou com o decreto n. 17.770, de 13 de abril de 1927. Rio de Janeiro, RJ, 1934. Disponível em: <<http://www2.camara.gov.br/legin/fed/decret/1930-1939/decreto-24472-27-junho-1934-515188-publicacaooriginal-1-pe.html>>. Acesso em: 20 jan. 2011.

As JCs eram compostas por um Presidente, estranho aos interesses das partes e, de preferência, membro da Ordem dos Advogados do Brasil, e de dois vogais⁹, um dos Empregados e um dos Empregadores, além de dois Suplentes, escolhidos com base em listas remetidas ao Departamento Nacional do Trabalho, pelos sindicatos e associações (BRASIL, 1932, 1934).

O Poder Judiciário teve formas diversas ao longo da história brasileira. Tais modificações em suas estruturas não ocorreram de forma linear ou progressiva, mas se constituíram, muitas vezes, em movimentos de avanços em determinadas direções e recuos, como por exemplo, a criação e posterior extinção de órgãos, que depois foram novamente integrados à estrutura do Poder Judiciário. Interessa dizer que sua estrutura foi se tornando cada vez mais complexa e a demanda por seus serviços, crescente.

Com a Constituição de 1988, aumentou a autonomia administrativa e financeira do Poder Judiciário, que passou a elaborar orçamento próprio junto ao Executivo, a ser submetido ao Congresso Nacional. Ocorreram ainda ampla reorganização e redefinição das atribuições dos órgãos do Poder Judiciário, incluindo a extinção do Tribunal Federal de Recursos, a criação do Superior Tribunal de Justiça e dos Tribunais Regionais Federais, cujo objetivo foi descentralizar a justiça de 2ª instância. Além disso, também se atribuiu aos Estados a organização de sua Justiça.

Segundo o Artigo 92 da Constituição Federal de 1988¹⁰, são órgãos do Poder Judiciário (BRASIL, 1988):

- I - o Supremo Tribunal Federal;
- I-A o Conselho Nacional de Justiça;
- II - o Superior Tribunal de Justiça;
- III - os Tribunais Regionais Federais e Juízes Federais;

⁹ De acordo com o Supremo Tribunal de Justiça, Juiz vogal ou Juiz classista era um tipo de juiz não togado, representante do empregador ou do empregado, que atuava nas Juntas de Conciliação e Julgamento da Justiça do Trabalho. Outras denominações utilizadas são: "juiz leigo", pois não necessitava ser bacharel em Direito, ou "juiz temporário", pois sua investidura não podia ultrapassar três anos, prorrogável por dois períodos, proibida a recondução. Disponível em: <<http://www.stf.jus.br/portal/cms/verNoticiaDetalhe.asp?idConteudo=110490&tip=UN>>. Acesso em: 02 maio 2012.

¹⁰ BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. São Paulo: IMESP, 1988.

- IV - os Tribunais e Juízes do Trabalho;
- V - os Tribunais e Juízes Eleitorais;
- VI - os Tribunais e Juízes Militares;
- VII - os Tribunais e Juízes dos Estados e do Distrito Federal e Territórios.

A Justiça do Trabalho é um ramo do Poder Judiciário que tem por finalidade dirimir as questões decorrentes da relação de emprego, cuja competência é estabelecida na Constituição Federal Artigo 114 (BRASIL, 1988):

Compete à Justiça do Trabalho processar e julgar:

I as ações oriundas da relação de trabalho, abrangidos os entes de direito público externo e da administração pública direta e indireta da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios;

II as ações que envolvam exercício do direito de greve;

III as ações sobre representação sindical, entre sindicatos, entre sindicatos e trabalhadores, e entre sindicatos e empregadores;

IV os mandados de segurança, habeas corpus e habeas data, quando o ato questionado envolver matéria sujeita à sua jurisdição;

V os conflitos de competência entre órgãos com jurisdição trabalhista, ressalvado o disposto no art. 102, I, o;

VI as ações de indenização por dano moral ou patrimonial, decorrentes da relação de trabalho;

VII as ações relativas às penalidades administrativas impostas aos empregadores pelos órgãos de fiscalização das relações de trabalho;

VIII a execução, de ofício, das contribuições sociais previstas no art. 195, I, a, e II, e seus acréscimos legais, decorrentes das sentenças que proferir;

IX outras controvérsias decorrentes da relação de trabalho, na forma da lei.

§ 1º - Frustrada a negociação coletiva, as partes poderão eleger árbitros.

§ 2º Recusando-se qualquer das partes à negociação coletiva ou à arbitragem, é facultado às mesmas, de comum acordo, ajuizar dissídio coletivo de natureza econômica, podendo a Justiça do Trabalho decidir o conflito, respeitadas as disposições mínimas legais de proteção ao trabalho, bem como as convencionadas anteriormente.

§ 3º Em caso de greve em atividade essencial, com possibilidade de lesão do interesse público, o Ministério Público do Trabalho poderá ajuizar dissídio coletivo, competindo à Justiça do Trabalho decidir o conflito.

O Tribunal Regional do Trabalho da 6ª Região, por sua vez, tem competência para decidir sobre as questões trabalhistas ocorridas no âmbito do Estado de Pernambuco.

A Reforma do Judiciário, implementada pela Emenda Constitucional nº 45, de dezembro de 2004¹¹, trouxe importantes inovações no âmbito do sistema judiciário brasileiro, voltadas aos objetivos do aumento da transparência e eficiência do Judiciário e capazes de fomentar a realização do princípio da segurança jurídica em um maior grau (BRASIL, 2004).

Nesse sentido, destaca-se, a criação do Conselho Nacional de Justiça (CNJ), órgão de controle do Poder Judiciário, composto por representantes da magistratura, do ministério público, da advocacia e da sociedade civil, e encarregado de realizar a supervisão da atuação administrativa e financeira do Judiciário

No Brasil, como a autonomia e a independência do Poder Judiciário já são amplamente asseguradas desde a Constituição de 1988, a instituição do Conselho Nacional de Justiça visou, sobretudo, à adoção de mecanismos de controle eficaz da atividade administrativa dos vários órgãos jurisdicionais.

Constitui-se, pois, o Conselho Nacional de Justiça, mais como órgão de coordenação e planejamento das atividades administrativas do Poder Judiciário, do que propriamente como órgão disciplinador.

2.9 O Tribunal Regional do Trabalho de Pernambuco

O Tribunal Regional do Trabalho da 6ª Região surgiu no estado de Pernambuco, em 1941, nesse momento como órgão ainda não pertencente ao Poder Judiciário, denominado Conselho Regional do Trabalho (CRT) e sua área de atuação compreendia os estados de Pernambuco, Paraíba, Alagoas e Rio Grande do Norte, contendo cinco Juntas de Conciliação e Julgamento (JCJ), as quais eram compostas por quatro Vogais, dois sem representação, um representante dos empregados e um representante dos empregadores.

¹¹ BRASIL. **Emenda Constitucional n. 45, de 30 de dezembro de 2004**. Altera dispositivos dos arts. 5º, 36, 52, 92, 93, 95, 98, 99, 102, 103, 104, 105, 107, 109, 111, 112, 114, 115, 125, 126, 127, 128, 129, 134 e 168 da Constituição Federal, e acrescenta os arts. 103-A, 103B, 111-A e 130-A, e dá outras providências. Brasília, DF, 2004. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc45.htm>. Acesso em: 20 jan. 2011.

Apesar de independente do Poder Executivo e da Justiça Comum para a execução de suas decisões, não pertencia ao Poder Judiciário, o que só se deu com a Constituição de 1946, quando lhe foi dada a atual estrutura e a qualificação de Justiça Federal, pelo Decreto-Lei nº. 9.797, de 09.09.1946¹², que organizou, portanto, como órgão do Poder Judiciário (BRASIL, 1946).

Em 1948 foi criado o Quadro de Pessoal da Justiça do Trabalho, com a promulgação da Lei n. 409, de 25.09.1948¹³, passando os servidores a também fazer parte do Poder Judiciário (BRASIL, 1948).

Até 1962, além das cinco Juntas de Conciliação e Julgamento já existentes, foram criadas mais nove em toda a área de abrangência da 6ª Região, com o respectivo quadro de pessoal.

Em 1970, a Lei n. 5.560, de 11.12.1970¹⁴, criou 12 novas Juntas de Conciliação e Julgamento, entretanto este ato não foi acompanhado da criação do respectivo quadro de pessoal, sendo essas unidades supridas por servidores postos a disposição pelos governos estaduais e municipais interessados na implantação das citadas Juntas. Também foram contratados alguns servidores sob o regime da Consolidação das Leis do Trabalho (BRASIL, 1970).

Esta prática ainda é comum nas cidades do interior do estado, devido ao difícil acesso, distância da capital e baixo número de funcionários do quadro, sendo algumas vezes firmadas parcerias entre as prefeituras interessadas que cedem alguns servidores além do terreno para a construção das Varas do Trabalho.

¹² BRASIL. **Decreto-Lei n. 9.797, de 09 de setembro de 1946**. Altera disposições da Consolidação das Leis do Trabalho referentes à Justiça do Trabalho, e dá outras providências. Rio de Janeiro, RJ, 1946. Disponível em: <<http://www81.dataprev.gov.br/sislex/paginas/24/1946/9797.htm>>. Acesso em: 21 jan. 2011.

¹³ BRASIL. **Lei n. 409, de 25 de setembro de 1948**. Cria os quadros do pessoal da Justiça do Trabalho e dá outras providências. Rio de Janeiro, RJ, 1946. Disponível em: <<http://www.jusbrasil.com.br/legislacao/103678/lei-409-48>>. Acesso em: 21 jan. 2011.

¹⁴ BRASIL. **Lei n. 5.650, de 11 de dezembro de 1970**. Cria na Justiça do Trabalho das 6ª e 7ª Regiões 20 Juntas de Conciliação e Julgamento e dá outras providências. Brasília, DF, 1970. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L5650.htm>. Acesso em: 21 jan. 2011.

Desde a sua criação, o Tribunal do Trabalho ocupou várias instalações, a exemplo do prédio da Delegacia Regional do Trabalho, do Palácio da Justiça, do Prédio do Diário da Manhã e do edifício do IAPC. Em 1972, o TRT e as Juntas de Conciliação e Julgamento se mudaram para sua sede própria no Cais do Apolo, denominado Fórum Agamenon Magalhães, até hoje em funcionamento.

A criação da Associação dos Servidores da Justiça do Trabalho da 6ª Região (ASTRA 6) aconteceu em 1974 e no ano seguinte foi também criada a Associação dos Magistrados da Justiça do Trabalho da 6ª Região (AMATRA 6). Ambas são ligadas às respectivas associações nacionais – a Associação Nacional dos Servidores da Justiça do Trabalho (ANAJUSTRA) e a Associação Nacional dos Magistrados da Justiça do Trabalho (ANAMATRA).

Em 1985, devido ao grande crescimento econômico e demandas trabalhistas dos estados que formava o TRT6, uma nova reestruturação geográfica se fez necessária e sua jurisdição foi reduzida com a criação do Tribunal Regional da Paraíba (13ª Região - Lei n. 7.324, de 18.06.1985¹⁵).

Em 1991, a Lei n. 8.215, de 25.07.1991¹⁶, cria a 21ª Região do estado do Rio Grande do Norte e a Lei n. 8.219, de 29.08.1991¹⁷, cria a 19ª Região do estado de Alagoas, ficando a 6ª Região apenas com o estado de Pernambuco.

Em 1992, diante da grande demanda de trabalho, o TRT realiza um concurso público para vários cargos entre eles, médicos e dentistas, ampliando e consolidando de forma definitiva o Setor de Saúde deste Regional. A partir de 1994 várias ações na área da gestão de pessoas foram implementadas pela administração do TRT.

¹⁵ BRASIL. **Lei n. 7.324, de 18 de junho de 1985.** Cria a 13ª Região da Justiça do Trabalho e o Respectivo Tribunal Regional do Trabalho, Institui a Correspondente Procuradoria Regional do Ministério Público da União Junto à Justiça do Trabalho, e dá outras Providências. Brasília, DF, 1985. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L7324.htm>. Acesso em: 21 jan. 2011.

¹⁶ BRASIL. **Lei n. 8.215, de 25 de julho de 1991.** Cria o Tribunal Regional do Trabalho da 21ª Região. Brasília, DF, 1991. Disponível em: <<http://www.jusbrasil.com.br/legislacao/103642/lei-8215-91>>. Acesso em: 21 jan. 2011.

¹⁷ BRASIL. **Lei n. 8.219, de 29 de agosto de 1991.** Cria o Tribunal Regional do Trabalho da 19ª Região. Brasília, DF, 1991. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8219.htm>. Acesso em: 21 jan. 2011.

~~~~~

A 6ª Região foi dividida em sete pólos estratégicos no estado com vistas a racionalizar a implantação de programas nas áreas de saúde, pessoal, administração e recursos humanos. Os pólos criados foram: Sede, formado pelas Juntas da Capital e Região Metropolitana e os municípios de Catende, Carpina, Pesqueira, Serra Talhada, Araripina e Petrolina.

Neste mesmo ano, foi iniciado o processo de informatização do Tribunal, o que contribuiu para tornar mais célere os serviços prestados, exigindo de todo pessoal sua capacitação para a utilização de novas ferramentas de informática.

Em julho de 1995, o sistema de informática desenvolvido pela própria instituição foi implantado nas diversas Juntas e na Distribuição de Feitos do Recife, beneficiando cerca de 50 mil processos e dando mais agilidade a distribuição dos processos na 1ª instância.

Em 1996 ingressaram através de concurso público, vários profissionais da área de recursos humanos com o objetivo de dar continuidade a essa política na instituição, iniciada no ano anterior. São admitidos Médicos do Trabalho, Assistentes Sociais, Enfermeiros e Psicólogos, que passam a compor o quadro de pessoal multiprofissional do Serviço de Saúde e do Centro de Capacitação e Informática. No ano seguinte, o Serviço de Saúde passa ocupar novas instalações, ampliando seu espaço físico.

Em junho de 2001 foi criada a Ouvidoria com o objetivo de ser um canal de comunicação com a sociedade, a fim de prestar-lhes informações sobre processos e serviços oferecidos pela Justiça do Trabalho, além de esclarecer dúvidas, aumentando a transparência na ação do Tribunal. Foi a primeira a ser instalada no norte e nordeste. De acordo com a Resolução de criação da Ouvidoria, os cargos de Ouvidor Geral e Ouvidor Substituto deverão ser ocupados por juízes de 1ª instância, sendo este indicado inicialmente pela presidência do órgão e depois passando a indicação a ser da Corregedoria.

Embora a ouvidoria tenha sido criada principalmente para interagir com o usuário externo do Tribunal, esta também passou a receber queixas, sugestões e dúvidas de natureza administrativa, podendo ser utilizada inclusive para ser um canal de comunicação de casos de violência no local de trabalho, a exemplo do assédio moral.

Ainda em 2001, com a ampliação dos quadros do Serviço de Saúde foi instituído oficialmente o Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional (PCMSO), por meio do Ato n. 305, de 19.07.2001<sup>18</sup>, cujo objetivo principal foi proporcionar a melhoria contínua da qualidade de vida no trabalho, através de ações efetivas voltadas para a prevenção de agravos à saúde dos magistrados e servidores, que possam resultar da interação inadequada entre o homem e o seu trabalho ou o ambiente e as condições em que este se realiza (BRASIL, 2001).

O presente Ato baseia-se na Portaria n. 3.214, de 08.06.1978<sup>19</sup> e na Portaria n. 24, de 29.12.1994<sup>20</sup>, do Ministério do Trabalho, que aprova o texto da Norma Regulamentadora n. 7 (NR-7) antes tratando do Exame Médico, agora intitulada de PCMSO (BRASIL, 1978, 1994).

Mesmo entendendo não ser a NR-7 aplicável obrigatoriamente a órgãos e instituições públicas, o TRT6 adotou o procedimento de aplicá-la, por ser o PCMSO um programa de grande impacto social que, indo além da obrigatoriedade, objetiva principalmente o cuidado com a saúde de seus magistrados e servidores.

Junto com o PCMSO também foram instituídos outros programas de promoção da saúde e qualidade de vida no trabalho, tais como o Programa de Apoio Sócio Funcional; o Programa de Controle das Doenças Crônicas Degenerativas, o Programa de Combate às Dependências Químicas, o Programa de Prevenção das LER/DORT e posteriormente o Programa de Saúde Mental.

---

<sup>18</sup> BRASIL. TRIBUNAL REGIONAL DO TRABALHO DA 6ª REGIÃO. **Ato TRT n. 305, de 19 de julho de 2001**. Implanta no âmbito do Tribunal Regional do Trabalho da Sexta Região, o Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional – PCMSO. Recife, PE, DOE/PE, 01 set. 2001. Disponível em: [http://www1.trt6.gov.br/consulta\\_normas/index.php?boxaction=exibeConsultaNorma&tipoNorma=1&noNorma=2001](http://www1.trt6.gov.br/consulta_normas/index.php?boxaction=exibeConsultaNorma&tipoNorma=1&noNorma=2001). Acesso em: 21 jan. 2011.

<sup>19</sup> BRASIL: MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO. **Portaria n. 3.214, de 08 de junho de 1978**. Aprova as normas regulamentadoras - NR, do Capítulo V do Título II, da Consolidação das Leis do Trabalho, relativo à segurança e medicina do trabalho. Brasília, DF, 1978. Disponível em: <<http://www.normaslegais.com.br/legislacao/trabalhista/portariante3214.htm>>. Acesso em: 21 jan. 2011.

<sup>20</sup> BRASIL: MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO. **Portaria n. 24, de 29 de dezembro de 1994**. Aprova o texto da Norma Regulamentadora n. 07. Brasília, DF, 1994. Disponível em: <[http://portal.mte.gov.br/data/files/FF8080812BE914E6012BEA45527A151A/p\\_19941229\\_24.pdf](http://portal.mte.gov.br/data/files/FF8080812BE914E6012BEA45527A151A/p_19941229_24.pdf)>. Acesso em: 21 jan. 2011.

Em 2005, com o objetivo de melhorar as condições de trabalho da Primeira Instância para enfrentar a crescente demanda pelos serviços da Justiça do Trabalho, foram transferidas para o novo Fórum Advogado José Barbosa de Araújo, localizado no Edifício SUDENE, todas as Varas do Trabalho da Capital, além da criação de mais três novas, totalizando 23 Varas. Também foram empreendidos esforços para melhorar os ambientes físicos, renovar os equipamentos e programas de informática e de reciclar os conhecimentos dos servidores e magistrados.

Entre os anos de 2007 e 2008, foi inaugurada a Escola Judicial do Tribunal Regional do Trabalho da Sexta Região (EJ-TRT6) e foi realizado o primeiro curso por meio da tecnologia do Ensino à Distância (EAD), voltado para a área de cálculos trabalhistas, realizado pela Coordenação de Desenvolvimento de Pessoal (CDP) sendo também implementadas pela Secretaria de Recursos Humanos várias ações de aperfeiçoamento do corpo funcional como o Programa de Desenvolvimento de Competências, de Desenvolvimento Gerencial, o Programa de Pós-Graduação, além, de vários cursos e palestras.

Na área de saúde e qualidade de vida, foram implantados o Programa de Preparação para a Aposentadoria (PPA), a ampliação do PCMSO, a Ginástica Laboral, o Programa Mexa-se, que oferece atividades físicas e de relaxamento como dança de salão, *yoga* e *shiatsu* no local de trabalho aos servidores e magistrados.

Também neste ano, o TRT investe na formação dos dois primeiros dentistas, especialistas em Odontologia do Trabalho, não só do seu quadro de funcionários, mas do estado de Pernambuco.

No ano de 2008, a Justiça do Trabalho e todos os demais órgãos integrantes do Poder Judiciário brasileiro pactuaram o compromisso intitulado “Carta de Brasília”, comprometendo todos os órgãos com a elaboração do planejamento do judiciário e a integração de uma série de ações.

O acervo referente às atividades de caráter permanente da 1ª e 2ª Instâncias, produzidas ao longo dos quase 64 anos de história do Tribunal, resultou na necessidade de um espaço que pudesse acomodar um rico e diversificado patrimônio que compõe, hoje, sua memória administrativa e jurisdicional.



Criado em 15 de janeiro de 2009, pela Resolução Administrativa n. 001/2009<sup>21</sup>, o Memorial da Justiça do Trabalho é uma instituição cultural vinculada ao Tribunal Regional do Trabalho da Sexta Região, que promove, sem fins lucrativos, ações de guarda e preservação de documentos iconográficos e processuais trabalhistas, por intermédio do seu arquivo histórico e museu. O Memorial oferece à sociedade um importante espaço de divulgação da memória do TRT, seja na forma de exposições ou de eventos culturais que têm por finalidade disponibilizar um mosaico da história desta Justiça Especializada em Pernambuco.

Permanentemente aberta ao público visitante, a exposição Trabalho, Justiça e Cidadania: os lugares da Memória Trabalhista traz peças documentais que contam a trajetória da Justiça do Trabalho no Estado desde sua criação, em 1946, até os dias atuais, como mobiliário e outros objetos de época, imagens da criação das Varas, fotos do cotidiano jurídico, da Galeria dos ex-Presidentes, além de processos e carteiras de trabalho infantil, selos, medalhas etc.

Em agosto de 2009, o TRT6 promoveu o seu Fórum de Gestão Estratégica, com o objetivo de produzir o seu planejamento estratégico, alinhando-se com as diretrizes do Planejamento Estratégico do Conselho Nacional de Justiça (CNJ), instituído pela Resolução 70 deste órgão.

Com a edição da Resolução n. 70, de 18 de março de 2009<sup>22</sup>, do Conselho Nacional de Justiça (CNJ) - que instituiu o Planejamento Estratégico do Poder Judiciário - todos os Tribunais deverão elaborar os seus respectivos planejamentos estratégicos, alinhados ao Plano Estratégico Nacional, com abrangência mínima de 5 (cinco) anos, bem como aprová-los, nos seus correspondentes órgãos plenários ou especiais, até 31 de dezembro de 2009 (BRASIL, 2009).

---

<sup>21</sup> BRASIL. TRIBUNAL REGIONAL DO TRABALHO DA 6ª REGIÃO. **Resolução Administrativa n. 001, de 15 de janeiro de 2009.** Institui o Memorial da Justiça do Trabalho da 6ª Região. Recife, PE, 2009. Disponível em: <[http://www.trt6.gov.br/consulta\\_normas/](http://www.trt6.gov.br/consulta_normas/)>. Acesso em: 21 jan. 2011.

<sup>22</sup> BRASIL. CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA. **Resolução n. 70, de 18 de março de 2009.** Dispõe sobre o Planejamento e a Gestão Estratégica no âmbito do Poder Judiciário e dá outras providências. Brasília, DF, 2009. Disponível em: <[http://www.cnj.jus.br/images/stories/docs\\_cnj/resolucao/rescnj\\_70.pdf](http://www.cnj.jus.br/images/stories/docs_cnj/resolucao/rescnj_70.pdf)>. Acesso em: 21 jan. 2011.

Define-se em 2009, a Missão do TRT6: “Solucionar os conflitos decorrentes das relações de trabalho no âmbito do Estado de Pernambuco, de forma rápida e eficaz, contribuindo para o fortalecimento da cidadania e a paz social.” A Visão: “Ser um tribunal reconhecido pela qualidade no atendimento, agilidade na prestação dos serviços e interação com a sociedade.” Os Atributos de Valor para a Sociedade: Justiça, Ética, Transparência, Responsabilidade Socioambiental, Comunicação, Celeridade e Qualidade.

Dos Projetos Estratégicos definidos em 2009 pelo TRT6 destacamos:

A ampliação do quadro de pessoal, em razão da carência de servidores e do aumento significativo da movimentação processual;

A implantação do Programa de capacitação continuada para servidores visando promover a capacitação dos servidores nas competências necessárias ao desempenho das diversas atividades realizadas;

A implantação do Programa de desenvolvimento de competências que buscará identificar as competências organizacionais e funcionais (técnicas e comportamentais) necessárias à realização das metas e objetivos estratégicos da organização, subsidiando os subsistemas de capacitação, lotação de pessoas e avaliação de desempenho com foco em resultado;

A promoção de ações de melhorias e adequações na infraestrutura física das Varas do Trabalho do estado buscando apoiar o desenvolvimento institucional por meio de melhoria da estrutura física dos prédios que abrigam as Varas do Trabalho; Tornar eficiente o processo de apoio logístico às unidades do interior do estado; Contribuir no processo de ampliação e efetivação da Justiça do Trabalho no Estado de Pernambuco.

O Programa de saúde mental que busca melhorar o relacionamento interpessoal nos locais de trabalho (colaboração gerativa); Monitorar e mediar situações de conflito nas unidades do TRT; Identificar servidores com problemas de saúde mental ou comportamental;

O Programa de controle médico e saúde ocupacional (PCMSO) que pretende atender a todos os magistrados e servidores do Regional; Promover controle de saúde ocupacional; Realizar diagnóstico precoce dos agravos de saúde.

Cabe destacar que os presidentes dos Tribunais do país, reunidos em novembro de 2011, durante o V Encontro Nacional do Judiciário, definiram as metas para o Judiciário brasileiro alcançar em 2012, cabendo à Justiça do Trabalho, entre outras, a Meta 14 – Estabelecer o Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional (PCMSO) e Programa de Prevenção de Riscos Ambientais (PPRA) em pelo menos 60% das unidades judiciárias e administrativas. Em 2013, a previsão é que esses programas alcancem 100% das unidades judiciárias e administrativas.

### 2.9.1 A estrutura organizacional do Tribunal Regional do Trabalho de Pernambuco

De acordo com a Lei n. 11.416, de 15.12.2006<sup>23</sup>, os quadros de pessoal efetivo do Tribunal Regional do Trabalho da 6ª Região são compostos pelas seguintes carreiras, constituídas pelos respectivos cargos e requisitos de escolaridade para ingresso (BRASIL, 2006):

I – Analista Judiciário - curso de ensino superior, inclusive licenciatura plena, correlacionado com a especialidade, se for o caso;

II – Técnico Judiciário - curso de ensino médio, ou curso técnico equivalente, correlacionado com a especialidade, se for o caso;

III – Auxiliar Judiciário - curso de ensino fundamental.

Parágrafo Único: Além dos requisitos previstos neste artigo, poderão ser exigidos formação especializada, experiência e registro profissional a serem definidos em regulamento e especificados em edital de concurso.

As atribuições dos Analistas Judiciários abrangem atividades de planejamento, organização, coordenação, supervisão técnica, assessoramento, estudo, pesquisa, elaboração de laudos e pareceres ou informações e execução de tarefas de elevado nível de complexidade. Já aos Técnicos Judiciários, cabe a execução de tarefas de suporte técnico e administrativo e aos Auxiliares Judiciários, as atividades básicas de apoio operacional.

<sup>23</sup> BRASIL. **Lei n. 11.416, de 15 de dezembro de 2006.** Dispõe sobre as Carreiras dos Servidores do Poder Judiciário da União. Brasília, DF, 2006. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2004-2006/2006/lei/l11416.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/l11416.htm)>. Acesso em: 21 jan. 2011.

Os cargos efetivos acima descritos estão estruturados em classes, padrões e nas seguintes áreas de atividade:

I – Área judiciária – compreendendo os serviços realizados privativamente por bacharéis em Direito, abrangendo processamento de feitos, execução de mandados, análise e pesquisa de legislação, doutrina e jurisprudência nos vários ramos do Direito, bem como a elaboração de pareceres jurídicos;

II – Área de apoio especializado – compreende os serviços para a execução dos quais se exige o devido registro no órgão fiscalizador do exercício profissional ou o domínio de habilidades específicas;

III – Área administrativa – compreende os serviços relacionados com recursos humanos, material e patrimônio, licitações e contratos, orçamento e finanças, controle interno e auditoria, segurança e transporte e outras atividades complementares de apoio administrativo.

Aqueles que exercem, além das atividades inerentes ao cargo, atribuições de chefia, direção e assessoramento, fazem jus a Funções Comissionadas escalonadas de FC1 a FC6 e os cargos comissionados, que vão de CJ1 a CJ4. A legislação exige que pelo menos 80% do total de Funções Comissionadas sejam exercidas por servidores integrantes das Carreiras do Quadro de Pessoal do Poder Judiciário na União, podendo o restante ser ocupado por servidores requisitados de outros órgãos. A legislação ainda estabelece a preferência por servidores de nível superior para o exercício de funções comissionadas de natureza gerencial.

É também obrigação legal que os servidores em funções gerenciais recebam treinamento específico em desenvolvimento gerencial oferecido pelo Tribunal, no mínimo a cada dois anos.

Já os cargos em comissão possuem reserva de 50% para servidores de carreira, sendo obrigatório para esse exercício que os mesmos possuam formação superior e que se submetam a treinamento gerencial nos mesmos moldes daqueles que exercem funções comissionadas.

Segundo o seu organograma, a hierarquia do TRT 6ª Região é composta pelo Tribunal Pleno, instância máxima da instituição, seguida dos três cargos que compõem a administração: Presidência, Vice-Presidência e Corregedoria, sendo esta última responsável pelo acompanhamento das unidades da 1ª instância, entre as quais estão as 64 Varas do Trabalho existentes em todo o Estado. Cada uma delas é presidida por um Juiz Titular, além de contar com um ou mais Juizes Substitutos.

A área administrativa é composta pela Diretoria Geral, subordinada diretamente a Presidência, que possui cinco secretarias, a saber, a Secretaria Administrativa; a Secretaria de Recursos Humanos; a Secretaria de Orçamento e Finanças; a Secretaria de Informática e a Secretaria de Segurança, Transportes e Telefonia.

A administração dos Tribunais é exercida exclusivamente por magistrados eleitos por seus pares, seguindo o critério da antiguidade, conforme o artigo 102 da Lei Orgânica da Magistratura Nacional (LOMAN), Lei Complementar n. 35, de 14.03.1979<sup>24</sup>. Nesse caso, os cargos de presidente, vice-presidente e corregedor são exercidos por desembargadores eleitos pelo conjunto dos desembargadores, reunidos no Pleno (BRASIL, 1979).

Em 2011, foi aprovado em Brasília, o Projeto de Lei (PL) que prevê a criação de mais nove Varas do Trabalho distribuídas nas cidades de Carpina, Igarassu, Ipojuca, Jaboatão dos Guararapes, Nazaré da Mata, Palmares, Petrolina, Ribeirão e São Lourenço da Mata, com o quantitativo de cargos correspondente. Atualmente o TRT6 conta com 64 Varas do Trabalho

## 2.9.2 O modelo de gestão do Tribunal Regional do Trabalho de Pernambuco

Atualmente a base estrutural do modelo de gestão adotado pelo Tribunal Regional do Trabalho de Pernambuco é o burocrático.

---

<sup>24</sup> BRASIL. **Lei Complementar n. 35, de 14 de março de 1979.** Dispõe sobre a Lei Orgânica da Magistratura Nacional. Brasília, DF, 1979. Disponível em <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/lcp/lcp35.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/lcp35.htm)>. Acesso em: 21 jan. 2011.

Claramente observa-se uma estrutura organizacional formalizada e hierarquizada, onde há clara divisão e escalonamento do trabalho, existência de divisão de poder a partir dos níveis hierárquicos, padronização dos processos e dos procedimentos, presença de formalismo através de ações e normas pré-estabelecidas, bem como o uso do legalismo com a obediência restrita às leis e normas.

Corroborando com o exposto, as afirmações descritas na pesquisa realizada no TRT da 6ª Região por Pinto (2009, p. 100 - 101):

No âmbito do Tribunal Regional do Trabalho, órgão do Poder Judiciário Federal, encarregado de dirimir os conflitos oriundos das relações de trabalho entre empregados e empregadores, com base na legislação trabalhista em vigor, constituiu-se historicamente como uma organização burocrática e hierarquizada, onde a figura do juiz goza de um status diferenciado e de uma autoridade praticamente inquestionável, devido à importância do papel que ocupa na sociedade.

Além disso, outros componentes da estrutura e da cultura organizacional do TRT6, como o estresse, a pressão, a sobrecarga de trabalho, o trabalho repetitivo e burocrático, com pouco espaço para criatividade e a inovação, podem favorecer a situações de abuso de poder e, conseqüentemente, de assédio moral no trabalho.

Cabe ressaltar, entretanto, que já se pode perceber no referido Tribunal, a adoção em sua gestão de inúmeros elementos do modelo de gestão gerencialista, tais como uma maior transparência no planejamento e nas ações da administração pública, gestão responsável dos recursos públicos, busca de soluções inovadoras e visão de longo prazo, até mesmo porque a organização é constantemente influenciada por fatores externos e internos.

Como exemplo desse movimento de mudança, destaca-se a participação de servidores e magistrados na elaboração do Plano Plurianual colaborando na definição das prioridades.

Verifica-se ainda a preocupação da organização com a eficácia (no sentido de atender aos objetivos da organização pública e do atendimento ao cidadão) e com a efetividade (fazer a coisa certa com responsabilidade social), e ainda com a criação de mecanismos de inclusão do cidadão, garantindo assim uma maior participação da sociedade. Exemplificando, a parceria feita com Organizações Não Governamentais para coleta seletiva, reciclagem de computadores e digitalização de documentos por portadores de necessidades especiais.

Aponta-se também uma mudança que representa indubitavelmente esta inserção dos princípios da gestão gerencialista, após a observação das melhores práticas de gestão em organizações, a organização implementou o *Balanced Scorecard* (BSC). Tal metodologia propicia a tradução do Planejamento Estratégico da organização em ações operacionais, por meio de um sistema de indicadores que retratam o desempenho organizacional.

Dessa forma, orienta a tomada de decisões, possibilitando o direcionamento adequado dos recursos que viabilizarão ações de impacto positivo. Com a consolidação da metodologia BSC, implantou também um escritório de projetos visando dotar seus gestores de subsídios concretos para a caminhada rumo ao alcance da visão institucional.

O processo do planejamento estratégico da instituição foi desenvolvido conforme sugere o modelo de gestão gerencialista, de forma sistêmica e participativa a fim de que fosse possível se chegar ao diagnóstico da instituição e as definições estratégicas, culminando com os planos operacionais e o acompanhamento de projetos.

Portanto, a presença de vários elementos e características do modelo de gestão da nova administração pública é indubitável, muito embora a base estrutural da gestão ainda seja do modelo burocrático, o que é pertinente e perfeitamente aplicável em virtude do tipo de organização que se enquadra o Poder Judiciário.

De acordo com Fiates (2007, p. 92):

(...) a configuração dos modelos de gestão pública é influenciada pelo momento histórico e pela cultura política que caracterizam uma determinada época do país. Assim, a evolução, o aperfeiçoamento e a transformação dos modelos de gestão das organizações se desenvolvem a partir de pressões políticas, sociais e econômicas existentes e que se traduzem em diferentes movimentos reformistas empreendidos pelos governos que buscam um alinhamento com as demandas sociais internas e externas.

Assim, os diferentes modelos de gestão pública, com o passar do tempo, foram amadurecendo a forma de lidar com o ser humano, procurando encontrar um equilíbrio entre a busca por resultados (objetivando melhorar o desempenho dos serviços públicos) e uma gestão mais humana e responsável (FADUL; SOUZA, 2005, 2006).

No atual cenário não há mais espaço para instituições que adotam um modelo estanque e fechado, alheias e indiferentes às novas perspectivas e tendências globais, nesse sentido é natural que as organizações públicas também estejam acompanhando as mudanças de seu contexto. A presença de um modelo híbrido se mostra assim adequado a este momento de transição pelo qual passa a sociedade.

## **2.10 A Medicina do Trabalho, a Saúde Ocupacional e a Saúde do Trabalhador**

A saúde não é tudo, mas sem saúde tudo é nada.  
(Schopenhauer, 1788-1860)

Embora a relação trabalho e saúde tenha sido relatada desde a Antiguidade, as primeiras abordagens formais desta relação tiveram início na Europa, no século XIX, com a criação da Medicina do Trabalho e a implantação dos serviços médicos dentro das empresas.

Eram estruturas centradas na figura do médico, que, por meio de uma atuação focada no trabalhador, assumiam a responsabilidade pela prevenção dos acidentes e das doenças. Mas o interesse principal não era o de promover a saúde dos trabalhadores, mas, sim, o bom funcionamento dos processos de trabalho.

As práticas mais disseminadas eram a seleção de pessoal que, em tese, fosse menos propenso a se acidentar e adoecer, o controle da saúde para evitar problemas de absenteísmo e os esforços para proporcionar retorno rápido ao trabalho nos casos de afastamentos.

A medicina do trabalho tornou-se a variável técnica para solucionar os danos à saúde provocados pelos processos produtivos, sem possibilidade de interferir além dos preceitos normativos estabelecidos no contrato de trabalho firmado entre patrões e empregados. Inaugurava-se um campo médico subserviente ao contrato e ao interesse do capital produtivo (VASCONCELLOS, 2011; VASCONCELLOS; PIGNATTI, 2006).

Conforme afirma Mendes (1980), a medicina do trabalho e a higiene tornaram-se insuficientes para apreender as agora cada vez mais complexas relações entre trabalho-saúde havendo a necessidade de uma racionalidade



científica mais abrangente consubstanciada na saúde ocupacional – melhor elaborada conceitualmente e que absorve contribuições da higiene industrial, da toxicologia, da epidemiologia e da própria saúde pública, momento em que a medicina do trabalho confunde-se, conceitualmente, com a saúde ocupacional.

Segundo Leon e Almeida (2011), a história da Saúde Ocupacional demonstra o interesse do Estado Capitalista no retorno financeiro do investimento na prevenção de doenças associadas ao trabalho. A força motriz da construção da Medicina Ocupacional, com a criação dos Departamentos Médicos nas empresas provém do impulso de minimizar os prejuízos decorrentes dos afastamentos e absenteísmo dos empregados.

Conforme destaca Vasconcellos (2011), tanto a saúde ocupacional como a saúde do trabalhador retratam campos de ação sobre as relações saúde-trabalho, na perspectiva de prevenção e reparação dos danos à saúde no trabalho, que implicam a construção de conhecimentos e de intervenção sobre os problemas gerados nessas relações.

E complementa afirmando que embora ambas se assentem em raízes históricas comuns, os campos de ação de cada uma são profundamente marcados por diferenças conceituais, ideológicas, institucionais, normativas, culturais, sociopolíticas e econômicas que acabam por estabelecer políticas públicas distintas em suas diretrizes de ação e de comportamento dos agentes públicos por elas responsáveis.

A incorporação da lógica da Saúde Pública, de prevenção de riscos e de promoção da saúde com a participação dos trabalhadores, em uma perspectiva coletiva, constituindo o que se denomina como Saúde do Trabalhador, efetivou-se no Brasil a partir da criação do Sistema Único de Saúde (SUS), em 1988.

Segundo Vasconcellos (2011), a saúde do trabalhador surgiu como fruto de uma crítica ao modelo trabalhista-previdenciário histórico, cuja identidade está fortemente vinculada aos campos técnicos da medicina do trabalho e da saúde ocupacional.

Como parte integrante do campo da saúde coletiva, propõe-se a ultrapassar as articulações simplificadas e reducionistas de causa e efeito de ambas as concepções que são sustentadas por uma visão monocausal, entre a doença e um

agente específico; ou multicausal, entre a doença e um grupo de fatores de risco (físicos, químicos, biológicos, mecânicos), presentes no ambiente de trabalho (LACAZ, 1996, 2007; MENDES; DIAS, 1991).

Em princípio, a identidade do campo de saúde do trabalhador tem como referência a abordagem da saúde ocupacional, ao mesmo tempo que busca superá-la, na medida em que esta última – fundada na história natural da doença – orienta-se apenas por práticas e conhecimentos da clínica, da medicina preventiva e da epidemiologia clássica. Do ponto de vista disciplinar e profissional, a saúde ocupacional abrange fundamentalmente as áreas de medicina e engenharia de segurança, restringindo-se à dimensão contratual das empresas (LACAZ, 2007).

A saúde do trabalhador agrega, além dessas, um amplo espectro de disciplinas. Como campo de saber próprio da saúde coletiva, está composta pelo tripé epidemiologia, administração e planejamento em saúde e ciências sociais em saúde, ao que se somam disciplinas auxiliares como demografia, estatística, ecologia, geografia, antropologia, economia, sociologia, história e ciências políticas, toxicologia, engenharia de produção, ergonomia, enfermagem, odontologia, entre outras.

Ao superar a visão de saúde ocupacional, a saúde do trabalhador se situa na perspectiva da “saúde como direito”, conforme a tendência internacional e a que foi plasmada no SUS, de universalização dos direitos fundamentais (VASCONCELLOS, 2007, 2011).

Ainda sobre esta questão, Vasconcellos (2011, p. 413) afirma que:

Em outras palavras, a saúde do trabalhador abrange a totalidade política da dimensão da saúde enquanto direito de todos e dever do Estado de garanti-la e de vigiar para que seja garantida. Assim, a saúde do trabalhador tem como aparato político-ideológico e institucional a dimensão holística da saúde pública sobre os determinantes sociais, incluindo o trabalho, tendo a vigilância da saúde como sua dimensão técnica interventora.

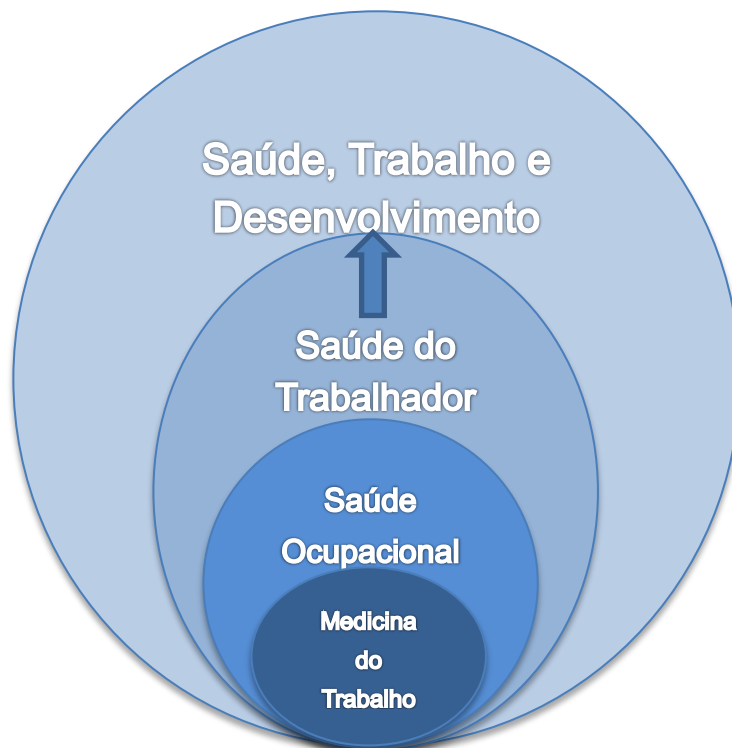
Contrariamente aos marcos da saúde ocupacional, em que os trabalhadores são vistos como pacientes ou como objetos da intervenção profissional, na visão da saúde do trabalhador eles constituem-se em sujeitos políticos coletivos, depositários de um saber emanado da experiência e agentes essenciais de ações transformadoras. A incorporação desse saber é decisiva, tanto no âmbito da

produção de conhecimentos como no desenvolvimento das práticas de atenção à saúde (MINAYO-GOMEZ, 2011).

O campo da saúde do trabalhador compreende um corpo de práticas teóricas interdisciplinares – técnicas, sociais, políticas, humanas -, multiprofissionais e interinstitucionais no âmbito da saúde coletiva. Diversos atores, situados em lugares sociais distintos e informados por uma perspectiva comum de produção de saúde, desenvolvem ações com vistas à promoção da saúde, sempre no âmbito de atuação das políticas públicas de saúde.

De acordo com Vasconcellos (2011), podemos sintetizar os campos em seus devidos lugares na figura a seguir, na qual se incluem as dimensões subordinadoras de cada um, na perspectiva de abrangência política (Figura 7):

Figura 7 – Dimensões subordinadas de cada campo e na perspectiva de abrangência política



Fonte: Adaptado de Vasconcellos (2011).

Minayo-Gomez (2011) afirma que atualmente, temos de chamar a atenção em nossa área para a relevância da discussão ambiental e incorpora-la de forma integrada na formulação do campo de saúde do trabalhador. Essa necessidade vem sendo apontada em todas as áreas de conhecimento e intervenção, pois a questão ambiental, desde o final dos anos 70, progressivamente passou a ser tratada de forma transversal em todas as áreas científicas, técnicas e de práticas sociais.

Sobre esta questão, Augusto (2009, p. 22) afirma que:

A área da Saúde do Trabalhador e Ambiental que emergem no seio da Saúde Coletiva brasileira tem como antecedentes a história da luta dos trabalhadores, da Medicina Social Latino Americana e do Movimento Ambientalista Mundial. A mais nova, a saúde ambiental, nasce como uma “questão eco-sócio-sanitária” e têm em sua arqueologia, no campo da Saúde Pública, as ações de controle de endemias (vetoriais e infectocontagiosas), de saneamento básico, de vigilâncias sanitária, epidemiológica e de saúde dos trabalhadores.

A evolução da área da saúde do trabalhador trouxe em seu bojo a preocupação com a saúde ambiental, assim, nas últimas décadas estamos passando por momentos de reavaliação do conceito de saúde baseado no modelo biopsicossocial proposto pela OMS, sendo que esta modificação deve-se principalmente à influência do meio ambiente na saúde do homem, que extrapola a esfera do social, por assumir gradativamente grande importância no processo de adoecimento (DIAS *et al.*, 2009).

Compreender problemas de saúde simultaneamente a partir de perspectivas ecológicas e sociais é fundamental para que propostas de desenvolvimento econômico e tecnológico possam resultar em balanços mais positivos entre os benefícios e os prejuízos dele decorrentes, seja para a saúde dos trabalhadores, da população em geral ou dos ecossistemas (PORTO, 2005).

Segundo Dias *et al.* (2009), as inter-relações produção/trabalho, ambiente e saúde, determinadas pelo modo de produção e consumo hegemônico em uma dada sociedade, são a principal referência para se entender as condições de vida, o perfil de adoecimento e morte das pessoas, a vulnerabilidade diferenciada de certos grupos sociais e a degradação ambiental e, assim, para construir alternativas de mudança capazes de garantir vida e saúde para o ambiente e a população.

Na perspectiva da saúde, o ambiente deve ser entendido como território vivo, dinâmico, constituído por processos políticos, históricos, econômicos, sociais e culturais, no qual se materializa a vida humana, por meio de políticas públicas formuladas utilizando o conhecimento disponível, com a participação e controle social (BRASIL, 2007).

Assim, as ações de saúde ambiental e saúde do trabalhador devem estar articuladas nos serviços de saúde, uma vez que os riscos gerados direta e indiretamente pelos processos produtivos afetam o meio ambiente e a saúde das populações e dos trabalhadores de modo particular (DIAS *et al.*, 2009).

A saúde, portanto, deve ser encarada como um conceito dinâmico, multidimensional, qualitativo e evolutivo, envolvendo potenciais de realização humana em suas esferas fisiológicas, psíquicas e espirituais, sendo objeto de permanente negociação e eventuais conflitos na sociedade, dependendo de como os valores e interesses se relacionam nas estruturas de poder e distribuição de recursos existentes (PORTO, 2005; PORTO; LACAZ; MACHADO, 2003).

Augusto (2009) corrobora com a análise de que o velho modelo linear de compreensão do processo saúde-doença orientador das práticas vigentes da saúde pública precisa ser substituído radicalmente por um modelo crítico que integra as dimensões socioculturais, ambientais e econômicas nos vários níveis hierárquicos da organização social, que vai desde a família à biosfera.

Como uma condição fundamental ao desenvolvimento individual e coletivo do ser humano, a saúde é interdependente das complexas relações da práxis do viver em sociedade, que é sustentada por uma matriz bio-eco-sócio-ambiental, historicamente determinada e mediada pela linguagem, pela política, pela técnica, pelos processos econômicos e da produção (AUGUSTO, 2004, p. 102).

Augusto e Moises (2011) afirmam que assim como a saúde, o ambiente é um campo de problematização do conhecimento, que não se resolve mais dentro dos paradigmas tradicionais das ciências, adquirindo novos significados e dimensões ampliadas.

### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 Objetivo geral**

Avaliar a relação entre a capacidade para o trabalho, as características sócio-demográficas e funcionais e as dimensões de saúde nos servidores do Tribunal Regional do Trabalho de Pernambuco.

#### **3.2 Objetivos específicos**

- a) Descrever as características sócio-demográficas e funcionais dos servidores do Tribunal Regional do Trabalho de Pernambuco.
- b) Identificar o estado de saúde geral dos servidores do Tribunal Regional do Trabalho de Pernambuco.
- c) Classificar a capacidade para o trabalho dos servidores do Tribunal Regional do Trabalho de Pernambuco.
- d) Determinar a relação entre a capacidade para o trabalho e as características sócio-demográficas e funcionais dos servidores do Tribunal Regional do Trabalho de Pernambuco.
- e) Verificar a relação entre a capacidade para o trabalho e as dimensões de saúde dos servidores do Tribunal Regional do Trabalho de Pernambuco.

## **4 MATERIAL E MÉTODOS**

### **4.1 Desenho do estudo**

A modalidade adotada para o estudo é a analítica, não-experimental, com abordagem epidemiológica e de corte transversal.

Os estudos analíticos abordam, com mais profundidade, as relações entre o estado de saúde e as outras variáveis (BONITA; BEAGLEHOLE; KJELLSTRÖM, 2010).

Segundo Bastos e Duquia (2007), os estudos epidemiológicos transversais são recomendados quando se deseja estimar a frequência com que um determinado evento de saúde se manifesta em uma população específica, além dos fatores associados com o mesmo.

De acordo com Almeida Filho e Rouquayrol (2006); Pagano e Gauvreau (2011), nesta modalidade de estudo pode-se investigar “causa” e “efeito” de maneira simultânea e averiguar a associação existente entre a exposição e a doença.

### **4.2 Local do estudo**

O estudo foi realizado no Tribunal Regional do Trabalho de Pernambuco, órgão do Poder Judiciário Federal.

### **4.3 População de estudo**

Foi composta por servidores do quadro de pessoal efetivo do Tribunal Regional do Trabalho de Pernambuco.

De acordo com as informações da Secretaria de Recursos Humanos, o Tribunal Regional possuía até dezembro de 2010, 2.109 servidores em seu quadro de pessoal. Sendo 1481 (70%) na Área Judiciária, 568 (27%) na Área Administrativa e 60 (3%) na Área de Apoio Especializado.

#### 4.3.1 Critérios de inclusão

- a) Ser servidor ativo do quadro de pessoal;
- b) Ter sido admitido há pelo menos um ano;
- c) Estar em atividade no período da coleta de dados;
- d) Aceitar, voluntariamente, participar da pesquisa;
- e) Assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE);
- f) Responder os instrumentos de coleta de dados.

#### 4.3.2 Critérios de exclusão

- a) Estagiários;
- b) Requisitados;
- c) Não aceitar participar da pesquisa;
- d) Aceitar participar da pesquisa, mas recusar-se a responder os instrumentos de coleta de dados;
- e) Recusar-se a assinar o TCLE;
- f) Servidores em férias, afastados por motivo de doença ou qualquer outro tipo de afastamento que impossibilite responder à pesquisa no período de realização do estudo;
- g) Participantes do teste piloto do instrumento de coleta.

Como este estudo é focado na saúde do trabalhador, considerou-se que a possibilidade de trabalhar é de fundamental importância para se determinar a condição de saúde dos indivíduos.



#### **4.4 Amostra**

A amostra presente neste estudo caracterizou-se como amostra estratificada proporcional, que são aquelas nas quais cada estrato é proporcional ao número de indivíduos que compõem a população do mesmo (PAGANO; GAUVREAU, 2011).

O tamanho da amostra foi calculado baseando-se no universo de 2109 servidores, com prevalência de 50%, nível de confiança de 95% e erro amostral de 5%.

Desta forma, obtivemos um total de 326 servidores, sendo 233 na Área Judiciária, 71 na Área Administrativa e 22 na Área de Apoio Especializado.

Considerando a possibilidade de 20% de perdas, e que 20% de 326 corresponde a 65, o tamanho da amostra maximizada foi de 391 servidores, sendo 280 na Área Judiciária, 85 na Área Administrativa e 26 na Área de Apoio Especializado.

#### **4.5 Coleta de dados**

Para realização da coleta de dados foi obedecida a seguinte sequência:

- a) Apresentação do projeto à Presidência do TRT de Pernambuco visando autorização para realização da pesquisa com assinatura da Carta de Anuência (APÊNDICE C);
- b) Apresentação do projeto de pesquisa ao Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães (CPqAM) e obtenção da aprovação deste Comitê para a realização da pesquisa (ANEXO C);
- c) Apresentação do projeto de pesquisa à Banca de Exame de Qualificação do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães e obtenção da aprovação desta Banca para a realização da pesquisa;
- d) Realização de teste-piloto dos questionários junto a 15 servidores que exercem suas funções na sede do TRT de Pernambuco, com o objetivo de evidenciar a necessidade de alterações e adequações dos instrumentos para a

coleta de dados. Os servidores participantes foram informados quanto aos objetivos do teste piloto e da pesquisa e orientados quanto à confidencialidade dos dados obtidos e assinatura do TCLE (APÊNDICE A).

A conclusão da análise do teste-piloto indicou que não haveria necessidade de alterações nos questionários, o que permitiu a utilização dos questionários já aplicados na amostra piloto, sem necessidade de reaplicá-los.

e) Apresentação do projeto de pesquisa aos servidores presentes no local de trabalho e entrega dos questionários: foi realizada reunião em cada uma das Varas do Trabalho, Gabinetes, Secretarias e Setores visitados pela Equipe do Programa de Controle Médico e Saúde Ocupacional (PCMSO) com a presença da pesquisadora, de todos os servidores e da chefia.

Nestas reuniões foram fornecidas informações referentes ao objetivo da pesquisa, à confidencialidade dos dados individuais, aos instrumentos para coleta de dados, à não obrigatoriedade de participação (participação opcional e voluntária), à forma de preenchimento do questionário (ressaltando a importância de não deixar questões em branco), à assinatura do TCLE.

Foram entregues os questionários com o TCLE em envelope timbrado do CPqAM, individualizado e fechado. A pesquisadora ficou aguardando no local de trabalho e foi combinado com os servidores um tempo para o preenchimento dos mesmos e devolução.

Alguns servidores não tiveram disponibilidade para responder os questionários no momento em que foram abordados pela pesquisadora. Neste caso, foi combinada nova data para recolhimento dos mesmos. Foram realizadas três tentativas de recuperação do questionário preenchido, caso estes não fossem devolvidos, a amostra era considerada como perda.

O período de referência da coleta de dados foi de 22 de agosto a 19 de dezembro de 2011, totalizando 120 dias de coleta de dados.

Foram distribuídos 391 envelopes, tendo sido recolhidos 310, ou seja, a taxa de resposta foi de 79%.

A taxa de resposta consiste no percentual de indivíduos da população de estudo que participa do levantamento de dados, não havendo consenso sobre qual seja a taxa ideal de resposta (PAGANO; GAUVREAU, 2011).

Valores acima de 75% foram considerados adequados por Martinez (2006). A taxa de resposta desta pesquisa foi de 79% e, portanto, acima dos padrões esperados. Esse retorno pode ser atribuído aos procedimentos observados quanto ao planejamento e administração dos questionários para coleta de dados. Houve ampla divulgação junto às diversas instâncias hierárquicas, agendamento das atividades, horários e locais adequados às disponibilidades dos servidores, fornecimento de informações sobre a pesquisa e garantia de confiabilidade dos resultados.

#### **4.6 Instrumentos para a coleta de dados**

##### **4.6.1 Questionário 1: Características sócio-demográficas e funcionais**

Questionário elaborado pela autora que constou de questões sobre as características sócio-demográficas (sexo, idade, escolaridade, estado conjugal) e funcionais (lotação nas áreas administrativa, judiciária, apoio especializado, função, cargo, tempo na função, tempo no tribunal, jornada de trabalho) (APÊNDICE B).

##### **4.6.2 Questionário 2: Índice de Capacidade para o Trabalho**

A capacidade para o trabalho foi medida por meio do Índice de Capacidade para o Trabalho (ICT) (ANEXO A), o qual possibilita avaliar e detectar precocemente alterações, prever a incidência de incapacidade de trabalhadores em fase de envelhecimento e ser usado como instrumento para subsidiar informações, direcionando medidas preventivas (TUOMI *et al.*, 2005).

O ICT oferece as facilidades de ser um instrumento de preenchimento rápido e simples, com baixo custo e autoaplicável (FISCHER *et al.*, 2005).

De acordo com Tuomi *et al.* 2005, os resultados do ICT podem ser utilizados nos níveis individual e coletivo. Individual por que permite identificar trabalhadores com comprometimento da capacidade funcional e adotar medidas de apoio. Coletivo por que permite a identificação de um perfil geral da capacidade para o trabalho, da capacidade funcional e dos fatores que os afetam, direcionando adoção de medidas corretivas.

No Brasil, o ICT demonstrou apresentar propriedades psicométricas satisfatórias, quanto à validade de construto, de critério e confiabilidade (MARTINEZ; LATORRE; FISCHER, 2009, 2010; RENOSTO, 2009; SILVA JÚNIOR; 2010).

O questionário é composto por 10 questões ponderadas em sete itens, resultando em um escore numérico (Quadro 1):

Quadro 1 - Dimensões do Índice de Capacidade para o Trabalho e seus escores.

| Item                                                                        | Nº questão                | Pontuação                                                                                                                                                                |
|-----------------------------------------------------------------------------|---------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. Capacidade para o trabalho atual comparada com a melhor de toda a vida   | 1<br>(Questão 1)          | 0 - 10 pontos, valor assinalado no questionário.                                                                                                                         |
| 2. Capacidade para o trabalho em relação às exigências do trabalho          | 2<br>(Questões 2 e 3)     | 2 - 10 pontos, número de pontos ponderados de acordo com a natureza do trabalho.                                                                                         |
| 3. Número atual de doenças diagnosticadas por médico                        | 51 doenças<br>(Questão 4) | 1 - 7 pontos<br>5 doenças = 1 ponto<br>4 doenças = 2 pontos<br>3 doenças = 3 pontos<br>2 doenças = 4 pontos<br>1 doença = 5 pontos<br>nenhuma doença = 7 pontos          |
| 4. Perda estimada para o trabalho devido às doenças                         | 1<br>(Questão 5)          | 1 - 6 pontos (valor circulado no questionário; o pior valor será escolhido)                                                                                              |
| 5. Faltas ao trabalho por doenças no último ano                             | 1<br>(Questão 6)          | 1 - 5 pontos (valor circulado no Questionário)                                                                                                                           |
| 6. Prognóstico próprio sobre a capacidade para o trabalho daqui a dois anos | 1<br>(Questão 7)          | 1 - 4 ou 7 pontos (valor circulado no questionário)                                                                                                                      |
| 7. Recursos mentais                                                         | 3<br>(Questões 8, 9 e 10) | Os pontos da questão são somados e o resultado é contado da seguinte forma:<br>Soma 0-3 = 1 ponto<br>Soma 4-6 = 2 pontos<br>Soma 7-9 = 3 pontos<br>Soma 10-12 = 4 pontos |

Fonte: Adaptado de Tuomi *et al.* (1997).

A quantidade de pontos alcançada em cada questão é somada, o escore final pode variar de 7 a 49 pontos, classificados da seguinte forma (quadro 2):

Quadro 2 – Classificação da Capacidade para o Trabalho de acordo com o escore.

| 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: Adaptado de Tuomi *et al.* (1997).

Esse escore foi categorizado com base nos resultados dos trabalhadores finlandeses com idade entre 45 a 58 anos, utilizando os seguintes critérios: os 15% dos trabalhadores com a pior classificação formaram a categoria “baixa”, os 15% dos trabalhadores com a melhor classificação formaram a categoria “ótima”, as classificações “moderada” e “boa”, foram divididas pela mediana do escore (TUOMI *et al.*, 2005; KUJALA *et al.*, 2005).

Com o auxílio do índice, pode-se num estágio precoce, identificar trabalhadores e ambientes de trabalho que necessitam de medidas de apoio:

1 - Se a capacidade para o trabalho é excelente, deve-se explicitar ao trabalhador quais fatores do ambiente do trabalho e estilo de vida que estariam relacionados à manutenção ou à deterioração da saúde. Além disto, o encorajamento às práticas que estimulem a saúde do trabalhador é recomendado.

2 - Se a capacidade de trabalho é moderada, recomenda-se incentivar as iniciativas do trabalhador para a promoção de sua capacidade (por exemplo, dieta adequada, exercício físico, sono e repouso, atividades sociais, outros passatempos e estudos). Neste nível, o trabalhador pode necessitar de reabilitação médica.

3 - Se a capacidade de trabalho é baixa, deve ser estabelecida a reabilitação da saúde. Deve-se avaliar se a capacidade pode ser restaurada corrigindo-se os riscos encontrados no ambiente de trabalho e remodelando sua organização de modo a torná-lo mais eficiente.

Os efeitos das medidas tomadas podem ser acompanhados por novo preenchimento dos questionários pelos trabalhadores, em conjunto com os exames periódicos de saúde ou outros tipos de procedimentos de acompanhamento (*screening*) (TUOMI *et al.*, 1997).

#### 4.6.3 Questionário 3: Estado de Saúde

Existe uma grande quantidade e variedade de instrumentos disponíveis para avaliação da saúde, porém estes instrumentos nem sempre são elaborados ou traduzidos com o rigor exigido em um processo e/ou adaptação transcultural. Neste estudo, buscaram-se instrumentos que procuram obedecer estes critérios.

Utilizou-se o *Medical Outcomes Study 36 – item short form health survey – SF – 36* (ANEXO B). Este questionário foi criado com a finalidade de ser um questionário genérico de avaliação de saúde e, portanto, seus conceitos não são específicos para uma determinada idade, doença ou grupo de tratamento (CICONELLI, 1997).

O SF-36 é um instrumento de medida de qualidade de vida desenvolvido no final dos anos 80 nos Estados Unidos da América. Foi aplicado em diversas situações com boa sensibilidade, eliminando-se o problema de distribuição excessiva das pontas de escala como excelente e muito ruim (VIACAVA, 2002; WARE; SHERBOURNE, 1992).

Foi traduzido em mais de 30 línguas e submetido a estudos de confiabilidade e validade em mais de 40 países como parte do Projeto Internacional de Avaliação de Qualidade de Vida (IQPLA) e apresenta boa sensibilidade (WARE; SHERBOURNE, 1992; WARE, 2000).

O SF-36 foi desenvolvido por Ware e Sherbourne (1992), traduzido e validado no Brasil por Ciconelli (1997), em um estudo com pacientes portadores de artrite reumatóide, mostrando-se adequado às condições socioeconômicas e culturais da população brasileira, apresentando ótima reprodutibilidade.

Ciconelli (1997) afirma que a tradução e adaptação basearam-se nas etapas propostas pelo *International Quality of Life Assessment Project* e, também, em trabalhos da literatura que abordaram a metodologia de tradução dos questionários para outros idiomas.

Conforme Peregrino (2008), é um instrumento de fácil administração e compreensão, pode ser aplicado por entrevista (pessoal ou por telefone), via internet ou por autoadministração. O tempo médio de preenchimento é de aproximadamente 10 minutos e deve ser usado por indivíduos maiores de 14 anos.

Segundo Ciconelli *et al.* (1999); Ware e Sherbourne (1992), este instrumento apresenta a saúde como um construto multidimensional e reflete a interferência de doenças sobre diversos aspectos da vida de um indivíduo.

De acordo com Silva (2008), além de monitorar a saúde em termos quantitativos, esta ferramenta oferece como vantagem a possibilidade de uso e comparação entre populações diversas, com ou sem doença.

É um questionário multidimensional composto por 36 itens englobados em oito dimensões<sup>25</sup> que foram escolhidas por apresentar os conceitos mais frequentemente mensurados nos inquéritos de saúde.

As dimensões do SF-36 e suas interpretações estão detalhadas abaixo (Quadro 3):

Quadro 3 – Dimensões e interpretações do SF-36. (Continua)

| <b>Capacidade funcional (questão 3)</b>                                                                                                                                            |                                                                                                                       |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Avalia tanto a presença como a extensão de limitações relacionadas à capacidade física. Apresenta três níveis de resposta (muita limitação, pouca limitação ou nenhuma limitação). |                                                                                                                       |
| Interpretação do baixo escore (pior):                                                                                                                                              | Grande limitação no desempenho de todas as atividades físicas, incluindo tomar banho e vestir-se.                     |
| Interpretação do alto escore (melhor):                                                                                                                                             | Desempenho de todos os tipos de atividades físicas, incluindo as mais vigorosas, sem limitações induzidas pela saúde. |

<sup>25</sup> Ware e Sherbourne (1992) utilizam o termo “escala” para se reportarem as oito dimensões da saúde avaliadas pelo referido instrumento. Contudo, no presente estudo, será utilizada a nomenclatura “dimensão” nas referências ao termo utilizado por esses autores.

Quadro 3 – Dimensões e interpretações do SF-36. (Conclusão)

| <b>Aspecto físico (questão 4)</b>                                                                                                                         |                                                                                                            |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Avalia as limitações no tipo e na quantidade do trabalho e das atividades de vida diária em consequência de problemas físicos.                            |                                                                                                            |
| Interpretação do baixo escore (pior):                                                                                                                     | Problemas com o trabalho ou outras atividades diárias como resultado da saúde física.                      |
| Interpretação do alto escore (melhor):                                                                                                                    | Sem problemas com o trabalho ou outras atividades diárias.                                                 |
| <b>Dor (questões 7 e 8)</b>                                                                                                                               |                                                                                                            |
| Avalia a extensão da dor e a interferência nas atividades de vida diária.                                                                                 |                                                                                                            |
| Interpretação do baixo escore (pior):                                                                                                                     | Dor muito severa e extremamente limitante.                                                                 |
| Interpretação do alto escore (melhor):                                                                                                                    | Interpretação do alto escore (melhor): sem dor ou limitações induzidas pela saúde.                         |
| <b>Estado geral de saúde (questões 1 e 11)</b>                                                                                                            |                                                                                                            |
| Avalia as percepções referentes ao estado de saúde geral.                                                                                                 |                                                                                                            |
| Interpretação do baixo escore (pior):                                                                                                                     | Avaliação pessoal da saúde como pobre e crença de que irá piorar.                                          |
| Interpretação do alto escore (melhor):                                                                                                                    | Interpretação do alto escore (melhor): avaliação da saúde como excelente.                                  |
| <b>Vitalidade (questão 9, itens a, e, g, i)</b>                                                                                                           |                                                                                                            |
| Considera o nível de energia e de fadiga.                                                                                                                 |                                                                                                            |
| Interpretação do baixo escore (pior):                                                                                                                     | Sensação de cansaço e esgotamento durante todo o tempo.                                                    |
| Interpretação do alto escore (melhor):                                                                                                                    | Sensação de dinamismo e energia durante todo o tempo.                                                      |
| <b>Aspecto social (questões 6 e 10):</b>                                                                                                                  |                                                                                                            |
| Avalia a limitação da participação do indivíduo em atividades sociais, decorrente de problemas com a saúde.                                               |                                                                                                            |
| Interpretação do baixo escore (pior):                                                                                                                     | Interferência extrema e frequente nas atividades sociais normais devido a problemas físicos ou emocionais. |
| Interpretação do alto escore (melhor):                                                                                                                    | Desempenho das atividades sociais normais sem interferência induzida por problemas físicos ou emocionais.  |
| <b>Aspecto emocional (questão 5)</b>                                                                                                                      |                                                                                                            |
| Avalia as limitações no tipo e na quantidade do trabalho e das atividades de vida diária em consequência de problemas emocionais.                         |                                                                                                            |
| Interpretação do baixo escore (pior):                                                                                                                     | Problemas com o trabalho ou outras atividades diárias como resultado da saúde emocional.                   |
| Interpretação do alto escore (melhor):                                                                                                                    | Sem problemas com o trabalho ou outras atividades diárias.                                                 |
| <b>Saúde mental (questão 9, itens b, c, d, f, h)</b>                                                                                                      |                                                                                                            |
| Avalia as percepções em relação a quatro principais dimensões da saúde mental: ansiedade, depressão, alterações do comportamento e bem-estar psicológico. |                                                                                                            |
| Interpretação do baixo escore (pior):                                                                                                                     | Sentimento de nervosismo e depressão durante todo o tempo.                                                 |
| Interpretação do alto escore (melhor):                                                                                                                    | Sentimento de tranquilidade e calma durante todo o tempo.                                                  |

Fonte: Adaptado de Ware (2000).



Além das oito dimensões citadas acima, o SF-36 inclui uma questão de avaliação comparativa entre as condições de saúde atual e aquelas de um ano atrás. Esta questão não participa da análise geral da escala (questão 2).

De maneira geral, as dimensões desta ferramenta demonstram se as pessoas conseguem executar atividades rotineiras e como se sentem quando as estão praticando (SILVA, 2008).

O cálculo das pontuações do SF-36 é realizado conforme descrição abaixo (Quadro 4):

Quadro 4 – Orientações para pontuação do SF-36.

| Questão | Pontuação                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|---------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 01      | 1 → 5.0      2 → 4.4      3 → 3.4      4 → 2.0      5 → 1.0                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| 02      | Soma normal                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| 03      | Soma normal                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| 04      | Soma normal                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| 05      | Soma normal                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| 06      | 1 → 5.0      2 → 4.0      3 → 3.0      4 → 2.0      5 → 1.0                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| 07      | 1 → 6.0      2 → 5.4      3 → 4.2      4 → 3.1      5 → 2.2      6 → 1.0                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| 08      | A resposta da questão 8 depende da nota da questão 7<br>Se 7 = 1 e se 8 = 1, o valor da questão é (6.0)<br>Se 7 = 2 à 6 e se 8 = 1, o valor da questão é (5.0)<br>Se 7 = 2 à 6 e se 8 = 2, o valor da questão é (4.0)<br>Se 7 = 2 à 6 e se 8 = 3, o valor da questão é (3.0)<br>Se 7 = 2 à 6 e se 8 = 4, o valor da questão é (2.0)<br>Se 7 = 2 à 6 e se 8 = 5, o valor da questão é (1.0)<br><br>Se a questão 7 não for respondida, o escore da questão 8 será o seguinte:<br>1 → 6.0<br>2 → 4.75<br>3 → 3.5<br>4 → 2.25<br>5 → 1.0 |
| 09      | A, D, E, H = valores contrários (1→6.0, 2→5.0, 3→4.0, 4→3.0, 5→2.0, 6→1.0)<br>Vitalidade = A + E + G + I<br>Saúde Mental = B + C + D + F + H                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| 10      | Soma Normal                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| 11      | Soma de:<br>A + C (valores normais)<br>B + D (valores contrários: 1→5.0, 2→4.0, 3→3.0, 4→2.0, 5→1.0)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |

Fonte: Adaptado de Ciconelli (1997).

Para avaliação dos resultados é dado um escore para cada questão que, posteriormente, é transformado em uma dimensão que varia de zero a 100, onde zero corresponde ao pior estado de saúde e 100 ao melhor, sendo que cada dimensão é analisada em separado a fim de evitar que os verdadeiros problemas relacionados à saúde do indivíduo sejam subestimados ou não identificados (CICONELLI, 1997).

Ware e Sherbourne (1992), afirmam que o fato de não ser apresentado um único escore para o estado de saúde, resumindo toda a avaliação feita pelos 36 itens do SF-36, justifica-se pela preocupação em evitar o erro de não identificar os verdadeiros problemas relacionados à saúde do paciente ou mesmo subestimá-los.

Após realizar o cálculo das pontuações de cada questão, transforma-se nos 8 domínios o valor das questões anteriores em notas para cada dimensão. É chamado de *raw scale* porque o valor final não apresenta nenhuma unidade de medida (quadro 5).

Quadro 5 – Cálculo do *Raw Scale* do SF-36

| Dimensão              | Questão                        | Limite inferior | Score Range (variação) |
|-----------------------|--------------------------------|-----------------|------------------------|
| Capacidade Funcional  | 3<br>(A+B+C+D+E+F+<br>G+H+I+J) | 10              | 20                     |
| Aspecto Físico        | 4<br>(A+B+C+D)                 | 4               | 4                      |
| Dor                   | 7 + 8                          | 2               | 10                     |
| Estado Geral de Saúde | 1 + 11                         | 5               | 20                     |
| Vitalidade            | 9<br>(A+E+G+I)                 | 4               | 20                     |
| Aspectos Sociais      | 6 + 10                         | 2               | 8                      |
| Aspecto Emocional     | 5<br>(A+B+C)                   | 3               | 3                      |
| Saúde Mental          | 9<br>(B+C+D+F+H)               | 5               | 25                     |

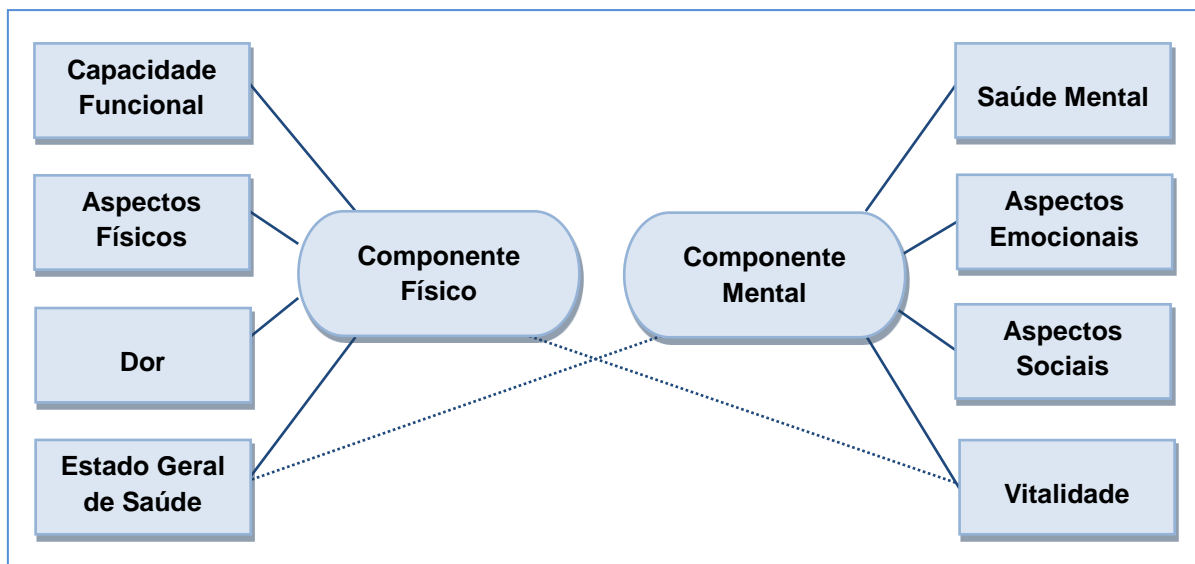
Fonte: Adaptado de Ciconelli (1997).

Para calcular cada dimensão do *Raw Scale* utilizamos a seguinte fórmula:

$$\text{DIMENSÃO} = \frac{(\text{Valor obtido nas questões correspondentes} - \text{Limite inferior}) \times 100}{\text{Variação (Score Range)}}$$

O SF-36 é agrupado em dimensões relacionadas à saúde física e à saúde mental. Esta divisão tem por finalidade visualizar de forma genérica estes dois grandes componentes já que podem estar envolvidos de maneira distinta nas diversas patologias (Figura 8).

Figura 8 – Divisão dos dois componentes com as respectivas dimensões do SF-36.



Fonte: Elaborado pela autora.

Neste sentido, a avaliação da saúde física obtida através deste instrumento considera saúde física como sendo não apenas uma condição física livre de doença, mas também a possibilidade de desempenhar atividades físicas, atividades de vida diária, de trabalho, de lazer ou sociais, sem limitações devidas à dor ou a intercorrências no funcionamento do organismo.

Da mesma forma, a saúde mental é avaliada como sendo não apenas a ausência de sintomas ou doenças de ordem mental, mas também uma condição na qual o indivíduo desfrute sentimentos de bem-estar psicológico e tenha a

possibilidade de desempenhar suas atividades de vida diária, sociais e de trabalho sem intercorrências decorrentes de problemas com a saúde.

#### **4.7 Variáveis do estudo**

Foi definida para este estudo, a variável dependente e as independentes.

##### **4.7.1 Variável dependente: Capacidade para o Trabalho**

A quantidade de pontos alcançada em cada questão é somada, resultando em um escore final. O escore final pode variar de 7 a 49, classificando-a em baixa (7-27), moderada (28-36), boa (37-43) e ótima (44-49) capacidade para o trabalho.

##### **4.7.2 Variáveis independentes**

###### **a) Características sócio-demográficas:**

- Sexo: variável categorizada em feminino e masculino;
- Idade: variável contínua quantitativa, em anos;
- Escolaridade: ensino médio completo, ensino médio incompleto, ensino superior completo, ensino superior incompleto, pós-graduação;
- Estado conjugal: solteiro, casado/companheiro, separado/divorciado, viúvo.

###### **b) Características funcionais**

- Lotação: foram usadas as categorias:

Área judiciária – compreende os serviços realizados privativamente por bacharéis em Direito, abrangendo processamento de feitos, execução de mandados, análise e pesquisa de legislação, doutrina e jurisprudência nos vários ramos do Direito, bem como a elaboração de pareceres jurídicos;

Área de apoio especializado – compreende os serviços para a execução dos quais se exige o devido registro no órgão fiscalizador do exercício profissional ou o domínio de habilidades específicas.

Área administrativa – compreende os serviços relacionados com recursos humanos, material e patrimônio, licitações e contratos, orçamento e finanças, controle interno e auditoria, segurança e transporte e outras atividades complementares de apoio administrativo.

- Função: a função atual que o servidor exerce.

- Tempo na função: variável quantitativa contínua, em anos, que expressa o tempo que o servidor exerce a função atual.

- Cargo: foram usadas as categorias:

Auxiliar Judiciário – servidores que ingressaram com curso de ensino fundamental.

Técnico Judiciário – servidores que ingressaram com curso de ensino médio, ou curso técnico equivalente, correlacionado com a especialidade, se for o caso.

Analista Judiciário – servidores que ingressaram com curso de ensino superior, inclusive licenciatura plena, correlacionado com a especialidade, se for o caso.

- Tempo no Tribunal: variável quantitativa contínua, em anos, que expressa o tempo que o servidor foi admitido no TRT6.

- Jornada de trabalho: variável quantitativa contínua, em horas, que expressa o período em que o servidor esteja à disposição do TRT6.

c) Estado de saúde

- Saúde física: representada por quatro dimensões variando de 0 a 100 pontos: capacidade funcional, aspecto físico, dor, estado geral de saúde.

- Saúde mental: representada por quatro dimensões variando de 0 a 100 pontos: vitalidade, aspecto social, aspecto emocional, saúde mental.

#### **4.8 Análise dos dados**

Para análise dos dados foram obtidas distribuições absolutas, percentuais uni e bivariadas e as medidas estatísticas: média, mediana e desvio padrão (técnicas de estatística descritiva) e foram utilizadas técnicas de estatística inferencial através dos testes: F (ANOVA) com comparações de Tukey, Exato de Fisher desde que as condições para utilização do teste Qui-quadrado não fossem verificadas e o teste da Razão de Verossimilhança quando não foi possível obter o teste Exato de Fisher.

A margem de erro utilizada nas decisões dos testes estatísticos foi de 5%. O nível de significância estabelecido em todos os testes estatísticos utilizados foi de  $p < 0,05$ .

O software utilizado para digitação dos dados e obtenção dos cálculos estatísticos foi o SPSS® (*Statistical Package for the Social Sciences*) na versão 17.

#### **4.9 Aspectos éticos**

O presente estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães (CEP/CPqAM), apreciado e aprovado de acordo com o Registro no CAAE: 0018.0.095.000-11 (Anexo C) e está de acordo com a resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Foi solicitada a Carta de Anuência à Presidência do Tribunal Regional do Trabalho de Pernambuco.

Para a participação no estudo, todos os voluntários assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) que explicava os objetivos, os procedimentos para a coleta de dados, os riscos, a confidencialidade e a abrangência da pesquisa.

## 5 RESULTADOS

Neste capítulo, serão apresentados os resultados obtidos no presente estudo.

### 5.1 Características sócio-demográficas

Na Tabela 1, observa-se que a população de estudo foi constituída por 310 servidores, sendo 156 (50,3%) do sexo masculino e 154 (49,7%) do sexo feminino. A idade dos pesquisados variou dos 25 aos 69 anos, com média de 44 anos. A faixa etária foi em sua maioria de 40 a 49 anos 148 (47,7%), seguida de 25 a 39 anos 82 (26,5%) e 50 anos ou mais 80 (25,8%). A escolaridade é elevada, sendo a maioria absoluta pós-graduada 175 (56,5%), seguido de superior completo 89 (28,7%) e médio completo 46 (14,8%). No que diz respeito ao estado civil, os servidores casados ou que vivem com companheiros, corresponderam à maioria 204 (65,8%), os solteiros, separados, divorciados ou viúvos foram 106 (34,2%).

Tabela 1 – Distribuição dos servidores pesquisados segundo as características sócio-demográficas, Pernambuco, 2011.

| Variável                            | n          | %            |
|-------------------------------------|------------|--------------|
| <b>Sexo</b>                         |            |              |
| Masculino                           | 156        | 50,3         |
| Feminino                            | 154        | 49,7         |
| <b>Faixa etária</b>                 |            |              |
| 25 a 39                             | 82         | 26,5         |
| 40 a 49                             | 148        | 47,7         |
| 50 ou mais                          | 80         | 25,8         |
| <b>Escolaridade</b>                 |            |              |
| Médio completo                      | 46         | 14,8         |
| Superior completo                   | 89         | 28,7         |
| Pós-graduado                        | 175        | 56,5         |
| <b>Estado civil</b>                 |            |              |
| Solteiro/ Separado/Divorciado/Viúvo | 106        | 34,2         |
| Casado/ Companheiro                 | 204        | 65,8         |
| <b>Total</b>                        | <b>310</b> | <b>100,0</b> |

Fonte: Elaborado pela autora.

## 5.2 Características funcionais

Segundo os dados apresentados na tabela 2, encontramos que a maioria dos servidores pesquisados está lotada na Área judiciária 150 (48,4%), seguida da Área administrativa 119 (38,4%). Em relação ao cargo, a predominância é de Técnico Judiciário 229 (73,9%) e de Analista Judiciário 71 (22,9%). Quanto ao tempo de trabalho no Tribunal, 103 (33,2%) pesquisados apresentam entre 15 e 20 anos de serviço, 76 (24,5%) entre 10 e 15 anos e 56 (18,1%) estão na instituição há mais de 20 anos.

Tabela 2 – Distribuição dos servidores pesquisados segundo as características funcionais, Pernambuco, 2011.

| Variável                             | n          | %            |
|--------------------------------------|------------|--------------|
| <b>Lotação</b>                       |            |              |
| Área administrativa                  | 119        | 38,4         |
| Área judiciária                      | 150        | 48,4         |
| Área de apoio especializado          | 41         | 13,2         |
| <b>Cargo</b>                         |            |              |
| Analista Judiciário                  | 71         | 22,9         |
| Técnico Judiciário                   | 229        | 73,9         |
| Auxiliar Judiciário                  | 10         | 3,2          |
| <b>Tempo de trabalho no Tribunal</b> |            |              |
| De 1 a 5 anos                        | 38         | 12,3         |
| > 5 a 10 anos                        | 35         | 11,3         |
| > 10 a 15 anos                       | 76         | 24,5         |
| > 15 a 20 anos                       | 103        | 33,2         |
| > 20 anos                            | 56         | 18,1         |
| Ignorado                             | 2          | 0,6          |
| <b>Total</b>                         | <b>310</b> | <b>100,0</b> |

Fonte: Elaborado pela autora.



### 5.3 Estado de Saúde

Na Tabela 3 observam-se as estatísticas das dimensões relativas ao estado de saúde. Desta tabela, podemos destacar que as médias dos domínios variaram de 62,35 para vitalidade a 80,58 para capacidade funcional. As dimensões com os dois maiores escores foram aspectos físicos e capacidade funcional (com médias respectivamente 77,18 e 80,58). As duas dimensões com as piores avaliações foram vitalidade e dor (com médias respectivamente de 62,35 e 67,56).

Lembrando que as dimensões têm uma variação possível entre zero e 100, obtivemos valores máximos em todas as oito dimensões e os valores mínimos diferiram de zero nas dimensões Capacidade funcional (mínimo = 10); Estado geral de saúde (mínimo = 15); Vitalidade (mínimo = 5) e Saúde mental (mínimo = 8).

Observamos também que os escores médios relativos ao estado de saúde dos servidores pesquisados em todas as dimensões do SF-36, foram superiores à metade do valor máximo esperado, ou seja, 50.

A variabilidade expressa através do coeficiente de variação não se mostrou elevada desde que as referidas medidas fossem menores do que metade dos valores das médias correspondentes.

Tabela 3 – Estatística descritiva dos domínios relativos ao estado de saúde, Pernambuco, 2011.

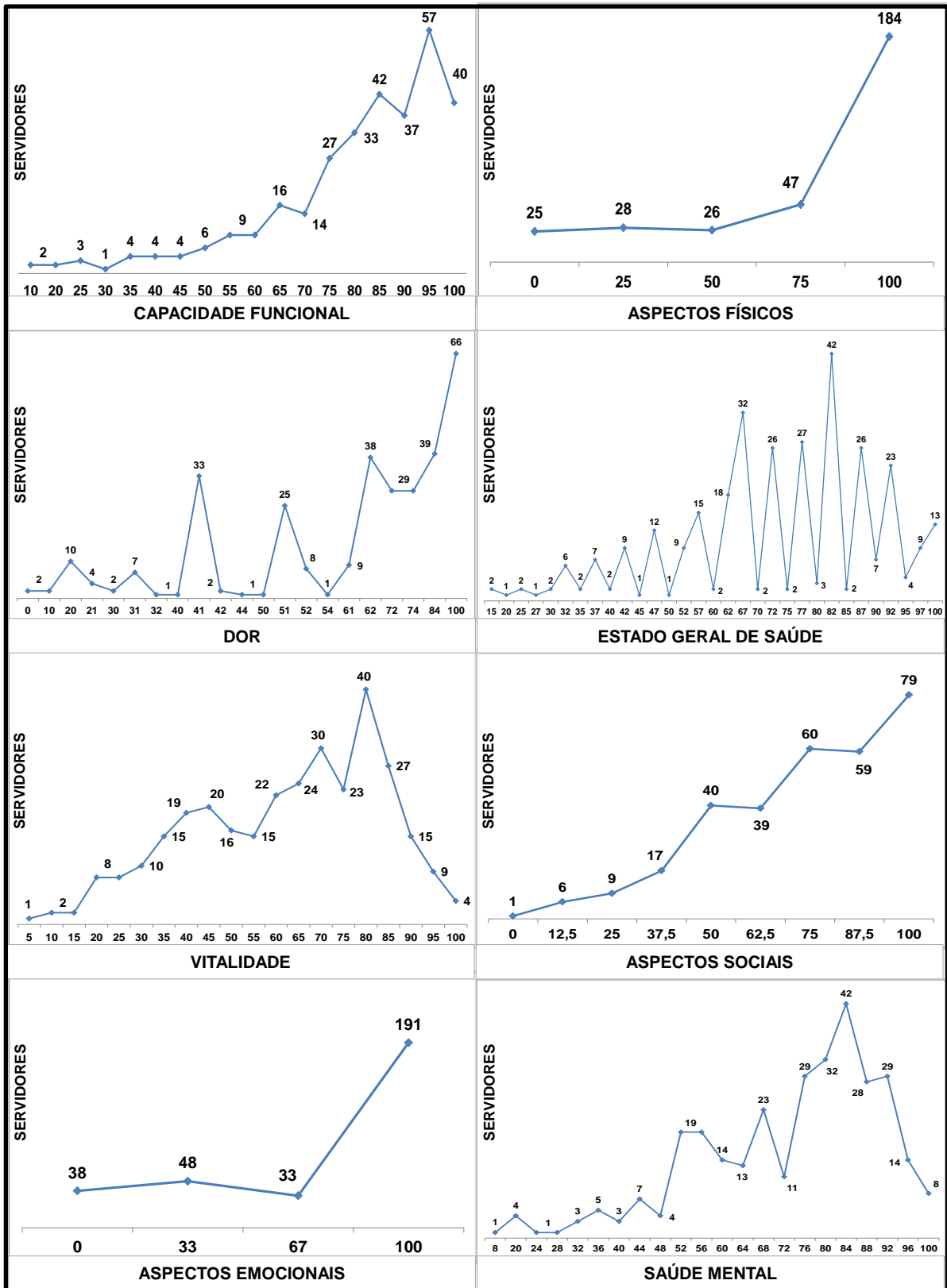
| <b>Domínios</b>              | <b>Média</b> | <b>Mediana</b> | <b>Desvio padrão</b> | <b>Mínimo</b> | <b>Máximo</b> |
|------------------------------|--------------|----------------|----------------------|---------------|---------------|
| <b>Capacidade funcional</b>  | 80,58        | 85,00          | 18,15                | 10            | 100           |
| <b>Aspectos físicos</b>      | 77,18        | 100,00         | 33,19                | 0             | 100           |
| <b>Dor</b>                   | 67,56        | 72,00          | 24,07                | 0             | 100           |
| <b>Estado geral de saúde</b> | 71,56        | 77,00          | 18,82                | 15            | 100           |
| <b>Vitalidade</b>            | 62,35        | 65,00          | 21,13                | 5             | 100           |
| <b>Aspectos sociais</b>      | 73,99        | 75,00          | 23,10                | 0             | 100           |
| <b>Aspectos emocionais</b>   | 73,87        | 100,00         | 36,80                | 0             | 100           |
| <b>Saúde mental</b>          | 73,17        | 76,00          | 17,83                | 8             | 100           |

Fonte: Elaborado pela autora.

Nota: Escores variando de 0 a 100.

A distribuição dos servidores pesquisados em cada uma das dimensões está apresentada na figura abaixo.

Figura 10 – Distribuição dos servidores segundo as dimensões relativas à condição de saúde, Pernambuco, 2011.



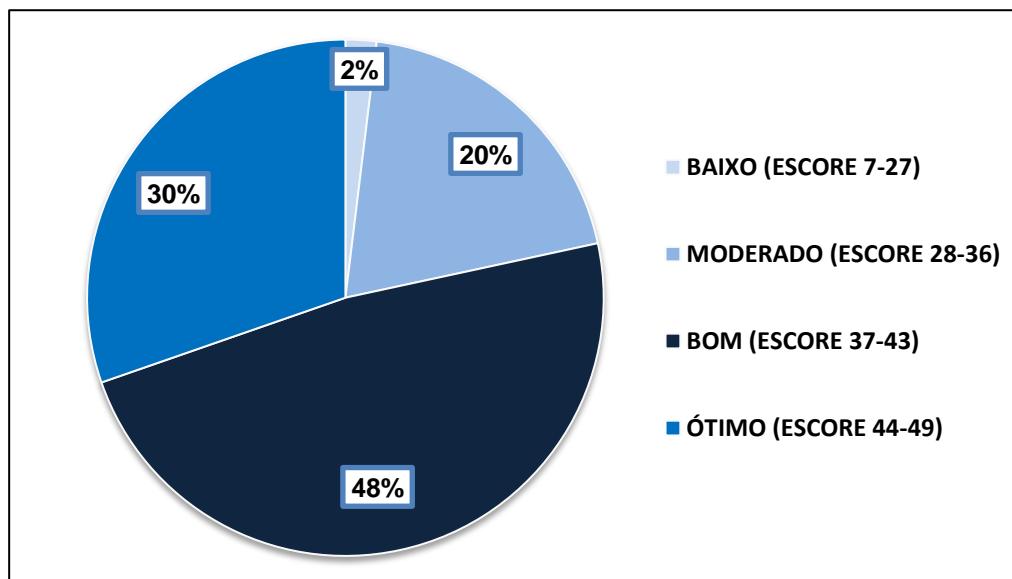
Fonte: Elaborado pela autora.

## 5.4 Índice de Capacidade para o Trabalho

Em relação à classificação do Índice de Capacidade para o Trabalho na população estudada, observa-se no gráfico 2 que 149 (48%) servidores apresentaram capacidade para o trabalho pertencente à categoria boa, 94 (30%) à categoria ótima, 61 (20%) à categoria moderada e apenas 6 (2%) à categoria baixa.

A média do ICT dos servidores deste estudo foi de 40 pontos, (desvio padrão de 5 pontos), variando de 22 a 49 pontos e mediana de 41 pontos.

Gráfico 2 – Classificação do Índice de Capacidade para o Trabalho na população estudada, Pernambuco, 2011.



Fonte: Elaborado pela autora.

Na tabela 4, observa-se que as dimensões que compõem o Índice de Capacidade para o Trabalho apresentaram os seguintes resultados: capacidade para o trabalho atual comparada com a melhor de toda a vida: 242 (78,10%) servidores ocuparam as três pontuações superiores da dimensão, ou seja, oito, nove e dez pontos. A capacidade para o trabalho em relação às exigências do trabalho: 222 (71,61%) servidores ocuparam as três pontuações superiores da dimensão, ou seja, oito, nove e dez pontos. O número atual de doenças diagnosticadas pelo médico: 74 (23,9%) servidores não referiram presença de doença (pontuação = 7) e 62 (20%) informaram 5 ou mais doenças (pontuação = 1).

Em relação à perda estimada para o trabalho devido às doenças: 163 (52,58%) servidores informaram que não têm nenhum impedimento/doença para realizar seu trabalho (pontuação = 6). Faltas ao trabalho por doenças nos últimos 12 meses: 139 (44,84%) servidores referiram até 9 dias de afastamento (pontuação = 4) e 125 (40,32%) negaram afastamento do trabalho por doenças nos últimos 12 meses (pontuação = 5). Prognóstico próprio sobre a capacidade para o trabalho daqui a dois anos: 276 (89,03%) servidores consideraram que é bastante provável que daqui a 2 anos sejam capazes de fazer o trabalho atual (pontuação = 7).

Quanto aos recursos mentais: 270 (87,10%) servidores ocuparam as duas pontuações superiores da dimensão, ou seja, 3 (sempre) e 4 (quase sempre), em termos de recursos mentais (capacidade para apreciar as atividades diárias, percepção de estar vivo e alerta, sentimento de esperança para o futuro).

Tabela 4 – Distribuição dos servidores segundo pontuação das dimensões do Índice de Capacidade para o Trabalho, Pernambuco, 2011.

| Dimensão do ICT                                                        | Pontuação |    |    |     |     |     |     |     |     |    | Total |     |
|------------------------------------------------------------------------|-----------|----|----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|----|-------|-----|
|                                                                        | 0         | 1  | 2  | 3   | 4   | 5   | 6   | 7   | 8   | 9  |       | 10  |
| Capacidade para o trabalho atual comparada com a melhor de toda a vida | -         | -  | -  | 4   | 3   | 8   | 11  | 42  | 105 | 79 | 58    | 310 |
| Capacidade para o trabalho em relação às exigências do trabalho        | -         | -  | 1  | 1   | 5   | 5   | 32  | 44  | 87  | 57 | 78    | 310 |
| Número de doenças atuais diagnosticadas pelo médico (pontos)           | -         | 62 | 29 | 30  | 46  | 69  | -   | 74  | -   | -  | -     | 310 |
| Perda estimada para o trabalho por causa de doenças                    | -         | -  | 5  | 2   | 52  | 88  | 163 | -   | -   | -  | -     | 310 |
| Faltas ao trabalho por doenças nos últimos 12 meses                    | -         | 4  | 16 | 26  | 139 | 125 | -   | -   | -   | -  | -     | 310 |
| Prognóstico próprio da capacidade para o trabalho daqui a dois anos    | -         | 7  | -  | -   | 27  | -   | -   | 276 | -   | -  | -     | 310 |
| Recursos mentais                                                       | -         | 3  | 37 | 116 | 154 | -   | -   | -   | -   | -  | -     | 310 |

Fonte: Elaborado pela autora.

Nota1: as caselas com (-) estão em branco porque estas pontuações não existem nas respectivas dimensões.

Nota2: ICT = Índice de Capacidade para o Trabalho.

No item seguinte, o trabalhador classifica a sua capacidade de trabalho atual em comparação com a sua melhor capacidade, usando uma escala de zero (incapacidade total) a 10 (capacidade máxima).

Na tabela 5, observamos que 105 (33,9%) servidores pontuaram a sua capacidade de trabalho atual com oito pontos, 79 (25,5%) com sete pontos e 58 (18,7%) com a pontuação máxima, ou seja, 10 pontos.

A nota mínima atribuída (zero), referente aos que se avaliaram como totalmente incapazes para o trabalho, não foi assinalada por nenhum pesquisado, a nota máxima (dez), dos que se sentem na sua melhor capacidade para o trabalho, foi assinalada por 58 (18,7%).

Tabela 5 – Distribuição da capacidade para o trabalho atual dos servidores comparada com a melhor de toda a vida, Pernambuco, 2011.

| <b>Pontuação da capacidade para o trabalho atual (questão 1 do ICT)</b> | <b>n</b>   | <b>%</b>     |
|-------------------------------------------------------------------------|------------|--------------|
| Três pontos                                                             | 4          | 1,3          |
| Quatro pontos                                                           | 3          | 1,0          |
| Cinco pontos                                                            | 8          | 2,6          |
| Seis pontos                                                             | 11         | 3,5          |
| Sete pontos                                                             | 42         | 13,5         |
| Oito pontos                                                             | 105        | 33,9         |
| Nove pontos                                                             | 79         | 25,5         |
| Dez pontos                                                              | 58         | 18,7         |
| <b>Total</b>                                                            | <b>310</b> | <b>100,0</b> |

Fonte: Elaborado pela autora.

Levando-se em conta a percepção do indivíduo acerca da sua capacidade atual em relação às exigências físicas do trabalho, por exemplo, fazer esforço físico com partes do corpo, observa-se na tabela 6, que 115 (37,1%) pesquisados relataram que sua capacidade física estava “boa”, 105 (33,9%) expuseram que estava “muito boa” e apenas 6 (1,9%) responderam que a capacidade física estava “muito baixa”.

Tabela 6 – Distribuição da capacidade para o trabalho atual dos servidores em relação às exigências físicas do mesmo, Pernambuco, 2011.

| <b>Capacidade em relação às exigências físicas (questão 2 do ICT)</b> | <b>n</b>   | <b>%</b>     |
|-----------------------------------------------------------------------|------------|--------------|
| Muito baixa (1 ponto)                                                 | 6          | 1,9          |
| Baixa (2 pontos)                                                      | 13         | 4,2          |
| Moderada (3 pontos)                                                   | 71         | 22,9         |
| Boa (4 pontos)                                                        | 115        | 37,1         |
| Muito boa (5 pontos)                                                  | 105        | 33,9         |
| <b>Total</b>                                                          | <b>310</b> | <b>100,0</b> |

Fonte: Elaborado pela autora.

Na tabela 7, observamos que a maioria absoluta 257 (82,9%) dos entrevistados relatou que a capacidade para o trabalho em relação às exigências mentais do mesmo estava “boa e muito boa”.

Neste item, leva-se em conta a percepção do indivíduo acerca da sua capacidade atual em relação às exigências mentais do trabalho, por exemplo, interpretar fatos, resolver problemas, decidir a melhor forma de fazer.

Tabela 7 – Distribuição da capacidade para o trabalho atual dos servidores em relação às exigências mentais do mesmo, Pernambuco, 2011.

| <b>Capacidade em relação às exigências mentais (questão 3 do ICT)</b> | <b>n</b>   | <b>%</b>     |
|-----------------------------------------------------------------------|------------|--------------|
| Muito baixa (1 ponto)                                                 | 2          | 0,6          |
| Baixa (2 pontos)                                                      | 6          | 1,9          |
| Moderada (3 pontos)                                                   | 45         | 14,5         |
| Boa (4 pontos)                                                        | 125        | 40,3         |
| Muito boa (5 pontos)                                                  | 132        | 42,6         |
| <b>Total</b>                                                          | <b>310</b> | <b>100,0</b> |

Fonte: Elaborado pela autora.

Observa-se na tabela 8, que 74 (23,9%) servidores relataram não apresentar nenhuma doença, 69 (22,3%) referiram uma doença, enquanto que 62 (20%) afirmaram pelo menos cinco doenças.

Neste item, encontramos uma listagem de 51 doenças, cada uma delas com a opção de preenchimento, doença diagnosticada pelo médico ou doença de opinião própria. O trabalhador deverá referir quais as doenças ou lesões de que sofre neste momento para que sejam identificadas na listagem.

O valor ponderado deste item obtém-se em função do número de doenças que foram diagnosticadas pelo médico, variando de nenhuma doença, a pelo menos cinco doenças.

Tabela 8 – Distribuição do número de doenças atuais dos servidores diagnosticadas por médico, Pernambuco, 2011.

| <b>Quantidade de doenças atuais diagnosticadas por médico (questão 4 do ICT)</b> | <b>n</b>   | <b>%</b>     |
|----------------------------------------------------------------------------------|------------|--------------|
| Nenhuma doença                                                                   | 74         | 23,9         |
| Uma doença                                                                       | 69         | 22,3         |
| Duas doenças                                                                     | 46         | 14,8         |
| Três doenças                                                                     | 30         | 9,7          |
| Quatro doenças                                                                   | 29         | 9,4          |
| Pelo menos cinco doenças                                                         | 62         | 20           |
| <b>Total</b>                                                                     | <b>310</b> | <b>100,0</b> |

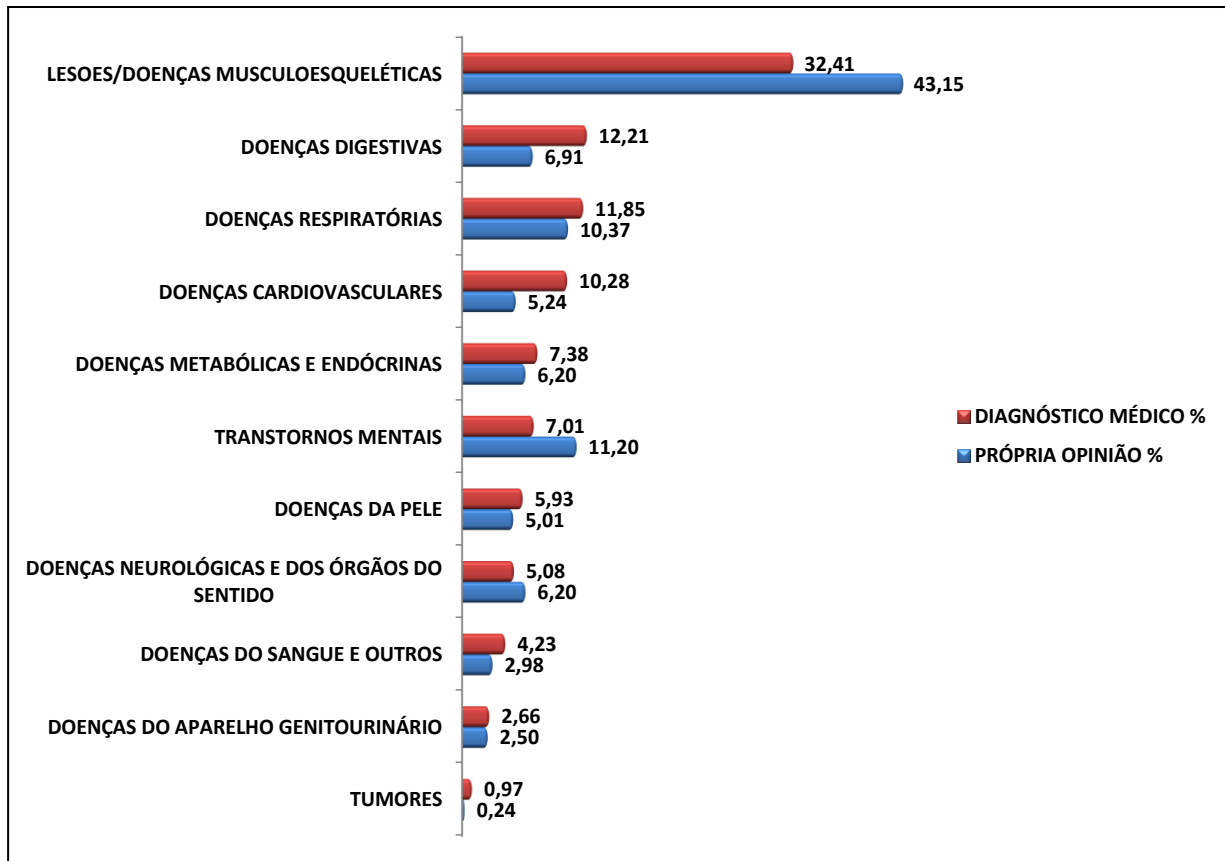
Fonte: Elaborado pela autora.

O gráfico 3, refere-se à distribuição das lesões / doenças por grupos segundo diagnóstico médico e própria opinião dos pesquisados.

Nota-se que as lesões/doenças musculoesqueléticas foram predominantes, tanto no relato de doenças com diagnóstico médico (32,41%) como na própria opinião dos servidores (43,15%).

Merece destaque também, o grupo dos transtornos mentais em que houve uma inversão de resultados, ou seja, a resposta dos servidores pesquisados em sua própria opinião (11,20%) foi maior que aqueles com diagnóstico médico (7,01%).

Gráfico 3 – Distribuição das lesões/doenças por grupos segundo o diagnóstico médico e na própria opinião dos pesquisados, Pernambuco, 2011.



Fonte: Elaborado pela autora.

Nota: Considerando que uma mesma pessoa tenha citado mais de uma lesão/doença, registra-se a base para o cálculo dos percentuais e não o total.

No item a seguir, o trabalhador avalia se a sua doença ou lesão atual é de alguma forma limitante para a realização do seu trabalho. Sendo que 6 pontos significa que o indivíduo não tem impedimento ou doenças e 1 ponto representa a incapacidade total para trabalhar.

Na tabela 9, observa-se que 163 (52,6%) dos pesquisados não consideram que há impedimento para o trabalho, 88 (28,4%) referem que o trabalho lhes causa alguns sintomas, 52 (28,4%) afirmam que algumas vezes precisaram diminuir ou mudar o ritmo de trabalho devido à doença.

Merece destaque no presente estudo, o fato de nenhum servidor pesquisado responder ser totalmente incapaz para o trabalho.



Tabela 9 – Distribuição da perda estimada para o trabalho dos servidores devido às doenças, Pernambuco, 2011.

| <b>Impedimento para o trabalho (questão 5 do ICT)</b>      | <b>n</b>   | <b>%</b>     |
|------------------------------------------------------------|------------|--------------|
| Estou totalmente incapacitado para o trabalho              | 0          | 0            |
| Capaz de trabalhar apenas em tempo parcial                 | 5          | 1,6          |
| Diminui o ritmo de trabalho ou muda os métodos de trabalho | 2          | 0,6          |
| Algumas vezes precisa diminuir o ritmo de trabalho ou muda | 52         | 16,8         |
| O trabalho causa alguns sintomas                           | 88         | 28,4         |
| Não há impedimento/ Eu não tenho doença                    | 163        | 52,6         |
| <b>Total</b>                                               | <b>310</b> | <b>100,0</b> |

Fonte: Elaborado pela autora.

Na questão 6 do ICT, pretende-se saber se os trabalhadores necessitaram faltar ao trabalho nos últimos 12 meses devido a problemas de saúde.

A avaliação deste item varia de um a cinco pontos sendo que, um ponto significa que o indivíduo faltou entre 100 a 365 dias no último ano, dois pontos significa faltas entre 25 a 99 dias, três pontos será para faltas entre 10 a 24 dias, quatro pontos para faltas até 9 dias e cinco pontos significa que o mesmo não se ausentou nenhum dia devido à doença.

Observa-se na tabela 10, que 139 (44,8%) servidores faltaram ao trabalho por até 9 dias devido a doenças no último ano; seguido de 125 (40,3%) que não se ausentaram nenhum dia no último ano devido à doença.

Tabela 10 – Distribuição dos dias de falta ao trabalho dos servidores por doenças nos últimos 12 meses, Pernambuco, 2011.

| <b>Dias de faltas ao trabalho (questão 6 do ICT)</b> | <b>n</b>   | <b>%</b>     |
|------------------------------------------------------|------------|--------------|
| 100 a 365 dias                                       | 4          | 1,3          |
| 25 a 99 dias                                         | 16         | 5,2          |
| 10 a 24 dias                                         | 26         | 8,4          |
| Até 9 dias                                           | 139        | 44,8         |
| Nenhum dia                                           | 125        | 40,3         |
| <b>Total</b>                                         | <b>310</b> | <b>100,0</b> |

Fonte: Elaborado pela autora.

Neste item seguinte, os entrevistados fazem uma previsão acerca da sua capacidade para o trabalho para daqui a dois anos considerando o seu presente estado de saúde. Para este prognóstico, os indivíduos tiveram que optar entre três itens: improvável, que corresponde a 1 ponto, não estou muito certo, 4 pontos e bastante provável, 7 pontos.

Na tabela 11, observamos que a grande maioria, 276 (89%), considerou bastante provável que daqui a 2 anos sejam capazes de realizar o trabalho atual; seguida de 27 (8,7%) servidores que não estavam muito certo disso.

Tabela 11 – Distribuição do prognóstico próprio da capacidade para o trabalho dos servidores daqui a 2 anos, Pernambuco, 2011.

| <b>Prognóstico próprio daqui a 2 anos (questão 7 do ICT)</b> | <b>n</b>   | <b>%</b>     |
|--------------------------------------------------------------|------------|--------------|
| É improvável (1 ponto)                                       | 7          | 2,3          |
| Não estou muito certo (4 pontos)                             | 27         | 8,7          |
| Bastante provável (7 pontos)                                 | 276        | 89           |
| <b>Total</b>                                                 | <b>310</b> | <b>100,0</b> |

Fonte: Elaborado pela autora.

As questões 8, 9 e 10 do ICT têm por objetivo analisar os recursos mentais dos trabalhadores, no sentido de o servidor ter conseguido apreciar as suas atividades diárias.

Digno de nota na tabela 12, que 126 (40,6%) servidores responderam que quase sempre conseguem apreciar as atividades diárias, seguido de 107 (34,5%) que relatam que sempre apreciam as atividades diárias. A minoria absoluta 2 (0,6%) referiu nunca apreciar as suas atividades diárias.

Tabela 12 – Distribuição da capacidade dos servidores para apreciar as atividades diárias, Pernambuco, 2011.

| <b>Apreciação das atividades diárias (questão 8 do ICT)</b> | <b>n</b>   | <b>%</b>     |
|-------------------------------------------------------------|------------|--------------|
| Nunca (0 ponto)                                             | 2          | 0,6          |
| Raramente (1 ponto)                                         | 15         | 4,8          |
| Às vezes (2 pontos)                                         | 60         | 19,4         |
| Quase sempre (3 pontos)                                     | 126        | 40,6         |
| Sempre (4 pontos)                                           | 107        | 34,5         |
| <b>Total</b>                                                | <b>310</b> | <b>100,0</b> |

Fonte: Elaborado pela autora.

Nota: Este item refere-se à vida em geral, tanto no trabalho como no tempo livre.

Na tabela 13, observa-se que 143 (46,1%) servidores responderam que quase sempre se sentem ativos e alerta, seguidos de 112 (36,1%) que referem sempre estar ativos e alerta. A minoria absoluta 2 (0,6%) referiu nunca estar ativo e alerta.

Tabela 13 – Distribuição dos servidores em relação à percepção de estar ativo e alerta, Pernambuco, 2011.

| <b>Sente-se ativo e alerta (questão 9 do ICT)</b> | <b>n</b>   | <b>%</b>     |
|---------------------------------------------------|------------|--------------|
| Nunca (0 ponto)                                   | 2          | 0,6          |
| Raramente (1 ponto)                               | 7          | 2,3          |
| Às vezes (2 pontos)                               | 46         | 14,8         |
| Quase sempre (3 pontos)                           | 143        | 46,1         |
| Sempre (4 pontos)                                 | 112        | 36,1         |
| <b>Total</b>                                      | <b>310</b> | <b>100,0</b> |

Fonte: Elaborado pela autora.

Nota: Este item refere-se à vida em geral, tanto no trabalho como no tempo livre.

Já na tabela 14, observamos que 130 (41,9%) servidores responderam que sempre sentem esperança em relação ao futuro, seguidos de 101 (32,6%) que referiram quase sempre sentir esperança em relação ao futuro. A minoria absoluta 2 (0,6%) referiu que nunca sentem esperança para o futuro.

Tabela 14 – Distribuição dos servidores em relação ao sentimento de esperança para o futuro, Pernambuco, 2011.

| <b>Com esperança para o futuro (questão 10 do ICT)</b> | <b>n</b>   | <b>%</b>     |
|--------------------------------------------------------|------------|--------------|
| Nunca (0 ponto)                                        | 2          | 0,6          |
| Raramente (1 ponto)                                    | 17         | 5,5          |
| Às vezes (2 pontos)                                    | 60         | 19,4         |
| Quase sempre (3 pontos)                                | 101        | 32,6         |
| Sempre (4 pontos)                                      | 130        | 41,9         |
| <b>Total</b>                                           | <b>310</b> | <b>100,0</b> |

Fonte: Elaborado pela autora.

Nota: Este item refere-se à vida em geral, tanto no trabalho como no tempo livre.

## 5.5 Análise dos fatores associados à Capacidade para o Trabalho

Na Tabela 15, se apresentam os resultados do grau de capacidade para o trabalho no grupo total segundo as variáveis sócio-demográficas.

Destacamos que não se comprova associação estatisticamente significativa entre o grau de capacidade para o trabalho e as características sócio-demográficas faixa etária, sexo, estado civil e escolaridade ( $p = 0,582$ ;  $p = 0,593$ ;  $p = 0,894$ ;  $p = 0,439$ , respectivamente).

Mesmo sem comprovação de associação significativa, cabe destacar que foi possível perceber, que com o avanço da idade, o grau de capacidade para o trabalho apresentou uma tendência de aumento. Já em relação ao sexo, o feminino apresenta-se com a distribuição maior nos baixos graus do ICT (baixo e moderado), enquanto que o masculino tem maior distribuição nos altos graus do ICT (bom e ótimo).

Tabela 15 – Estatística descritiva do Grau de Capacidade para o Trabalho segundo os dados sócio-demográficos, Pernambuco, 2011.

| Variável            | Grau de capacidade para o trabalho |            |           |             |            |             |           |             | Total      | Valor de p   |                   |
|---------------------|------------------------------------|------------|-----------|-------------|------------|-------------|-----------|-------------|------------|--------------|-------------------|
|                     | Baixo                              |            | Moderado  |             | Bom        |             | Ótimo     |             |            |              |                   |
|                     | n                                  | %          | N         | %           | n          | %           | N         | %           |            |              |                   |
| <b>Grupo Total</b>  | <b>6</b>                           | <b>1,9</b> | <b>61</b> | <b>19,7</b> | <b>149</b> | <b>48,1</b> | <b>94</b> | <b>30,3</b> | <b>310</b> | <b>100,0</b> |                   |
| <b>Sexo</b>         |                                    |            |           |             |            |             |           |             |            |              |                   |
| Masculino           | 3                                  | 1,9        | 27        | 17,3        | 74         | 47,4        | 52        | 33,3        | 156        | 100,0        | $p^{(1)} = 0,593$ |
| Feminino            | 3                                  | 1,9        | 34        | 22,1        | 75         | 48,7        | 42        | 27,3        | 154        | 100,0        |                   |
| <b>Faixa etária</b> |                                    |            |           |             |            |             |           |             |            |              |                   |
| 25 a 39             | 1                                  | 1,2        | 15        | 18,3        | 41         | 50,0        | 25        | 30,5        | 82         | 100,0        | $p^{(1)} = 0,582$ |
| 40 a 49             | 3                                  | 2,0        | 33        | 22,3        | 63         | 42,6        | 49        | 33,1        | 148        | 100,0        |                   |
| 50 ou mais          | 2                                  | 2,5        | 13        | 16,3        | 45         | 56,3        | 20        | 25,0        | 80         | 100,0        |                   |
| <b>Escolaridade</b> |                                    |            |           |             |            |             |           |             |            |              |                   |
| Médio completo      | 1                                  | 2,2        | 4         | 8,7         | 27         | 58,7        | 14        | 30,4        | 46         | 100,0        | $p^{(1)} = 0,439$ |
| Superior completo   | 1                                  | 1,1        | 22        | 24,7        | 39         | 43,8        | 27        | 30,3        | 89         | 100,0        |                   |
| Pós-graduado        | 4                                  | 2,3        | 35        | 20,0        | 83         | 47,4        | 53        | 30,3        | 175        | 100,0        |                   |
| <b>Estado civil</b> |                                    |            |           |             |            |             |           |             |            |              |                   |
| Solteiro*           | 2                                  | 1,9        | 21        | 19,8        | 48         | 45,3        | 35        | 33,0        | 106        | 100,0        | $p^{(1)} = 0,894$ |
| Casado**            | 4                                  | 2,0        | 40        | 19,6        | 101        | 49,5        | 59        | 28,9        | 204        | 100,0        |                   |

Fonte: Elaborado pela autora.

Nota1: (1): Através do teste Exato de Fisher.

Nota2: \* Solteiro / Separado / Divorciado / Viúvo.

Nota3: \*\* Casado / Companheiro.

Dos resultados apresentados na Tabela 16, não se comprova associação significativa entre o grau de capacidade para o trabalho com nenhuma das variáveis relacionadas à função.

Mesmo assim, cabe-se destacar que o percentual dos que tinham o grau ótimo foi mais elevado entre os pesquisados do apoio especializado do que os da área Judiciária e Administrativa; foi menos elevado entre os que tinham cargo de Auxiliar judiciário do que os que tinham cargo de Analistas e Técnicos judiciários; foi menos elevado entre os que tinham mais de 20 anos de trabalho no Tribunal.

Tabela 16 – Estatística descritiva do Grau de Capacidade para o Trabalho segundo os dados relacionados às características funcionais, Pernambuco, 2011.

| Variável                             | Grau de capacidade para o trabalho |            |           |             |            |             |           |             | Total      | Valor de p   |                          |
|--------------------------------------|------------------------------------|------------|-----------|-------------|------------|-------------|-----------|-------------|------------|--------------|--------------------------|
|                                      | Baixo                              |            | Moderado  |             | Bom        |             | Ótimo     |             |            |              |                          |
|                                      | n                                  | %          | N         | %           | n          | %           | n         | %           |            |              |                          |
| <b>Lotação/ Área</b>                 |                                    |            |           |             |            |             |           |             |            |              |                          |
| Administrativa                       | 1                                  | 0,8        | 26        | 21,8        | 59         | 49,6        | 33        | 27,7        | 119        | 100,0        | p <sup>(1)</sup> = 0,176 |
| Judiciária                           | 3                                  | 2,0        | 31        | 20,7        | 70         | 46,7        | 46        | 30,7        | 150        | 100,0        |                          |
| Apoio especializado                  | 2                                  | 4,9        | 3         | 7,3         | 19         | 46,3        | 17        | 41,5        | 41         | 100,0        |                          |
| <b>Grupo Total</b>                   | <b>6</b>                           | <b>1,9</b> | <b>60</b> | <b>19,4</b> | <b>148</b> | <b>47,7</b> | <b>94</b> | <b>31,0</b> | <b>310</b> | <b>100,0</b> |                          |
| <b>Cargo</b>                         |                                    |            |           |             |            |             |           |             |            |              |                          |
| Analista judiciário                  | 2                                  | 2,8        | 12        | 16,9        | 34         | 47,9        | 23        | 32,4        | 71         | 100,0        | p <sup>(1)</sup> = 0,894 |
| Técnico judiciário                   | 4                                  | 1,7        | 46        | 20,1        | 107        | 46,7        | 72        | 31,4        | 229        | 100,0        |                          |
| Auxiliar judiciário                  | -                                  | -          | 3         | 30,0        | 5          | 50,0        | 2         | 20,0        | 10         | 100,0        |                          |
| <b>Grupo Total</b>                   | <b>6</b>                           | <b>1,9</b> | <b>61</b> | <b>19,7</b> | <b>146</b> | <b>47,1</b> | <b>97</b> | <b>31,3</b> | <b>310</b> | <b>100,0</b> |                          |
| <b>Tempo de trabalho no Tribunal</b> |                                    |            |           |             |            |             |           |             |            |              |                          |
| De 1 a 5 anos                        | -                                  | -          | 6         | 15,8        | 22         | 57,9        | 10        | 26,3        | 38         | 100,0        | p <sup>(2)</sup> = 0,150 |
| > 5 a 10 anos                        | 1                                  | 2,9        | 5         | 14,3        | 14         | 40,0        | 15        | 42,9        | 35         | 100,0        |                          |
| > 10 a 15 anos                       | 1                                  | 1,3        | 14        | 18,4        | 36         | 47,4        | 25        | 32,9        | 76         | 100,0        |                          |
| > 15 a 20 anos                       | 3                                  | 2,9        | 27        | 26,2        | 40         | 38,8        | 33        | 32,0        | 103        | 100,0        |                          |
| > 20 anos                            | 1                                  | 1,8        | 9         | 16,1        | 36         | 64,3        | 10        | 17,9        | 56         | 100,0        |                          |
| <b>Grupo Total</b>                   | <b>6</b>                           | <b>1,9</b> | <b>61</b> | <b>19,8</b> | <b>148</b> | <b>48,1</b> | <b>93</b> | <b>30,2</b> | <b>308</b> | <b>100,0</b> |                          |

Fonte: Elaborado pela autora.

Nota: (1): Através do teste Exato de Fisher.

(2): Através do teste de Razão de Verossimilhança.

Na Tabela 17, observam-se as estatísticas das dimensões do SF36 segundo o grau de capacidade para o trabalho.

Desta tabela se destaca a presença de diferenças significativas entre todas as categorias para cada uma das dimensões ( $p < 0,05$ ) através dos testes de comparações múltiplas (em pares).

Com exceção dos graus baixo e moderado, se comprova diferença significativa entre as demais combinações.

Tabela 17 – Estatística do Grau de Capacidade para o Trabalho segundo as dimensões relativas ao estado de saúde, Pernambuco, 2011.

| Dimensões                    | Grau de Capacidade para o Trabalho |                        |                      |                      | Valor de p            |
|------------------------------|------------------------------------|------------------------|----------------------|----------------------|-----------------------|
|                              | Baixo<br>Média ± DP                | Moderado<br>Média ± DP | Bom<br>Média ± DP    | Ótimo<br>Média ± DP  |                       |
| <b>Capacidade funcional</b>  | 56,67 ± 26,20<br>(A)               | 66,64 ± 20,24<br>(A)   | 80,91 ± 16,93<br>(B) | 90,64 ± 8,37<br>(C)  | $p^{(1)}$<br>< 0,001* |
| <b>Aspectos físicos</b>      | 25,00 ± 31,62<br>(A)               | 55,33 ± 41,61<br>(A)   | 81,54 ± 28,97<br>(B) | 87,77 ± 22,82<br>(B) | $p^{(1)}$<br>< 0,001* |
| <b>Dor</b>                   | 42,33 ± 35,02<br>(A)               | 48,15 ± 22,08<br>(A)   | 67,55 ± 21,03<br>(B) | 81,79 ± 18,65<br>(C) | $p^{(1)}$<br>< 0,001* |
| <b>Estado geral de saúde</b> | 38,00 ± 14,57<br>(A)               | 54,67 ± 17,95<br>(A)   | 73,40 ± 14,84<br>(B) | 81,76 ± 15,39<br>(C) | $p^{(1)}$<br>< 0,001* |
| <b>Vitalidade</b>            | 34,17 ± 13,57<br>(A)               | 42,46 ± 17,65<br>(A)   | 63,39 ± 18,64<br>(B) | 75,43 ± 15,32<br>(C) | $p^{(1)}$<br>< 0,001* |
| <b>Aspectos sociais</b>      | 39,58 ± 24,26<br>(A)               | 54,10 ± 21,25<br>(A)   | 75,59 ± 20,10<br>(B) | 86,57 ± 17,51<br>(C) | $p^{(1)}$<br>< 0,001* |
| <b>Aspectos emocionais</b>   | 38,89 ± 44,31<br>(A)               | 55,19 ± 41,67<br>(A)   | 73,60 ± 36,20<br>(B) | 88,65 ± 25,66<br>(C) | $p^{(1)}$<br>< 0,001* |
| <b>Saúde mental</b>          | 46,00 ± 24,10<br>(A)               | 57,05 ± 18,05<br>(A)   | 74,42 ± 15,18<br>(B) | 83,40 ± 11,02<br>(C) | $p^{(1)}$<br>< 0,001* |

Fonte: Elaborado pela autora.

Nota1: (\*): Diferença significativa ao nível de 5,0%.

Nota2: (1): Através do teste F (ANOVA) com comparações múltiplas de Tukey.

Nota3: Se as letras entre parêntesis são distintas existe diferença significativa entre os graus de capacidade para o trabalho.

## 6 DISCUSSÃO

Por vezes sentimos que aquilo que fazemos  
Não é senão uma gota de água no mar.  
Mas o mar seria menor  
Se lhe faltasse uma gota.  
(Madre Teresa de Calcutá).

Esta pesquisa analisou as relações entre Capacidade para o Trabalho e Saúde dos servidores do Tribunal Regional do Trabalho de Pernambuco.

Este estudo tem algumas limitações que merecem ser destacadas. O uso do questionário, embora tão comumente utilizado em estudos transversais, pode reduzir a qualidade das medidas. As informações coletadas podem sofrer a influência de diversos fatores, como memória, capacidade de compreensão e interesses particulares dos respondentes.

O possível receio dos trabalhadores de serem prejudicados com as respostas deve ser considerado, uma vez que o questionário era aplicado dentro da instituição, apesar da garantia do anonimato das respostas.

O fato do desenho transversal dessa pesquisa não permitir estabelecer relações causais entre os diversos fatores analisados, trata-se de uma limitação. Para isso são necessários estudos longitudinais. Da mesma forma, para o entendimento de como ocorre a dinâmica destas relações, são úteis os estudos com abordagem qualitativa.

Deve ser considerado como uma fonte potencial de viés o efeito do trabalhador sadio. De acordo com Bonita, Beaglehole e Kjellström (2010), os estudos em epidemiologia ocupacional incluem frequentemente apenas pessoas saudáveis. Assim o grupo de trabalhadores expostos apresenta menor taxa de mortalidade geral em relação ao mesmo grupo etário na população geral. Para ser ativo na sua ocupação, o trabalhador precisa estar razoavelmente saudável. As pessoas doentes e incapacitadas são seletivamente excluídas dos grupos de estudo.

O efeito do trabalhador sadio é apontado como fator de confusão e de viés em estudos epidemiológicos de morbidade e mortalidade em saúde do trabalhador, e que não se consegue controlar na coleta e análise dos dados.

Esse efeito é um fenômeno complexo e difícil de ser mensurado, mas deve ser considerado quando da avaliação dos resultados em saúde do trabalhador

Embora os dados obtidos neste estudo não permitam dimensionar este efeito, ele não deve ser descartado dado o elevado padrão de qualidade de saúde e de capacidade para o trabalho, bem como as condições sócio trabalhistas diferenciadas em relação à grande parcela da população do país.

O efeito do trabalhador sadio também é apontado em diversos estudos sobre a capacidade para o trabalho, como os de Assunção, Sampaio e Nascimento (2010), Bellusci (2003), Bomfim (2009), Costa (2005), Hilleshein (2011), Martinez (2006), Martinez e Latorre (2008, 2009), Martinez; Latorre e Fischer (2009), Menegon (2011), Pohjonen (2001), Rabacow (2008), Raffone e Hennington (2005), Vasconcelos (2009), como causador de possível distorção nos perfis identificados, bem como nas associações estudadas.

Outra limitação já apontada nos estudos de Martinez, Latorre e Fischer (2009) e Silva Júnior (2010), é a definição dos pontos de corte do escore do ICT, por terem como base os resultados de estudos realizados com trabalhadores finlandeses. Considerando que os trabalhadores brasileiros têm diferente composição demográfica e estão expostos a condições de trabalho e vida diferentes daquelas da Finlândia, é bem provável que estejam sujeitos a um padrão de envelhecimento funcional diferente e, por isso, os pontos de corte originais podem não ser válidos.

Na presente pesquisa não foi possível estudar variáveis relacionadas com o estilo de vida, tais como, hábito de fumar ou ingerir bebidas alcoólicas, praticar exercício físico, índice de massa corpórea e outras, apresentando-se tal como uma limitação ao nosso estudo, visto que algumas dessas variáveis poderiam apresentar associação com a perda da capacidade para o trabalho e deterioração da saúde.

Destaca-se que para garantir a validade interna do estudo foram tomadas algumas medidas para evitar erros sistemáticos. Para minimizar o viés de aferição foram utilizados questionários já adaptados e/ou validados para uso no Brasil, tomando-se o cuidado de realizar um pré-teste e de orientar os participantes da pesquisa quanto ao preenchimento dos questionários.

A consistência interna e a confiabilidade do ICT e do SF-36 foram avaliadas pelo *Alpha de Crombach* e mostrou-se satisfatória.



~~~~~

A discussão dos resultados será feita separadamente. No primeiro momento é analisada a caracterização sócio – demográfica e funcional da amostra, seguindo-se uma análise dos valores obtidos pelo estado de saúde e depois pelo ICT. Em seguida, analisamos a relação entre as características sócio – demográficas e funcionais com o ICT, e por último, a relação dos resultados do ICT com os resultados do estado de saúde avaliado pelo SF-36.

Os achados foram comparados com estudos que envolvem trabalhadores do Brasil e do mundo, nos quais a capacidade para o trabalho foi avaliada pelo ICT assim como, o estado de saúde foi mensurado pelo SF-36, buscando-se semelhanças e distinções.

6.1 As características sócio – demográficas

Em relação em relação ao sexo, houve distribuição semelhante na amostra pesquisada.

Recentemente, uma pesquisa divulgada pelo IBGE (2012) revela que das mulheres brasileiras ocupadas no mercado de trabalho em 2011, 22,6% estavam no setor público, enquanto entre os homens, esse percentual era de 10,5%. Analisando a distribuição da população ocupada, exclusivamente no setor público, ele era composto por 55,3% de mulheres e 44,7% de homens.

Destaque-se que os dados relativos ao sexo estão de acordo com o quantitativo de servidores ativos do Tribunal Regional da 6ª Região onde a Secretaria de Recursos Humanos da instituição revelou que atualmente, no quadro dos 1944 servidores ativos, 982 são mulheres e 962 são homens.

A pesquisa também revelou que, os servidores pesquisados predominaram na faixa etária dos 40 aos 49 anos, a média de idade foi de 44 anos, com idade mínima de 25 e máxima de 69 anos o que pode ser justificado pela estabilidade no emprego, característica do funcionalismo público.

Esta faixa etária também foi encontrada no estudo realizado por Campos (2011) com os servidores do Tribunal Regional do Trabalho de Goiânia, representando 32,9%. O autor destaca que ao mesmo tempo nesta parcela de

servidores, foram encontradas as maiores queixas dos desconfortos musculoesqueléticos.

Corroboram os estudos de Riboldi (2008) e Sancinetti (2009), realizados com servidores públicos do Hospital das Clínicas de Porto Alegre e do Hospital Universitário de São Paulo, respectivamente, onde os enfermeiros com mais de 40 anos de idade foram os que apresentaram as maiores taxas de absenteísmo-doença, sendo necessária maior atenção à saúde desses trabalhadores para que seja mantida a capacidade para o trabalho.

Hilleshein (2011) em seu estudo com 195 servidores públicos do Hospital das Clínicas de Porto Alegre sobre a interface entre o pessoal e o laboral dos enfermeiros, relacionado com a capacidade para o trabalho e a promoção da saúde, apresentou dados semelhantes ao presente, pois também houve predominância da faixa etária dos 40 aos 49 anos, abrangendo 37,3% dos enfermeiros.

Achados distintos foram encontrados nos estudos de Bellusci (1999, 2003) que avaliaram os servidores ativos, em exercício de suas funções, do Tribunal Regional Federal da 3ª Região, São Paulo. Em 1999, a idade mediana da amostra estudada foi de 34 anos e 75% dos servidores tinham até 41 anos; já em 2003, a amostra foi dividida em dois grupos, nos grupos A e B observou-se predominância da faixa etária dos 21 aos 40 anos.

A faixa etária predominante nessa pesquisa também revela a questão do envelhecimento funcional. A Organização Mundial da Saúde (1993) definiu como trabalhador em envelhecimento aquele a partir dos 45 anos de idade, pois é nesta fase que se iniciam a diminuição de certas capacidades funcionais necessárias ao desempenho das atividades laborais.

De acordo com Camarato e Pasinato (2008), assume-se que a partir dessa idade as perdas de algumas capacidades funcionais tendem a se acentuar caso medidas preventivas não sejam adotadas concomitantemente, bem como se as condições de trabalho não forem adequadas.

Conforme comentado no decorrer desta dissertação, o processo de envelhecimento da população brasileira vem ocorrendo intensamente, nos últimos anos, em consequência da dinâmica demográfica, a qual afetou profundamente a

composição etária da População Economicamente Ativa (PEA), aumentando a proporção de pessoas adultas, com 40 anos ou mais.

Segundo Kreling (2010), tal segmento, em período recente, passou a representar a parcela mais importante do conjunto de trabalhadores, sendo motivo de preocupação pela importância que assumem no mercado de trabalho, não só por representar a maioria, mas também por deterem maior experiência no trabalho e maior responsabilidade no sustento da família.

O envelhecimento da população e, particularmente, da PEA exigirá, no futuro não muito distante, indispensáveis ajustes em termos de flexibilidade do mercado de trabalho, de modo a contemplar os requisitos necessários a uma força de trabalho mais madura, mais sujeita a riscos físicos e com menores agilidade e força física, além de, proporcionalmente, menos instruída do que os segmentos mais jovens, dada a expressiva melhoria educacional brasileira em anos recentes (IPEA, 2009, p.114).

Ao analisar-se a questão da escolaridade, merecem destaque os dados do IPEA (2012), os quais revelam que 60,1% dos trabalhadores da PEA da região metropolitana de Recife têm o ensino médio completo.

Neste estudo, 85,2% dos servidores têm nível universitário. É inegável que a escolaridade no serviço público é alta. O que corrobora com a existência do plano de cargos e carreiras na instituição, podendo o servidor possuir uma maior escolaridade do que a exigida pela função, o que eleva o seu nível salarial através do adicional de qualificação e da função comissionada, incentivando-o a continuar estudando.

Nota-se que a maioria dos servidores ora estudados possuem ao menos curso de nível superior e que em alguns casos, assumiram cargos destinados a pessoas com nível médio. É provável que essa situação gere problemas de inadequação às atividades exercidas por excesso de qualificação, podendo gerar inclusive, uma insatisfação, mas, por outro lado, nada impede que tais servidores assumam cargos de chefia e assim adquiram posições mais compatíveis com o grau de instrução que possuem.

O desenvolvimento de novos paradigmas no mundo do trabalho levou o setor público a promover a capacitação/aperfeiçoamento e qualificação da sua força de trabalho, com o objetivo de formar quadros profissionais para servir aos diversos setores da sociedade. A educação formal é um fator fundamental para a melhoria contínua da organização.

As novas exigências do mercado de trabalho e o novo cenário do mundo do trabalho demandam um profissional que invista nele mesmo, pois o mundo globalizado espera que o trabalhador seja cada vez mais polivalente, multifuncional, criativo, flexível, comprometido e pronto para atender às necessidades do mercado (SILVA, 2009).

A legitimação da capacitação/aperfeiçoamento e qualificação veio reavivar o empoderamento e o sentimento de pertencimento. Esta nova forma de conceber e perceber o servidor, faz com que ele se inclua, revelando, não apenas, sua importância institucional, como reafirmando o pressuposto de que a melhoria dos serviços prestados à sociedade está diretamente vinculada à constante qualidade do atendimento e da compreensão do papel dos servidores públicos nas mais diferentes atividades (BRASIL, 2008).

Amazarray (2003), em pesquisa realizada em uma instituição pública federal, localizada na região metropolitana de Porto Alegre, que congrega cerca de cinco mil servidores, detectou “elevada escolaridade, compreendendo aqueles que possuem desde formação superior incompleta até doutorado”, corroborando com os dados levantados nesta pesquisa.

Campos (2006) e Hermann (2005), em suas pesquisas com servidores públicos estaduais detectaram alto índice de escolaridade em cursos de nível superior e concluíram que os servidores, de uma maneira geral, têm buscado a formação continuada.

Corroboram também, os estudos de Fischer e Martinez (2012) com servidores do Hospital das Clínicas de São Paulo, Fonseca e Carlotto (2011) com servidores do judiciário do Rio Grande do Sul, Goffredo Filho (2008) com servidores de uma universidade do Rio de Janeiro, Negeliskii (2010) com profissionais de um hospital público do Rio Grande do Sul, Silva (2009) com servidores do judiciário, Tavares (2003) com servidores do judiciário de São Paulo, Vale (2005) com servidores do judiciário do Rio de Janeiro, Vasconcelos *et al.* (2012) com profissionais da enfermagem de um hospital público de Rio Branco / Acre.

6.2 As características funcionais

Na área judiciária, pesquisou-se a maioria dos servidores. Resultado de acordo com a distribuição dos servidores na instituição pesquisada, em que grande parte encontra-se na área judiciária, seguida da área administrativa e a minoria está lotada na área de apoio especializado. Fato já esperado, considerando que a instituição é ramo do Poder Judiciário e que a área-fim (jurisdicional) detém a maior parte de seu funcionalismo, ou seja, 70% na área-fim e 30% nas demais áreas.

O TRT 6, assim como outros Tribunais do Trabalho, procurou se adequar às determinações do Conselho Superior da Justiça do Trabalho que através da Resolução n. 63/2010 instituiu a padronização da estrutura organizacional e de pessoal dos órgãos da Justiça do Trabalho de primeiro e segundo graus (BRASIL, 2010²⁶).

Mesmo ponderando ser esperado, destaca-se a questão dos servidores quando avaliados, levarem em consideração a função que estão exercendo atualmente, que nem sempre é aquela para o qual foi concursado. Na presente pesquisa, levou-se em consideração a área relatada pelo servidor.

Em relação ao cargo, o de Técnico Judiciário apresenta-se como maioria absoluta. Ao analisarmos a questão do cargo com a escolaridade, nota-se uma disparidade entre ambos, pois para o cargo de Técnico Judiciário exige-se curso de nível médio ou técnico e já comentado anteriormente, o nível elevado de escolaridade da amostra estudada.

Outra questão estudada foi o tempo de trabalho no Tribunal, que teve como maioria aqueles que estão na instituição entre 15 e 20 anos. Achado que pode ser justificado pela estabilidade no emprego proporcionada pelo concurso público e pela possibilidade de garantia salarial, as quais demonstram serem fatores que estimulam os servidores a manter o vínculo empregatício por tantos anos.

²⁶ BRASIL. CONSELHO SUPERIOR DA JUSTIÇA DO TRABALHO. **Resolução n. 63, de 28 de maio de 2010**. Institui a padronização da estrutura organizacional e de pessoal dos órgãos da Justiça do Trabalho de primeiro e segundo graus.

Outro fator que pode influenciar a permanência na instituição é a satisfação com o salário, já que o nível salarial é mais elevado do que os cargos similares no setor privado.

Os resultados do estudo de Campos (2011) mostraram que os servidores com mais de 10 anos na instituição apresentaram maior prevalência de desconfortos musculoesqueléticos em todas as regiões corporais. Podendo ser atribuído ao envelhecimento funcional e ao efeito agregado dos anos de trabalho. Esses anos provocam um acúmulo de exposição do corpo aos riscos de desenvolver doenças.

Corroborando com esta pesquisa, os estudos de Montanholi, Tavares e Oliveira (2006); Negeliskii (2010); Spindula e Martins (2007); Stacciarini e Tróccoli (2001), realizados em instituições públicas onde demonstraram que a idade e o tempo de serviço são mais elevados quando comparados com estudos realizados em instituições privadas (RAFFONE; HENNINGTON, 2005; RODRIGUES; CHAVES, 2008).

Segundo Menegon (2011), o tempo de trabalho na empresa pode exercer um papel importante na diminuição da capacidade para o trabalho, no envelhecimento funcional precoce e no surgimento de sintomas osteomusculares.

Tuomi *et al.* (1997) afirmam que a temporalidade no trabalho aumenta o risco de desenvolvimento de distúrbios físicos e psicológicos, devido ao maior tempo de exposição aos agentes estressores do trabalho.

6.3 O Estado de Saúde

Os resultados desta pesquisa pertinentes ao estado de saúde mostraram valores elevados nos escores das oito dimensões analisadas, evidenciando boa qualidade do estado de saúde destes servidores.

As dimensões que apresentaram os escores mais baixos foram a vitalidade, a percepção de dor e o estado geral de saúde, porém não foram inferiores a 60% do escore.

Este resultado é compatível com as prevalências dos agravos à saúde identificadas através do ICT e também com os dados do absenteísmo-doença referentes aos anos de 2010 e 2011, onde sobressaem as lesões/doenças musculoesqueléticas.

Na aplicação do SF-36 com populações adultas, cujo objetivo era de validação e avaliação psicométrica do instrumento em populações saudáveis para obtenção de valores de referência (exceto nos Estados Unidos), a dimensão vitalidade também apresentou o escore médio mais baixo, seguido por saúde mental ou dor e estado geral de saúde, são exemplos: os estudos de Lerner *et al.* (1994) nos Estados Unidos, Perneger *et al.* (1995) na França, Bullinger (1995), na Alemanha, Sullivan *et al.* (2005) na Suécia e Silva (2008) no Brasil.

Talvez parte da concordância entre os trabalhos acima citados e o presente estudo, seja o fato da possibilidade das dimensões vitalidade e dor apresentarem-se como parâmetros mais sensíveis às modificações do estado de saúde (ou seja, são mais sensíveis à presença de doença), expressando que pequenas alterações na saúde repercutem mudanças nestas dimensões.

Os servidores apresentaram resultados mais favoráveis nas dimensões que são representativas da saúde física e as dimensões representativas da saúde mental apresentaram no geral, médias com valores mais baixos.

Uma possível explicação para esse resultado seriam os efeitos negativos sobre a saúde mental dos trabalhadores, decorrentes tanto de processos de reestruturação organizacional inadequada como da exposição a elevadas cargas mentais do trabalho, consistentemente relatadas em pesquisas com servidores públicos (BELUSCCI, 1997, 2003; BOMFIM, 2009; BORGES, 2006; HELD, 2011; MARTINEZ, 2006; SILVA, 2009).

Outra hipótese seria o fato dos servidores da instituição pesquisada executarem atividades leves ou moderadas do ponto de vista do trabalho físico, existindo um risco limitado para ocorrência de agravos à saúde física.

Outra justificativa seria a disponibilidade e o acesso dos servidores ao Serviço de Saúde da instituição, buscando assistência médica e fisioterápica nas fases iniciais de manifestação dos sintomas físicos, além dos programas de Saúde Ocupacional em atividade.

Além do acesso ao plano de saúde institucional que pode facilitar a prevenção e o tratamento dos agravos, e a boa remuneração que também pode facilitar o acesso ao tratamento dos agravos. Porém estas possíveis explicações não foram comprovadas, necessitando melhor investigação.

Segundo Negeliskii (2010), a manutenção da saúde física e mental das pessoas está relacionada à interpretação do mundo exterior e aos recursos de que dispõe para atender às demandas e aos estímulos a que estão expostos. A realidade de cada indivíduo é própria. E quanto mais entende as pressões e as situações que a influenciam, melhor será a adaptação e as respostas que produzirá.

6.4 A Capacidade para o Trabalho

Através do ICT, verificou-se que a maioria da população contou com a capacidade para o trabalho boa ou ótima. Esse perfil favorável pode ser condicionado pelo conteúdo do trabalho que é predominantemente mental. É sabido que os trabalhadores com conteúdo do trabalho mental tendem a ter sua capacidade para o trabalho mais preservada quando comparados com aqueles com conteúdo predominantemente físico.

Segundo Ilmarinen, Tuomi e Klockars (1997); Tuomi, *et al.* (1997), este fato é justificado porque a perda da capacidade para o trabalho é mais intensa como resultado do desgaste e comprometimento da saúde decorrentes das exigências físicas do trabalho.

Além disso, há de se considerar o já comentado anteriormente, efeito do trabalhador sadio.

Foram diferentes os estudos de Belusci (1997, 2003) em que os resultados mostraram a perda da capacidade para o trabalho numa mesma população observada entre 1997 e 2001. Em 1997 os servidores do TRF de São Paulo apresentaram 16,8% de ICT moderado e baixo, em 2001 apresentaram 18,5%.

Resultados também não corroborados por Campos (2011) onde em seu estudo, a totalidade dos servidores do TRT de Goiânia apresentou uma capacidade para o trabalho classificada como moderada e atribuiu o resultado à grande quantidade de servidores com sintomas musculoesqueléticos.

Já a pesquisa realizada com 55 trabalhadores de uma empresa de Curitiba, Paraná revelou que 46% dos funcionários foram classificados com ótima, 38% com boa e 16% com moderada capacidade para o trabalho (MEIRA, 2004).

Na pesquisa realizada por Vegian (2010), a média do ICT foi de 41,1 pontos. A autora afirma que as médias para todas as categorias foram boas, mas as variáveis associadas ao ICT como atividades físicas, acidentes de trabalho, incivildade no trabalho, fadiga, sonolência, estresse e satisfação, justificam a atenção quanto à manutenção da saúde física e mental desses trabalhadores.

Num estudo realizado por Silva *et al.* (2011) onde foram investigados trabalhadores portugueses, a percentagem de indivíduos com capacidade de trabalho “Excelente” (27,3%) é superior a “Moderada” (21%).

No estudo de Carel (2011), realizado em Israel, a categoria predominante foi a da capacidade de trabalho “Excelente” (44%), seguida de “Boa” (41%), “Moderada” (15%) e “Fraca” (1%), o que está próximo dos resultados obtidos por Monteiro (2011) e abaixo do obtido noutras pesquisas (CAMERINO *et al.*, 2011; CAMPANINI *et al.*, 2011; COTRIM, SIMÕES e SILVA, 2011).

De acordo com Tuomi *et al.* (2005), os trabalhadores com ICT moderado ou baixo devem receber apoio e orientação gerencial para melhoria e, até mesmo, restauração da capacidade para o trabalho, através de dietas balanceadas, exercícios físicos, melhora na qualidade de sono, repouso e convívio social, bem como reabilitação médica quando necessária. Do ponto de vista gerencial, devem ser identificados e corrigidos os riscos no ambiente de trabalho, os quais possam comprometer a saúde do trabalhador.

Ainda segundo os mesmos autores, quando a capacidade para o trabalho é boa ou ótima, como neste estudo, devem-se explicar ao trabalhador quais fatores do ambiente do trabalho e estilo de vida estariam relacionados à manutenção ou à deterioração da saúde. Além disso, o encorajamento às práticas que estimulem a saúde do trabalhador é recomendado.

Segundo Tuomi *et al.* (1997), os efeitos das medidas tomadas podem ser acompanhados por novo preenchimento do ICT pelos trabalhadores, em conjunto com os exames periódicos de saúde ou outros tipos de procedimentos de acompanhamento (*screening*).

Quando se analisa os dados das dimensões do ICT, as duas primeiras dimensões, ou seja, capacidade para o trabalho atual e em relação às exigências do trabalho, ao mesmo tempo em que contraditórios, os mesmos parecem apontar para o otimismo e a esperança dos servidores com o trabalho, tendo uma postura proativa para o trabalho. Porém os dados das dimensões subsequentes mostram os desgastes ocasionados pelo adoecimento, com conseqüente perda do desempenho, desesperança, faltas, licenças e afastamentos desses trabalhadores.

Pode-se observar também que mesmo com um elevado número de trabalhadores apresentando alta prevalência de doenças, perdas de dias de trabalho devido às doenças e necessidade de mudança de ritmo e método de trabalho, consideram altos valores para o ICT, o que demonstra esforço, vontade, otimismo e esperança desses servidores para manter a capacidade para o trabalho, visto que, a maioria dos pesquisados refere apreciar suas atividades diárias e preservar os recursos mentais.

De acordo Silva (2011), o fato da maioria dos trabalhadores referirem que estão na melhor capacidade comparadas a toda a vida, os dados de perda de desempenho, adoecimento e os afastamentos, também pode sugerir falta de reconhecimento e, até mesmo, possibilidade de negação da própria condição de saúde, levando os trabalhadores a permanecerem em suas atividades laborais, mesmo que adoecidos e com índices inadequados de capacidade para o trabalho. O que caracteriza o presenteísmo nessa população.

O ICT também possibilitou identificar os agravos à saúde onde, tanto na opinião do próprio trabalhador como no relato de diagnóstico médico, os resultados são compatíveis com o perfil ocupacional e com o absenteísmo dos servidores, sobressaindo-se as lesões/doenças musculoesqueléticas.

O que é corroborado nos estudos de outros autores (DURAN; MONTEIRO-COCCO, 2004; RAFFONE; HENNINGTON, 2005; VASCONCELOS, 2009; SILVA, 2011).

No estudo de Campos (2011), realizado no TRT de Goiânia, as prevalências dos desconfortos musculoesqueléticos encontradas na investigação foram elevadas, 83,87% dos servidores relataram sentirem desconfortos musculoesqueléticos nos últimos 12 meses, e 69% nos últimos 7 dias. O perfil da sintomatologia apresentado pelos servidores provavelmente estão associados ao processo de trabalho enfrentado como: prazos curtos para a execução dos processos, exigência mental do trabalho, relação com o computador e postura desconfortável.

Os estudos de Bellusci (1997, 2003), realizados no TRF de São Paulo, demonstraram que as doenças e lesões osteomusculares tiveram presença persistente. As lesões nas costas, em braços e mãos, doença na coluna lombar e dor ciática apresentaram aumento na Razão de Chances. Doença na coluna cervical apresentou pequeno decréscimo de 1997 a 2001 (OR passou de 11,67 para 10,13), mas continua com presença muito intensa. A autora afirmou que considerando que a população pesquisada apresentou idade média de 38 anos, é necessário levarmos em conta a possibilidade desta população vir a apresentar índices mais elevados de morbidade.

Reitera-se na presente pesquisa, o trabalho administrativo que exige dos servidores a permanência em postura sentada por longos períodos, proporcionando alterações anatômicas que são lesivas à coluna vertebral. Os sintomas provenientes dos membros superiores estão relacionados aos movimentos repetitivos e às condições ergonômicas do mobiliário que nem sempre está adequada aos diferentes perfis físicos dos servidores.

As doenças musculoesqueléticas têm sido apontadas como principal contribuinte para a redução da capacidade funcional, devido tanto à sobrecarga física, quanto mental em trabalhadores nas mais diversas profissões (ANDRADE, 2002; COSTA; VIEIRA; SENA, 2009; DURAN; MONTEIRO-COCCO, 2004; FELLI, 2010; GURGUEIRA, ALEXANDRE, CORRÊA FILHO, 2003; KUOPPALA; LAMMINPÄÄ, 2008; RAFFONE; HENNINGTON, 2005; SILVA, 2011; SANCINETTI *et al.*, 2009; WALSH *et al.*, 2004).

Apesar da elevada ocorrência das lesões musculoesqueléticas na atualidade, não se trata de um fenômeno novo.

Ramazzini, considerado o “pai da Medicina do Trabalho”, descreveu em 1700 os efeitos da “hipersolicitação” das mãos por escribas e notários (BIFF, 2006; MELHORN; GARDNER, 2004; MUROFUSE; MARZIALE, 2005; RAMAZZINI, 2000; RIBEIRO, 1997).

De acordo com Merlo (2011, p. 238):

Podemos estabelecer, de forma genérica, duas grandes categorias de agressões à saúde no trabalho: de um lado, aquelas que resultam das condições e ambientes de trabalho, e, de outro lado, aquelas que têm origem na organização do trabalho propriamente dita. As Lesões por Esforços Repetitivos são síndromes que têm dupla origem: as condições e ambientes de trabalho e a organização do trabalho.

De um lado, a patologia é vivida de forma individual, com suspeita de simulação e um quadro de dor e incapacidade crônica e, de outro, ocorre uma grande incapacidade funcional. A principal consequência será um quadro de grande sofrimento do trabalhador atingido.

Costuma-se dizer que as LER/DORT são patologias “invisíveis”, pois, como os trabalhadores afetados não apresentam sinais externos da doença que portam, costumam sofrer o preconceito dos colegas, amigos e parentes que os veem como preguiçosos e como pessoas que buscam “fugir do trabalho” (MERLO, 2011, p. 239).

Atualmente, com os avanços dos estudos da ergonomia e o surgimento dos programas de qualidade de vida no trabalho visando à prevenção de doenças e promoção da saúde do trabalhador, a realização de exercícios físicos vem ganhando espaço na prática cotidiana da vida dos servidores.

Já formalizada na instituição, a prática da ginástica laboral conta com duas fisioterapeutas além de estagiários de fisioterapia, o que ainda é insuficiente. Mesmo não conseguindo abranger todos os setores do TRT6, a ginástica laboral tem papel fundamental no Tribunal.

Comprovadamente, a prática de exercícios físicos diários realizados no ambiente laboral constitui uma ferramenta importante na prevenção das LER/DORT relacionadas ao trabalho, porquanto promove a redução das queixas osteomusculares e dos afastamentos. Compreende exercícios específicos de alongamento, de fortalecimento muscular, de coordenação motora e de

relaxamento; o objetivo é de diminuir a fadiga muscular, portanto, são realizados de forme leve para não sobrecarregar os servidores e nem levá-los ao cansaço.

Segundo Siqueira e Vieira (2009), o breve intervalo durante a jornada de trabalho associado à prática de atividade física, permite a recuperação do organismo e também promove momentos de descontração e socialização entre os funcionários da empresa.

É interessante comentar que as doenças respiratórias estão no terceiro grupo de doenças mais prevalentes da amostra. Uma interpretação desse dado seria a do ambiente de trabalho, já que, são ambientes climatizados e que nem sempre é feita a limpeza e a manutenção adequada dos aparelhos de ar condicionado. Além da quantidade de processos nos locais de trabalho, que acumulam poeiras e fungos, os quais quando manipulados pelos servidores sem equipamentos de proteção adequados, podem causar comprometimento das funções respiratórias.

Segundo Ildelfonso, Barbosa-Branco e Albuquerque-Oliveira (2009), as doenças respiratórias figuram como uma das principais causas de incapacidade para o trabalho, assim como por um número elevado de dias perdidos por licença médica.

Agravos como hipertensão arterial, obesidade, gastrite e bruxismo fazem parte do perfil epidemiológico da população geral, onde as doenças crônicas ganham relevância, mas também podem guardar alguma relação com o estresse decorrente do ambiente psicossocial do trabalho.

Na sociedade contemporânea, onde a globalização intensifica a rapidez dos fluxos, ocasionando alteração no *modos vivendi*, o homem deve levar em consideração, além da ausência de enfermidade, a boa saúde física, psicológica e social, ou seja, deve eliminar fatores prejudiciais à sua saúde, tais como, o stress e os hábitos sedentários (VAZ; REMOALDO, 2011).

Conforme esperado, os distúrbios mentais apareceram entre os mais prevalentes do grupo estudado. Os dados referentes ao absenteísmo-doença divulgados pelo Núcleo de Saúde da instituição revelaram que as doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo apareceram em primeiro lugar (22,8%), seguidas dos transtornos mentais e comportamentais (19,98%) no ano de 2010. Já em 2011, os transtornos mentais e comportamentais representaram

(25,99%) e em segundo lugar, as doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo com (19,5%).

No presente estudo, os transtornos mentais aparecem em sexto lugar nas doenças com diagnóstico médico, mas há uma inversão para segundo lugar, quando da própria opinião dos servidores. Esses resultados revelam que por um lado, os servidores percebem a doença, mas por outro, não procuram o médico para o diagnóstico e/ou o tratamento.

Pode-se justificar também, o fato de que o setor público vem realizando mudanças rápidas e profundas com novas exigências geradas pela reestruturação de cargos, gestão por competências, avaliação de desempenho, remuneração variável, entre outras. Situação às vezes agravada por conflitos estabelecidos entre gestores e servidores, ou entre os próprios pares.

Conseqüentemente a essas transformações, o trabalhador se vê inserido em grandes e constantes desafios. O desafio de acompanhar as mudanças do dia a dia, da competição do mercado global, o desafio de aliar-se às novas tecnologias e o desafio de saber agir diante de um ambiente em permanente transformação.

Cattani e Holzmann (2011, p.7), afirmam que:

Nenhuma outra dimensão da vida humana passou e continua passando por tão profundas e contínuas mutações quanto o trabalho, na sua organização, nos seus estatutos legais e na sua base tecnológica.

Os afastamentos do trabalho ocasionados por episódios de doença entre os servidores públicos tem sido uma preocupação crescente dos governos nas esferas municipal, estadual e federal.

Os estudos realizados com servidores públicos mostram essa realidade (ANDRADE *et al.*, 2008; CAMPOS, 2011; CORDEIRO; GARBIN, 2000; CUNHA; BLANK; BOING, 2009; GARBIN; TAVARES, 2000; MUROFUSE, 2004; NEGELISKII, LAUTERT, 2011; NOGUEIRA *et al.*, 2010; PARAGUAY; TAVARES, 2000; SALA *et al.*, 2009; SILVA, 2011; TAVARES, 2003).

Os estudos de Bellusci (1997, 2003) corroboram com estes achados, onde a autora relata que um alto número de indivíduos refere sentir sintomas de distúrbio emocional leve, tais como: insônia, depressão leve, ansiedade e/ou tensão, mas não

têm diagnóstico médico, são 147 (33%) indivíduos, contra 57 (12,8%) que referem possuir diagnóstico médico.

Um estudo realizado pela professora do Departamento de Saúde Coletiva da Universidade de Brasília, Anabergh Barbosa-Branco, analisou dados do Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS) e concluiu que, em 2004, 9,6 mil trabalhadores aposentaram-se por invalidez por causas relacionadas ao trabalho, sendo que 289 tinham transtornos mentais e de comportamento. Esse índice só não é maior que o de causas não identificadas, que ficou em primeiro lugar. O mesmo estudo verificou que os problemas que fazem com que os trabalhadores percam mais anos de vida profissional são os relacionados à saúde mental (BRASIL, 2004).

O trabalho exerce um papel determinante na vida e na saúde, em especial na saúde mental. Dados indicam que das dez doenças mais incapacitantes em todo o mundo, cinco são de origem biopsicossocial: depressão, transtorno afetivo bipolar, alcoolismo, esquizofrenia e transtorno obsessivo compulsivo (BRASIL, 2008).

Os afastamentos do trabalho causados pelos distúrbios mentais e comportamentais são, em grande parte, gerados pelas mudanças contemporâneas no mundo laboral. O aumento progressivo das exigências, aliado ao esvaziamento do conteúdo das tarefas, contribui para as dicotomias trabalhador qualificado versus tarefas simplificadas ou trabalhador pouco qualificado versus tarefas complexas - responsável por um quadro de desmotivação e sofrimento mental.

A necessidade de uma legislação específica sobre saúde mental decorre da constatação de que a maior parte dos afastamentos do trabalho, com reflexo até mesmo nas aposentadorias por invalidez, é de ordem mental.

Em 2010, o Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão publicou uma Portaria como resultado de ampla discussão, durante o Fórum de Saúde Mental, com os servidores envolvidos com a área de saúde do Governo Federal – médicos, psicólogos, terapeutas ocupacionais, engenheiros do trabalho e outros. Estando também em consonância com as políticas públicas de saúde mental e de saúde do trabalhador, considerando os pressupostos nacionais (Ministério da Saúde) e as recomendações dos organismos internacionais como a Organização Mundial da Saúde, a Organização Pan-Americana da Saúde e a Organização Internacional do Trabalho, respeitando a realidade local (BRASIL, 2010).

~~~~~

Cabe ressaltar que o contexto laboral é um lócus onde a dimensão psicossocial do indivíduo e dos grupos se articulam com as condições dos ambientes e das organizações, tanto para o prazer quanto para o sofrimento, razão que justifica uma intervenção qualificada que reduza a vulnerabilidade aos riscos à saúde, amplie os fatores de proteção e promova qualidade de vida, tornando o trabalho mais saudável.

Influenciam na saúde mental: a natureza e a organização do trabalho, as relações formais e informais, as relações de poder e justiça na organização, o sistema de recompensas, entre outros. Em contraposição, as estratégias de enfrentamento aos transtornos mentais são direcionadas para intervenções psiquiátricas individuais isoladas, o que restringe a dimensão da saúde à prática médica, com desvalorização dos fatores psicossociais na relação saúde e doença mental no trabalho (BRASIL, 2010).

Na instituição pesquisada, as relações de poder hierarquizadas, formais, as normas administrativas rígidas, favorecem a ocorrência de abuso de poder. Esse contexto institucional se reflete no padrão de adoecimento dos servidores e magistrados, cujas principais causas de afastamento para tratamento de saúde são os transtornos mentais e comportamentais, seguidos das doenças osteomusculares, ambas associadas a fatores de risco relacionados ao trabalho.

Neste sentido, Capelo (2011) afirma que o trabalho tem sempre um papel fundamental, independentemente do ponto de vista pelo qual o observamos; o aspecto positivo está relacionado com o desenvolvimento de competências que permitem retardar as perdas originadas pelo envelhecimento biológico, enquanto o lado negativo está relacionado com as exigências das atividades quando estas superam as capacidades do indivíduo.

Em resumo, os resultados evidenciaram um perfil de trabalhadores com condições sócio-demográficas e funcionais positivamente diferenciados, com elevados padrões do estado de saúde e da capacidade para o trabalho. O perfil favorável observado pode ser consequência do efeito do trabalhador sadio.



## 6.5 Os fatores associados à Capacidade para o Trabalho

O referencial teórico adotado nesta pesquisa considera que a capacidade para o trabalho é resultante da interação das demandas do trabalho e dos recursos do indivíduo, onde situações sejam superiores aos recursos do trabalhador para lidar com elas, desencadeiam um processo de estresse, gerando desgaste, com consequente comprometimento da capacidade para o trabalho (ILMARINEN *et al.* 1991; MARTINEZ, 2002, 2006; TUOMI *et al.* 1991).

Neste processo, além da saúde e do trabalho, as características sócio-demográficas também estão envolvidas no modelo da determinação da capacidade para o trabalho (AIRILA *et al.* 2012; ILMARINEN, 2001; LARSSON *et al.* 2012; MARTINEZ, 2002, 2006; POHJONEN, 2001; VAN DEN BERG *et al.* 2008, 2009).

Na presente pesquisa, não foram identificadas associações estatisticamente significativas entre capacidade para o trabalho e características demográficas e funcionais. Porém, isto não diminui a atenção que deve ser dada a estas condições, pelos seus potenciais efeitos sobre a capacidade para o trabalho.

O envelhecimento está geralmente associado à diminuição da saúde física, enquanto a relação entre o envelhecimento e a satisfação com o trabalho, absenteísmo e lesões é mais questionável, com alguns estudos a indicar que o fato de serem mais velhos pode proteger os trabalhadores (BEATTY; BURROUGHS, 1999; BELLUSCI, 1997, 2003; FRANCO, 2005; ILMARINEN *et al.*, 1991b, 1997; ILMARINEN; TUOMI, 1992; INGERSOLL *et al.*, 2002; MARTINEZ, 2002, 2006; NEUPANE, 2011; TAIMELA *et al.*, 2007; TUOMI *et al.*, 2005).

A maioria dos estudos que relaciona estas duas variáveis considera que o ICT diminui em função da idade (CAREL, *et al.*, 2011; CHI-CHIU *et al.*, 2007; COSTA, 2005; COSTA, 2008; COSTA, 2009; COSTA; SARTORI, 2007; COTRIM, SIMÕES e SILVA, 2011; FISCHER *et al.*, 2005, 2006; GOEDHARD, R.G.; GOEDHARD, E.J.; GOEDHARD, W.J.A., 2011; GOEDHARD, 2011; ILMARINEN, *et al.*, 1997; ILMARINEN; TUOMI; SEITSAMO, 2004; SUGIMURA, 2011).

Vale mencionar que no presente estudo, não foi verificada associação entre a idade e a capacidade para o trabalho. Resultado semelhante a outros estudos (BELUSCCI e FISCHER, 1999; CAMERINO *et al.*, 2008; JORIEN *et al.*, 2011;

MARQUEZE e MORENO, 2009; RAFFONE e HENNINGTON, 2005; VASCONCELOS, 2009).

Corroborando com o presente estudo, as afirmações de Lancman, Sznelwar e Jardim (2006), relatando que o envelhecimento não significa necessariamente a diminuição da capacidade para o trabalho, e o declínio eventual de certas habilidades, relacionadas ao aumento da idade, não são generalizáveis, marcantes, nem uniformes, podendo ser aceleradas ou retardadas a depender das condições de trabalho, dos indivíduos e, sobretudo, dos tipos de desgastes aos quais o trabalhador é submetido.

As demais características demográficas estudadas foram sexo, escolaridade e estado civil. Estas características também são apontadas como fatores que exercem influência sobre a capacidade para o trabalho (BELLUSCI, 1997, 2003; FISCHER e MARTINEZ, 2012; HILLESHEIN, 2011; HOPUSU *et al.*, 2005; MARTINEZ, 2002, 2006; MENEGON, 2011; MILANI, 2011; NEGELISKII, 2010; TUOMI *et al.*, 1991a; VASCONCELOS *et al.*, 2011, 2012). Entretanto, nesta pesquisa elas não demonstraram estar associadas à capacidade para o trabalho, talvez devido à homogeneidade da população de estudo.

Ao contrário do que seria esperado, as características funcionais não estiveram associadas à capacidade para o trabalho. Aqui, novamente, pode-se especular que o efeito do trabalhador sadio contribua para manter os servidores de diferentes áreas e cargos em condições semelhantes no que diz respeito à capacidade para o trabalho.

No âmbito do setor público, Bellusci (2003) observou que o trabalho realizado no Judiciário Federal em São Paulo traz importante comprometimento da saúde e envelhecimento precoce dos servidores devido à dificuldade de relacionamento interpessoal, à falta de perspectiva de ascensão profissional, às exigências excessivas da quantidade e qualidade do trabalho, ao uso de premiação de forma injusta, assim como aos fatores relacionados à falta de controle no trabalho, como a impossibilidade de exercer influência sobre o ritmo de trabalho, o uso do tempo no trabalho, o planejamento de pausas e o planejamento de férias.

Os resultados do estudo de Campos (2011), que investigou os servidores do TRT de Goiânia, revelaram-se preocupantes, afirmando a necessidade de novos estudos a fim de uma avaliação mais apurada dos aspectos psicossociais, ergonômicos e do processo de trabalho do servidor público.

A capacidade para o trabalho pode apresentar declínio associado ao tempo em que os indivíduos permanecem ativos em seu trabalho, uma vez que quanto maior o tempo em que o trabalhador está exposto ao trabalho, maior será o envelhecimento funcional (MEIRA, 2004; METZNER e FISCHER, 2001; TUOMI *et al.* 1997b; VEGIAN, 2010).

Além disso, o tempo na instituição também pode estar correlacionado à idade, com diminuição da capacidade para o trabalho decorrente do envelhecimento cronológico.

Entre os diversos fatores associados, a saúde é considerada como um dos principais determinantes da capacidade para o trabalho (CAMPOS, 2011; COSTA, 2009; FISCHER *et al.*, 2006; FISCHER e MARTINEZ, 2012; HÄGGLUND; HELSING; SANDMARK, 2011; HILLESHEIN, 2011; ILMARINEN, 2001, 2002, 2006, 2009; MARTINEZ; LATORRE, 2006; MARTINEZ; LATORRE; FISCHER, 2009, 2010; MENEGON, 2011; MILOSEVIC *et al.*, 2011; NEGELISKII, 2011; POHJONEN, 1999; SILVA JÚNIOR, 2010; SJÖGREN-RÖNKA *et al.*, 2002; TUOMI *et al.*, 2005; WALSH *et al.* 2004).

No presente estudo, todas as dimensões da saúde analisadas apareceram associadas à capacidade para o trabalho, sendo que, quanto melhor a qualidade de saúde, melhor a condição da capacidade para o trabalho. A força dessa associação permaneceu independente das características demográficas e ocupacionais, apontando a relevância da saúde em sua integralidade condicionando a qualidade da capacidade para o trabalho.

As dimensões do SF-36 não refletem apenas os fatores de carga de trabalho ou recursos individuais, mas também características de vida social e outros fatores além do ambiente de trabalho (SÖRENSEN *et al.*, 2008).

## **7 CONCLUSÕES**

Os servidores do Tribunal Regional do Trabalho da 6ª Região, sujeitos do estudo, são caracterizados sócio demograficamente com distribuição semelhante quanto ao sexo, casados ou com companheiros, com média de idade de 44 anos e majoritariamente com escolaridade de nível superior a pós-graduado.

Com relação às características funcionais, a maioria está lotada na Área Judiciária (área-fim), corroborando com a padronização da estrutura organizacional e de pessoal da Justiça do Trabalho. É predominante o cargo de Técnico Judiciário e a grande maioria está na instituição há pelo menos 10 anos.

O estado de saúde mostrou valores elevados nos escores das oito dimensões analisadas, evidenciando boa qualidade do estado de saúde destes servidores, inclusive em nenhuma dimensão analisada foram verificados valores abaixo da média.

Os servidores apresentaram resultados mais favoráveis nas dimensões que são representativas da saúde física e as dimensões representativas da saúde mental apresentaram no geral, médias com valores mais baixos.

O Índice de Capacidade para o Trabalho foi classificado em sua maioria nas categorias bom e ótimo, tendo média de 40 pontos. Esse perfil favorável pode ser condicionado pelo conteúdo do trabalho que é predominantemente mental.

Em relação aos agravos à saúde dos servidores, tanto na opinião do próprio trabalhador como no relato de diagnóstico médico, os resultados são compatíveis com o perfil ocupacional e com o absenteísmo dos servidores, sobressaindo-se as lesões/doenças musculoesqueléticas.

Em relação às hipóteses para investigação neste estudo, as conclusões foram que a capacidade para o trabalho apareceu significativamente associada ao estado de saúde dos servidores, onde níveis mais elevados de capacidade para o trabalho estavam relacionados com uma melhor condição de saúde física e mental entre os servidores estudados.

Estas associações ocorreram independentes das variáveis sócio-demográficas e funcionais, demonstrando a importância da capacidade para o trabalho em relação à saúde dos trabalhadores. Conclui-se que quanto melhor o estado de saúde, melhor a condição da capacidade para o trabalho.

A segunda hipótese do estudo não foi confirmada, visto que as variáveis sócio-demográficas e funcionais não tiveram associação estatisticamente significativa com a capacidade para o trabalho.

## **8 RECOMENDAÇÕES**

O presente estudo com delineamento transversal mostra-se limitado por realizar um corte no tempo, considerando que os aspectos intervenientes na vida pessoal e laboral não são estanques, se modificam, e com isso, a capacidade para o trabalho também pode sofrer alterações. Para tanto, sugere-se a realização de estudos longitudinais, com abordagem quantitativa e qualitativa, que possam explorar a nuance da capacidade para o trabalho em outros momentos ao longo do tempo.

A prática de pesquisas visando comparações entre o serviço público e privado podem ser relevantes no entendimento de como a organização do trabalho interfere na saúde das pessoas.

O planejamento e a programação de ações que visem à promoção da saúde e qualidade de vida dos servidores são fundamentais para que os trabalhadores mantenham-se durante toda a vida laboral com sua capacidade para o trabalho preservada.

Sugere-se a ampliação dos programas já implantados, como o PCMSO que abrange o Programa de Prevenção das LER/DORT, o Programa de Controle das Doenças Crônicas Degenerativas, atualmente realizados nas varas do Trabalho, para a área administrativa e apoio especializado.

Além do exposto, recomenda-se que o Tribunal Regional de Pernambuco vá além da Saúde Ocupacional já instituída, para a promoção da Saúde do Trabalhador, que busque a intersectorialidade e a interdisciplinaridade como forma de cooperação e vislumbre no servidor um sujeito político coletivo, depositário de um saber emanado na sua experiência e agente essencial de ações transformadoras.

---

## REFERÊNCIAS

- AHLSTROM, L. *et al.* The work ability index and single-item question: associations with sick leave, symptoms, and health – a prospective study of women on long-term sick leave. **Scandinavian Journal of Work, Environment and Health**, Helsinki, v. 36, n. 5, p. 404 - 412, 2010.
- AIRILA, A. *et al.* Is work engagement related to work ability beyond working conditions and lifestyle factors?. **International Archives Occupational Environment Health**, Finland, n. 1, p. 30 - 41, jan. 2012.
- AITTOMÄKI, A.; LAHELMA, E.; ROOS, E. Work conditions and socioeconomic inequalities in work ability. **Scandinavian Journal of Work, Environment and Health**, Helsinki, v. 29, n. 2, p. 159 - 165, 2003.
- ALMEIDA FILHO, N.; ROUQUAYROL, M. Z. **Introdução à Epidemiologia**. 6. ed. Rio de Janeiro: GUANABARA-KOOGAN, 2006, 296p.
- ALVES, N.L.L. **Distúrbio de voz e capacidade para o trabalho em docentes: um estudo caso-controle**. 2011. Dissertação (Mestrado em Fonoaudiologia) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2011.
- AMARAL, R. A.; MALBERGIER, A. Avaliação de instrumento de detecção de problemas relacionados ao uso do álcool (CAGE) entre trabalhadores da prefeitura do campus da Universidade de São Paulo (USP) – campus capital, **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 26, n. 3, p. 156 - 163, 2004.
- AMAZARRAY, M. R., **Trabalho e adoecimento no serviço público: LER/DORT e articulações com o modo de gestão tecnoburocrático**. 2003. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2003.
- ANDRADE, C.B. **Envelhecimento e capacidade para o trabalho dos trabalhadores do serviço de higiene e limpeza de um hospital universitário**. 2002. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas, São Paulo, 2002.
- ANDRADE, C.B.; MONTEIRO, M. I. 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.
- ANDRADE, T.B. *et al.* Prevalência de absenteísmo entre trabalhadores do serviço público. **Scientia Medica**, Porto Alegre, v. 18, n. 4, p. 166 - 171, out./dez. 2008.
- ASSUNÇÃO, A.A.; SAMPAIO, R.F.; NASCIMENTO, L.M.B. Agir em empresas de pequena e média dimensão para promover a saúde dos trabalhadores: o caso do setor de alimentos e bebidas. **Revista Brasileira de Fisioterapia**, São Carlos, v. 14, n. 1, p. 52 - 59, jan./fev. 2010.

- AUGUSTO, L.G.S.; MOISES, M. Ambiente e suas implicações para a saúde. In: AUGUSTO, L.G.S.; BELTRÃO, A.B. (Org.). **Atenção primária à saúde: ambiente, território e integralidade: saúde ambiental infantil**. Recife: Editora Universitária da UFPE, 2011. p. 133 - 140.
- AUGUSTO, L.G.S. Aviso aos navegantes. In: \_\_\_\_\_. **Saúde do trabalhador e sustentabilidade do desenvolvimento humano local**. Recife: Editora Universitária da UFPE, 2009. p. 19 - 23.
- AUGUSTO, L.G.S. Saúde, ambiente e desenvolvimento: desafios para a saúde pública. In: P. H. MARTINS, P.H.; FONTES, B. (orgs.). **Redes Sociais e Saúde: Novas Probabilidades Teóricas**. Recife: Editora Universitária da UFPE, 2004. p.93 - 102.
- BAGALHI, C.T.; ALQUALO-COSTA, R. Prevalência de distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho em fisioterapeutas. **Comunicação em ciências da saúde**, Brasília, v. 2, n. 2, p. 93 - 102, maio/ago. 2011.
- BANCO MUNDIAL. **Envelhecendo em um Brasil mais velho: Implicações do envelhecimento populacional para o crescimento econômico, a redução da pobreza, as finanças públicas e a prestação de serviços**. Washington, DC, 2011.
- BASTOS, J.L.D.; DUQUIA, R.P. Um dos delineamentos mais empregados em epidemiologia: estudo transversal. **Scientia Medica**, Porto Alegre, v.17, n. 4, p. 229 - 232, 2007.
- BEATTY, P.T.; BURROUGHS, L. Preparing for an aging workforce: the role of higher education. **Gerontology and Geriatrics Education**, New York, n. 25, p. 595 - 611, 1999.
- BELLUSCI, S. M.; FISCHER, F. M. Envelhecimento funcional e condições de trabalho em servidores forenses. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 33, n.6, p. 602 - 609, 1999.
- BELLUSCI, S. M. *et al.* Capacidade para o trabalho de funcionários de um hospital filantrópico. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ERGONOMIA, 11., 1999. Salvador. **Anais...** Recife: ABERGO, 1999. p. 38 - 42.
- BELLUSCI, S.M. **Envelhecimento e condições de trabalho em servidores de uma instituição judiciária – Tribunal Regional Federal da 3ª Região, São Paulo**. 1998. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1998.
- BELLUSCI, S.M. **Envelhecimento funcional e capacidade para o trabalho em servidores forenses**. 2003. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2003.



- BELTRAME, M.R.S. **Capacidade de Trabalho e Qualidade de Vida em Trabalhadores de Indústria.** 2009. Dissertação (Mestrado em Medicina) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade de Medicina, Rio Grande do Sul, 2009.
- BIFF, P. **Avaliação da Capacidade Funcional e Prevalência de Sintomas Osteomusculares em Trabalhadores de uma Indústria de Materiais Elétricos de Caxias do Sul, RS.** 2006. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade do Vale do Rio dos Sinos, São Leopoldo, 2006.
- BOLDORI, R. **Aptidão física e sua relação com a capacidade de trabalho dos bombeiros militares do Estado de Santa Catarina.** 2002. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção) - Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2002.
- BOMFIM, R.A. **As relações entre a saúde bucal com a capacidade para o trabalho e com o estado de saúde geral no contexto da saúde do trabalhador.** 2009. Dissertação (Mestrado em Odontologia) – Faculdade de Odontologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2009.
- BONITA, R.; BEAGLEHOLE, R.; KJELLSTRÖM, T. **Epidemiologia básica.** 2. ed. São Paulo: Santos, 2010, 213p.
- BORGES, F.N.S. **Repercussões do trabalho em turnos noturnos de 12 horas no sono e bem estar em auxiliares de enfermagem e enfermeiros.** 2002. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2002.
- BORGES, F.N.S. **Trabalhadores de Enfermagem: compreendendo condições de vida e trabalho e ritmos biológicos.** 2006. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2006.
- BRASIL. **Resolução n. 196, de 10 de outubro de 1996.** Dispõe sobre Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília, DF, 1996. Disponível em: <[http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/reso\\_96.htm](http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/reso_96.htm)>. Acesso em 12 fev. 2012.
- BRASIL. UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA. **Talentos Desperdiçados: Banco de pautas da Secretaria de Comunicação da Universidade de Brasília (UnB).** Brasília, DF, 2004. Disponível em: <<http://www.unb.br>>. Acesso em: 20 fev. 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Subsídios para construção da Política Nacional de Saúde Ambiental.** Brasília: DF, 2007. Disponível em: <[http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/livros/subsi\\_miolo.pdf](http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/livros/subsi_miolo.pdf)>. Acesso em: 20 jan. 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde Mental em Dados – 7**, ano V, n. 7. Informativo eletrônico. Brasília: DF, junho de 2010. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/smdados.pdf>>. Acesso em: 20 fev. 2012.

BRASIL. CONSELHO SUPERIOR DE ADMINISTRAÇÃO. **Resolução n. 13, de 08 de outubro de 2008.** Aprova o Plano de capacitação, aperfeiçoamento e qualificação dos integrantes da carreira dos cargos técnico-administrativos em educação da UFRA. Brasília, DF, 2008.

BRIDGER, R.S.; BENNETT, A.I. Age and BMI interact to determine work ability in seafarers. **Occupational Medicine**, Chicago, n. 61, p. 157 - 162, 2011.

BRITO, F.C.; LITVOC, J. **Envelhecimento:** prevenção e promoção da saúde. São Paulo: Atheneu, 2004.

BULLINGER, M. German translation and psychometric testing of the SF-36 health survey: preliminary results from the IQOLA project. **Social Science and Medicine**, Oxford, n. 41, 1359 - 1366, 1995.

BUSINESS WORK AND AGEING. Redesigning Work for an Ageing Society. Fact sheet 2: **What is work ability?**. Australia, 2008. Disponível em <[http://www.swinburne.edu.au/business/business-work-ageing/documents/ARC\\_FactSheet2\\_10Sep07.pdf](http://www.swinburne.edu.au/business/business-work-ageing/documents/ARC_FactSheet2_10Sep07.pdf)>. Acessado em 2 set. 2011.

CAMARANO, A. A.; PASINATO, M. T. **Envelhecimento Funcional e suas Implicações Para a Oferta da Força de Trabalho Brasileira.** Brasília, DF: IPEA, 2008. Disponível em: <[http://www.ipea.gov.br/sites/000/2/publicacoes/tds/td\\_1326.pdf](http://www.ipea.gov.br/sites/000/2/publicacoes/tds/td_1326.pdf)>. Acesso em: 2 set. 2011.

CAMERINO, D. *et al.* Age-dependent relationships between work ability, thinking of quitting the job, and actual leaving among Italian nurses: a longitudinal study. **International Journal of Nursing Studies**, Oxford, v. 45, n. 11, p. 1645 - 1659, 2008.

CAMERINO, D. *et al.* Effort-Reward Imbalance and Work Ability Index among Italian Female Nurses: The Role of Family Status and Work-Family Conflict. In: CLAS-HAKAN, N. *et al.* (eds.). **Age Management during the Life Course:** Proceedings of the 4th Symposium on Work Ability. Tampere: Tampere University Press, 2011. p. 135 - 143.

CAMPANINI, P. *et al.* Effort Reward Imbalance and Work Ability among nurses and call-center operators. In: CLAS-HAKAN, N. *et al.* (eds.). **Age Management during the Life Course:** Proceedings of the 4th Symposium on Work Ability. Tampere: Tampere University Press, 2011. p. 126 - 134.

CAMPOS, R.S. **Avaliação dos desconfortos musculoesqueléticos e da capacidade para o trabalho em servidores do Tribunal Regional do Trabalho de Goiânia – GO.** 2011. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) – Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, Brasília, 2011.

CAMPOS, I.C.M. **Diagnóstico de transtornos mentais e comportamentais e relação com o trabalho de servidores públicos estaduais**. 2006. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2006.

CANTERO, M.R. *et al.* Determinação de índice de capacidade para o trabalho (ICT) em trabalhadores da área de Recursos Humanos de empresa de papel e celulose, SP. In: CONGRESSO DA ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE MEDICINA DO TRABALHO, 11; 2001, Belo Horizonte. **Anais...** Belo Horizonte: ANAMT, 2001. p. 2085 - 2089. 1 CD-ROM.

CAPELO, C.A.S. **Estudo ergonômico do risco ocupacional das tarefas de movimentação manual de doentes e da capacidade de trabalho dos profissionais**. 2011. Dissertação (Mestrado em Ergonomia) – Faculdade de Motricidade Humana, Universidade Técnica de Lisboa, Lisboa, 2011.

CAREL, S.R. *et al.* WAI in Israeli nurses – First time utilization of the Hebrew version of the Questionnaire. In: CLAS-HAKAN, N. *et al.* (eds.). **Age Management during the Life Course: Proceedings of the 4th Symposium on Work Ability**. Tampere: Tampere University Press, 2011. p. 178 - 186.

CARLOS, C.A.L.V. **Análise do envelhecimento funcional precoce em funcionários de lavanderias terceirizadas – Belo Horizonte – MG**. 2009. Dissertação (Mestrado em Economia Doméstica) – Universidade Federal de Viçosa, Minas Gerais, 2009.

CARREGARO, R.L.; RODRIGUES, M.R. Avaliação da demanda física e percepção da capacidade para o trabalho em setores de atendimento aos usuários de uma entidade beneficente. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, São Caetano do Sul, n. 19, p. 32 - 37, jan./mar. 2009.

CARVALHO, J.A.M.; RODRIGUES, L.L.W. A transição da estrutura etária da população brasileira na primeira metade do século XXI. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 3, p. 597 - 605, mar. 2008.

CARVALHO, J.A.M; GARCIA, R. A. O envelhecimento da população brasileira: um enfoque demográfico. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 725 – 733, maio/jun. 2003.

CATTANI, A.D.; HOLZMANN, L. **Dicionário de trabalho e tecnologia**. 2 ed. Porto Alegre: Zouk, 2011. 494p.

CHI-CHIU, M. *et al.* Evaluating work ability and quality of life for clinical nurses in Taiwan. **Nursing Outlook**, Taiwan, v.55, n.6, p. 318 – 326, 2007.

CHILLIDA, M.S. **Capacidade para o trabalho e trabalho noturno: um estudo com trabalhadores de enfermagem de um hospital universitário**. 2003. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, São Paulo, 2003.

CHILLIDA, M.S.P. ; MONTEIRO-COCCO, M.I. Work ability among nursing personnel of night shift work at university hospital preliminary results. In: International Congress on Occupational Health. Foz do Iguaçu, PR, Brasil, 2003. **Anais...** Foz do Iguaçu (PR): ICOH; 2003. CD-ROM.

CICONELLI, R. M. **Tradução para o português e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida "Medical outcomes study 36-item short-form health survey (SF-36)".** São Paulo, 1997. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 1997.

CICONELLI, R.M. *et al.* Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36 (Brasil SF-36). **Revista Brasileira de Reumatologia**, Campinas, v. 39, p. 143 - 150, 1999.

COLQUHOUN, W.P.; RUTENFRANZ, J. **Studies of shiftwork.** London: Taylor and Francis, 1980.

CORDEIRO, A.N.; GARBIN, A.C. **As condições de trabalho em um órgão do Poder Judiciário Federal.** São Paulo: CEREST/SP, 2000.

COSTA, G. Some considerations about aging, shift work and work ability. In: COSTA G, GOEDHARD WJA, ILMARINEN J. **Proceedings of the 2<sup>nd</sup> International Symposium in Work Ability:** Assessment and promotion of work ability, health and well-being of ageing workers. London: Elsevier; 2005. p. 67 - 72.

COSTA, G.; SARTORI, S. Ageing, working hours and work ability. **Ergonomics**, London, v. 50, p. 1914 - 1930, 2007.

COSTA, I. M. A. R. **Trabalho por turnos, saúde e capacidade para o trabalho dos enfermeiros.** 2009. Dissertação (Mestrado em Saúde Ocupacional) - Faculdade de Medicina, Universidade de Coimbra, Coimbra, 2009.

COSTA, F. M.; VIEIRA, M. A.; SENA, R. R. Absenteísmo relacionado a doenças entre membros da equipe de enfermagem de um hospital escola. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 62, n. 1, p. 38 - 44, jan./fev. 2009.

COSTA, S.V.; CEOLIM, M.F.; NERI, A.L. Problemas de sono e suporte social: estudo multicêntrico Fragilidade em Idosos Brasileiros. **Revista Latino – Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 19, n. 4, p. 1 - 9, jul./ago. 2011.

COSTA, C.S.N. *et al.* Capacidade para o trabalho e qualidade de vida de trabalhadores industriais. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 6, p. 1635 – 1642, 2012.

COSTA, A.F.R.P. **Contributo para o estudo da relação entre o índice de capacidade para o trabalho, o envelhecimento e a ergonomia.** 2008. Dissertação (Mestrado em Engenharia e Gestão Industrial) – Faculdade de Ciências e Tecnologia, Universidade Nova de Lisboa, Lisboa, 2008.

COTRIM, T.; SIMÕES, A.; SILVA, C. Age and Work Ability among Portuguese Nurses. In: CLAS-HAKAN, N. *et al.* (eds.). **Age Management during the Life Course**: Proceedings of the 4th Symposium on Work Ability. Tampere: Tampere University Press, 2011. p. 117 - 125.

CUNHA, J. B.; BLANK, V. L. G.; BOING, A. F. Tendência temporal de afastamento do trabalho em servidores públicos (1995-2005). **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 12, p. 226 - 236, 2009.

DIAS, E.C. *et al.* Saúde ambiental e saúde do trabalhador na atenção primária à saúde, no SUS: oportunidades e desafios. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.14, n.6, p. 2061 - 2070, 2009.

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

DIONÍSIO, F.N. *et al.* Avaliação de características ergonômicas, capacidade para o trabalho e desconforto músculo-esquelético na central de distribuição de materiais de um hospital de clínicas no estado de MG. **Revista Brasileira de Ergonomia – Ação Ergonômica**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, p. 116 - 125, 2011.

DURAN, E.C.M. **Capacidade para o Trabalho entre Trabalhadores de Enfermagem do Pronto Socorro de um Hospital Universitário**. 2002. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, São Paulo, 2002.

DURAN, E.C.M.; MONTEIRO-COCCO, M.I. Capacidade para o trabalho entre trabalhadores de enfermagem do pronto-socorro de um hospital universitário. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 12, n. 1, p. 43 - 49, jan./fev. 2004.

FADUL, E.; SOUZA, A.R. Políticas de reformas da administração pública brasileira: uma compreensão a partir de seus mapas conceituais. In: XXIX ENANPAD, Brasília/DF, 2005. **Anais...** CD ROM

FADUL, E.; SOUZA, A.R. Analisando a interface entre o gerencialismo, a criação das agências reguladoras e a inovação institucional. In: XXX ENANPAD, Salvador/BA, 2006. **Anais...** CD ROM

FAGGION, S.L. **Análise dos aspectos nutricionais, organizacionais e capacidade para o trabalho de trabalhadores de uma empresa de alta tecnologia**. 2006. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, São Paulo, 2006.

FELLI, V.E.A. **Implantação e avaliação do sistema de monitoramento da saúde do trabalhador de enfermagem**. Relatório de Pesquisa (FAPESP). Escola de Enfermagem da USP, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010.

- FERNANDES, A.C.P. **Capacidade para o trabalho em diferentes modalidades de inserção de um condomínio empresarial de alta tecnologia.** 2003. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, São Paulo, 2003.
- FIATES, G.G.S. **Modelos de Gestão e Gestão Pública:** Livro Didático. Palhoça: Unisul Virtual, 2007.
- FIGUEIREDO, V.C.N. **Trabalho e gênero:** condições de saúde das mulheres no setor de bijuterias e folheados. 2008. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, São Paulo, 2008.
- FISCHER, F.M.; *et al.* A (in)capacidade para o trabalho em trabalhadores de enfermagem. **Revista Brasileira de Medicina do Trabalho**, Belo Horizonte, v. 3, n. 2, p. 97 - 103, ago./dez. 2005.
- FISCHER, F.M. *et al.* Work ability of health care shift workers: what matters?, **Chronobiology International**, New York, v. 23, n. 6, p. 1165 – 1179, 2006.
- FISCHER, F.M.; MARTINEZ, M.C. Work ability among hospital food service professionals: multiple associated variables require comprehensive intervention. **Work**, London, n. 41, p. 3746 - 3752, 2012.
- FONSECA, R.M.C.; CARLOTTO, M.S. Saúde Mental e Afastamento do Trabalho em Servidores do Judiciário do Estado do Rio Grande do Sul. **Psicologia em Pesquisa**, Juiz de Fora, v. 5, n. 2, p. 117 – 125, jul./dez. 2011.
- FRANCO, A.N. **Estudo da antropometria estática em indivíduos da Terceira Idade:** verificação da viabilidade de um banco de dados antropométricos. 2005. Dissertação (Mestrado em Desenho Industrial) – Faculdade de Arquitetura, Universidade Estadual de São Paulo, São Paulo, 2005.
- GAMPERIENE, M. *et al.* Self-reported work ability of Norwegian women in relation to physical and mental health, and to the work environment. **Journal of Occupational Medicine and Toxicology**, London, v. 3, n. 8, p. 1 - 9, 2008.
- GARBIN, A.C.; TAVARES, D.S. A Relação Saúde Mental e Trabalho dos funcionários públicos do Setor Judiciário. In: Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva. VI,. Sujeito Ação em Saúde Coletiva. 2000. Salvador, Bahia. **Anais...** São Paulo: ABRASCO, 2000, p.513. 1 CD ROM.
- GASPARY, L.T.; SELAU, L.P.R.; AMARAL, F.G. Análise das condições de trabalho da Polícia Rodoviária Federal e sua influência na capacidade para trabalhar. **Revista Gestão Industrial**, Paraná, v. 4, n. 2, p. 48 - 64, 2008.
- GHISLENI FILHO, J.; PASIN, L. F. M. **A Justiça do Trabalho na 4ª Região:** alguns dados históricos dos seus 70 anos - sua legislação, suas unidades, seus juizes, seus administradores, sua movimentação processual. Porto Alegre: Hs Editora, 2011. 245 p.

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

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

GOEDHARD, R.; GOEDHARD, W. Work ability and perceived work stress. In: COSTA, G.; GOEDHARD, W.; ILMARINEN, J. (eds.). **Assessment and Promotion of Work Ability, Health and Well-being of Ageing Workers.** Finland: Elsevier, 2005, p. 79 – 83.

GOEDHARD, R.G.; GOEDHARD, E.J.; GOEDHARD, W.J.A. Aspects of stress, shift work and work ability in relation to age. In: CLAS-HAKAN, N. *et al.* (eds.). **Age Management during the Life Course: Proceedings of the 4th Symposium on Work Ability.** Tampere: Tampere University Press, 2011. p. 144 - 149.

GOEDHARD, W.J.A. Occupational Gerontology. In: CLAS-HAKAN, N. *et al.* (eds.). **Age Management during the Life Course: Proceedings of the 4th Symposium on Work Ability.** Tampere: Tampere University Press, 2011. p. 34 - 41.

GÓES, E.P. **Riscos e capacidade para o trabalho entre trabalhadores de uma indústria de processamento de frangos no interior do Paraná.** 2007. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, São Paulo, 2007.

GOFFREDO FILHO, G.S. de. **Incapacidade temporária para atividades habituais: relação com a pressão arterial e o uso de terapia farmacológica anti-hipertensiva no estudo pró-saúde.** 2008. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2008.

GONÇALVES, M.B.L.; FISCHER, F.M. Condições de trabalho de auxiliares de enfermagem de um instituto de ortopedia e traumatologia de um hospital público de São Paulo. **Cadernos de Psicologia Social do Trabalho**, São Paulo, v. 7, p. 51 - 65, 2004.

GOULD, R.; *et al.* **Dimensions of Work Ability: Results of the Health 2000 Survey.** Helsinki: Waasa Graphics Oy, 2008.

GRADISK, D.M.G. **Estilo de Vida, Capacidade para o Trabalho e Composição Corporal em Trabalhadoras da Indústria Frigorífica.** 2004. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2004.

GURGEL, I.G.D. **Repercussão dos agrotóxicos na saúde dos Agentes de Saúde Pública em Pernambuco.** 1998. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 1998.

GURGUEIRA, G.P.; ALEXANDRE, N.M.C.; CORRÊA FILHO, H.R. Prevalência de sintomas musculoesqueléticos em trabalhadores de enfermagem. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 11, n. 5, p. 608 - 613, 2003.

HÄGGLUND, K.; HELSING, C.; SANDMARK, H. Assistant nurses working in care of older people: associations with sustainable work ability. **Scandinavian Journal Caring Sciences**, Hellsink, n. 25, p. 325 – 332, 2011.

HERMANN, R. C., **O professor e a síndrome de *burnout***: a síndrome do século XXI em Santa Catarina. 2005. Monografia (Curso de Especialização em Avaliação Psicológica) – Universidade do Sul de Santa Catarina (UNISUL), Florianópolis, 2005.

HELD, V.L.S. **Estresse ocupacional em trabalhadores bancários**. 2011. Monografia (Bacharelado em Administração) – Universidade de Brasília, Porto Velho, 2011.

HILLESHEIN, E.F. **Capacidade para o trabalho de enfermeiros de um hospital universitário**: interface entre o pessoal, o laboral e a promoção da saúde. 2011. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2011.

HILLESHEIN, E.F. *et al.* Capacidade para o trabalho de enfermeiros de um hospital universitário. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 32, n. 3, p. 509 - 515, set. 2011.

HODGE, E. P. **Riscos associados ao trabalho e capacidade para o trabalho entre trabalhadores de uma indústria farmacêutica**. 2006. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, São Paulo, 2006.

HOPSU, L. *et al.* Perceived work ability and individual characteristics as predictors of early exit from working life in professional cleaners. **International Congress Series**, Amsterdam n. 1280, p. 84 - 88, 2005.

ILDEFONSO, S.A.G.; BARBOSA-BRANCO, A.; ALBUQUERQUE-OLIVEIRA, P.R. Prevalência de benefícios de seguridade social temporários devido a doença respiratória no Brasil. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, Brasília, v. 35, n. 1, p. 44 - 53, 2009.

ILMARINEN, J; *et al.* Background and objectives of the Finnish research project on aging workers in municipal occupations. **Scandinavian Journal of Work, Environment and Health**, Hellsink, n. 17 Suppl. 1, p.7 - 11, 1991.

ILMARINEN, J.; *et al.* Summary and recommendations of a project involving cross-sectional and follow-up studies on the aging worker in Finnish municipal occupations (1981- 1985). **Scandinavian Journal of Work, Environmental and Health**, Hellsink, v. 17, Suppl. 1, p. 135 - 141, 1991a.

ILMARINEN, J.; TUOMI, K. Work ability of aging workers. **Scandinavian Journal of Work, Environmental and Health**, Hellsink, n. 18, Suppl. 2, p. 8 - 10, 1992.



ILMARINEN, J.; TUOMI, K. **Work Ability Index for Aging Workers**. Helsinki: Finnish Institute of Occupational Health, 1993.

ILMARINEN, J. **Promoting the health and well-being of the older worker: The Finnish experience**. Health Education Authority. Helsinki: Finnish Institute of Occupational Health, 1994.

ILMARINEN, J. Aging workers. **Scandinavian Journal of Work, Environmental and Health**, Helsinki, n. 23, Suppl. 1, p. 3 - 5, 1997.

ILMARINEN, J; TUOMI, K; KLOCKARS, M. Changes in the work ability of active employees over an 11-year period. **Scandinavian Journal of Work, Environmental and Health**, Helsinki, v. 7, Suppl. 1, p. 49 - 57, 1997.

ILMARINEN, J. Aging and work. **Occupational and Environmental Medicine**, London, n. 58, p. 546 - 551, 2001.

ILMARINEN, J. Challenges of the aging of the workforce in the European Union. In: RANTANEN, J. *et al.* (editors). **Work in the Global Village: Proceedings of the International Conference on Work Life in the 21st Century (People and Work Research Reports 49)**. Helsinki: Finnish Institute of Occupational Health; 2002. p. 57 – 63.

ILMARINEN, J. Promotion of work ability during aging. In: KUMASHIRO, M. (editor). **Aging and work**. London: Taylor and Francis; 2003. p. 21 – 35.

ILMARINEN, J; TUOMI, K. Past, present and future OF WORK ABILITY. In: ILMARINEN, J.; LEHTINEN, S. (ed.). **Past, Present and Future of Work Ability**. Helsinki: Finnish Institute of Occupational Health, 2004. p. 1 – 25. People and Work, Research Reports 65.

ILMARINEN J, TUOMI K, SEITSAMO J. New dimensions of work ability. In: COSTA, C.; GOEDHARD, W.J.A.; ILMARINEN, J. (editors). **Assessment and promotion of work ability, health and well-being of ageing workers: Proceedings of the 2<sup>nd</sup> International Symposium in Work Ability; 2004 Oct 18-20; Verona, Italy**. London: Elsevier; 2005. p. 3 - 7.

ILMARINEN, J. **Towards a longer worklife! Ageing and the quality of worklife in the European Union**. Helsinki: Finnish Institute of Occupational Health; 2006.

ILMARINEN, J. The Work Ability Index (WAI). **Occupational and Environmental Medicine**, London, n. 57, p. 160, 2007.

ILMARINEN, J. Work ability – a comprehensive concept for occupational health research and prevention. **Scandinavian Journal of Work, Environment and Health**, Helsinki, v. 35, n. 1, p. 1 - 5, 2009.

ILMARINEN, J. **30 years of Work Ability and 20 years of Age Management in Finland**. Paper given to 4th Symposium on Work Ability. Finland: Tampere, June, 2010.

ILMARINEN, J. 30 years' Work Ability and 20 years' Age Management. In: CLASHAKAN, N. *et al.* (eds.). **Age Management during the Life Course: Proceedings of the 4th Symposium on Work Ability**. Tampere: Tampere University Press, 2011. p. 12 - 22.

INGERSOLL, G. L. *et al.* Nurses' job satisfaction, organizational commitment, and career intent. **Journal of Nursing Administration**, Wakefield, v. 32, n. 5, p. 250 - 263, 2002.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Projeção da População do Brasil por Sexo e Idade - 1980-2050** - Revisão 2008 – Série Estudos e Pesquisas n. 24.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Censo Demográfico 2010**. Disponível em: <[http://www.censo2010.ibge.gov.br/dados\\_divulgados](http://www.censo2010.ibge.gov.br/dados_divulgados)> Acesso em: 2 fev. 2012.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Pesquisa Mensal de Emprego – 08 de março de 2012**. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/>> Acesso em: 12 mar. 2012.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA (IPEA). **Brasil: o estado de uma nação: Mercado de trabalho, emprego e informalidade. A oferta de força de trabalho: tendências e perspectivas**. Brasília, DF, p. 69 - 118, 2009.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA (IPEA). **Índice de Expectativa das Famílias**. Brasília, DF, 2012. 20p.

JORIEN, E.S. *et al.* The role of work ability in the relationship between aerobic capacity and sick leave: a mediation analysis. **Occupational Environment Medicine**, London, n. 68, p. 753 - 758, 2011.

KISS, P.; WALGRAEVE, M.; VANHOORNE, M. Assessment of work ability in aging fire fighters by means of the Work Ability Index Preliminary results. **Archives of Public Health**, Brussels, v. 60, n. 3 - 4, p. 233 - 243, 2002.

KLEM, L. Structural equation modeling. In: GRIMM, L. G.; YARNOLD, P. R. (Orgs.), **Reading and understanding more multivariate statistics**. Washington: American Psychological Association; 2002. p. 227 - 260.

KRELING, N.H. O envelhecimento do trabalhador impõe novos desafios às políticas públicas. **Indicadores Econômicos FEE**, Porto Alegre, v. 38, n. 1, p. 47 - 62, 2010.

KUJALA, V. *et al.* Classification on work ability index among young employees. **Occupational Medicine**, Chicago, v. 55, p. 399 - 401, 2005.

KUOPPALA, J.; LAMMINPÄÄ, A. Rehabilitation and work ability: a systematic literature review. **Journal of Rehabilitation Medicine**, Stockholm, n. 40, p. 796 - 804, 2008.

LACAZ, F.C. O campo Saúde do Trabalhador: resgatando conhecimentos e práticas sobre as relações trabalho-saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 4, p. 757 - 766, abr. 2007.

LACAZ, F. A. C. **Saúde do trabalhador**: um estudo sobre as formações discursivas da academia, dos serviços e do movimento sindical. 1996. Tese (Doutorado) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1996.

LANCMAN, S.; SZNELWAR, L.I.; JARDIM, T.A. Sofrimento psíquico e envelhecimento no trabalho: um estudo com agentes de trânsito. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, São Paulo, v. 17, n. 3, p. 129 – 136, 2006.

LARSSON, A. *et al.* Identifying work ability promoting factors for home care aides and assistant nurses. **BMC Musculoskeletal Disorders**, London, v. 13, n. 1, p. 1 - 11, 2012.

LEBRÃO, M. L. Epidemiologia do Envelhecimento. **Boletim do Instituto de Saúde**, São Paulo, n. 47, p. 23 - 26, abr. 2009.

LEON, E.B.; ALMEIDA, A.R. Breve histórico da saúde ocupacional. **Revista Negócios e Tecnologia da Informação**, Curitiba, v. 2, n. 1, p. 2 - 7, ago./dez. 2011.

LERNER, D.J. *et al.* Estresse no trabalho e saúde de qualidade de vida relacionada na amostra nacional, **American Journal of Public Health**, Washington, v. 84, n. 10, p. 1580 - 1585, 1994.

LIIRA, J. *et al.* Maintaining Working Ability in Finland. In: **Proceedings of the Workshop Quality of Work**. New approaches and strategies in occupational safety and health. Bilbao: European Agency for Safety and Health at Work; 2002.

LINDFORS, O.A. *et al.* Job satisfaction, work ability and life satisfaction among Finnish anaesthesiologists, **Acta Anaesthesiologica Scandinavica**, Copenhagen, v. 51, n. 7, p. 815 – 822, 2009.

LITVOC, J.; BRITO, F.C. **Envelhecimento**: prevenção e promoção da saúde. São Paulo: Atheneu; 2004. 226 p.

LOPES, S.F. **Capacidade para o trabalho em professores de uma Instituição de Ensino Superior do Vale do Sinos**. 2010. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Fisioterapia) - Universidade Feevale, Novo Hamburgo, 2010.

MACHADO, A.G.; ANJOS, V.D. **Análise do Índice de Capacidade para o Trabalho em funcionários da Gerência de Assistência Nutricional da Fundação Santa Casa de Misericórdia do Estado do Pará.** 2009. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Fisioterapia) - Universidade da Amazônia, Belém, 2009.

MAGNAGO, T.S.B.S.; *et al.* Dor musculoesquelética e trabalho: implicações na capacidade para o trabalho dos profissionais de Enfermagem. In: 3º Seminário Internacional sobre o trabalho na Enfermagem, ago. 2011, Bento Gonçalves – RS. **Anais...** Bento Gonçalves: Associação Brasileira de Enfermagem; 2011. p. 154 - 158.

MANZOLI, S.T. **SAÚDE DO HOMEM:** capacidade para o trabalho e estilo de vida entre trabalhadores de um mercado hortifrutigranjeiro em Campinas-SP. 2011. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas, São Paulo, 2011.

MARQUES, A.C.P.R.; RIBEIRO, M. Álcool: abuso e dependência. In: LARANJEIRA, R. (org.). **Usuários de substâncias psicoativas: abordagem, diagnóstico e tratamento.** 2 ed. São Paulo: CREMESP/AMB, 2002. p. 29 - 47.

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

MARTELIN, T. *et al.* Variation of health and functional capacity according to region, education and marital status. In: AROMAA, A.; KOSKINEN, S. (eds.). **Health and Functional Capacity in Finland.** Baseline Results of the Health 2000 Health Examination Survey. Helsinki: Publications of the National Public Health Institute B12, 2004, p. 100 – 102.

MARTELIN, T. *et al.* **Health disparities between population groups.** Helsinki: Health in Finland. KTL, Stakes and STM, 2006.

MARTINEZ, M.C. **As relações entre a satisfação com aspectos psicossociais no trabalho e a saúde dos trabalhadores.** 2002. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2002.

MARTINEZ, M.C. **Estudo dos fatores associados à capacidade para o trabalho em trabalhadores do Setor Elétrico.** 2006. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2006.

MARTINEZ, M.C.; LATORRE, M.R.D.O. Saúde e capacidade para o trabalho em trabalhadores de área administrativa. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 40, n. 5, p. 851 - 858, 2006.

MARTINEZ, M.C.; LATORRE, M.R.D.O. Saúde e capacidade para o trabalho de eletricitários do Estado de São Paulo. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p. 1061 – 1073, jun. 2008.

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

MARTINEZ, M.C.; LATORRE, M.R.D.O.; FISCHER, F.M. Validade e confiabilidade da versão brasileira do Índice de Capacidade para o Trabalho. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, n. 3, p. 523 - 532, 2009.

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

MARTINS FILHO, I. G. S. Breve história da Justiça do Trabalho. In: FERRARI, I.; NASCIMENTO, A. M.; MARTINS FILHO, I.G.S. **História do trabalho, do direito do trabalho e da Justiça do Trabalho**: homenagem a Armando Casimiro Costa. 2. ed. São Paulo: LTr, 2002. p. 181 - 260.

MARTINS, M.M. **Qualidade de vida e capacidade para o trabalho dos profissionais em enfermagem no trabalho em turnos**. 2002. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2002.

MASSOLA, R.M. **Exercícios físicos na melhoria da qualidade de vida e da capacidade de trabalho e na prevenção da dor e da fadiga, entre trabalhadores de fábrica**. 2007. Dissertação (Mestrado em Educação Física) – Faculdade de Educação Física, Universidade Estadual de Campinas, São Paulo, 2007.

MASSON, V.A. **Fadiga e capacidade para o trabalho entre motoristas de caminhão do entreposto hortifrutigranjeiro e mercado de flores de Campinas – SP**. 2009. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, São Paulo, 2009.

MATSUDO, S.M.; MATSUDO, V.K.R.; BARROS NETO, T.L. Perfil do nível de atividade física e capacidade funcional de mulheres maiores de 50 anos de idade de acordo com a idade cronológica. **Revista Atividade Física e Saúde**, Rio Grande do Sul, v. 6, n. 1, p. 12 - 24, 2001.

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

MELHOORN, J.N.; GARDNER, P. How we prevent prevention of musculoskeletal disorders in the workplace. **Clinical Orthopaedics and Related Research**, Philadelphia, n. 419, p. 285 – 292, 2004.

MENDES, R. **Medicina do Trabalho e Doenças Profissionais**. São Paulo: Sarvier, 1980. 573 p.

MENDES, R.; DIAS, E.C. Da medicina do trabalho à saúde do trabalhador. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 25, n. 5, p. 341 - 349, 1991.

MENEGON, F.A. **Atividade de montagem estrutural de aeronaves e fatores associados à capacidade para o trabalho e fadiga**. 2011. Tese (Doutorado em Saúde Ambiental) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2011.

MERLO, A.R.C. Lesões por Esforços Repetitivos. In: CATTANI, A.D.; HOLZMANN, L. (orgs.). **Dicionário de trabalho e tecnologia**. 2 ed. Porto Alegre: Zouk, 2011. p. 238 - 241.

METZNER, R. J.; FISCHER, F. M. Fadiga e capacidade para o trabalho em turnos fixos de doze horas. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.35, n. 6, p. 548 - 553, 2001.

METZNER, R.J. **Trabalhadores em uma indústria têxtil: um estudo sobre fadiga e capacidade para o trabalho em turnos fixos de doze horas e semana reduzida**. 2000. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2000.

METZNER, R.J. **Fadiga e capacidade para o trabalho em trabalhadores de indústrias têxteis e responsabilidade social empresarial**. 2004. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2004.

MILANI, D. **Capacidade para o trabalho, sintomas osteomusculares e qualidade de vida entre operadores de máquinas agrícolas**. 2011. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2011.

MILOSEVIC, M. *et al.* Work ability as a major determinant of clinical nurses' quality of life. **Journal of Clinical Nursing**, Croatian, n. 20, p. 2931 – 2938, 2011.

MINAYO, M.C.S. O envelhecimento da população brasileira e os desafios para o setor saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 2, p. 208 - 209, fev. 2012.

MINAYO-GOMEZ, C. Campo da Saúde do Trabalhador: trajetória, configuração e transformações. In: MINAYO-GOMEZ, C.; MACHADO, J.M.H.; PENA, P.G.L. (orgs.). **Saúde do Trabalhador na Sociedade Brasileira Contemporânea**, Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011. p. 320 - 350.

MONTANHOLI, L.L.; TAVARES, D.M.S.; OLIVEIRA, G.R. Estresse: fatores de risco no trabalho do enfermeiro hospitalar. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 59, n. 5, p. 661 - 665, set./out. 2006.

MONTEIRO, M.I.; FERNANDES, A.C.P. Capacidade para o trabalho de trabalhadores de empresa de tecnologia da informação. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 59, n. 5, p. 603 - 608, set./out. 2006.

- MONTEIRO, M.S. **Envelhecimento e capacidade para o trabalho entre trabalhadores brasileiros**. 1999. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1999.
- MONTEIRO, M.S.; *et al.* Avaliação da Capacidade para o Trabalho entre Auxiliares de Enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 45, n. 5, p. 1177 - 1182, 2011.
- MONTEIRO, M.S.; ILMARINEN, J.; CORRÊA FILHO, H. Work ability of the workers in different age groups of a public health institution in Brazil. **International Journal of Occupational Safety Ergonomics**, Polónia, v. 12, n. 4, p. 417 - 427, 2006.
- MONTEIRO, M.S.; ILMARINEN, J.; GOMES, J.R. Capacidade para o trabalho, saúde e ausência por doença de trabalhadoras de um centro de pesquisa por grupos de idade. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo, v. 30, n. 112, p. 81 - 90, 2005.
- MONTEIRO-COCCO, M.I. **Capacidade para o trabalho entre trabalhadores de uma empresa de tecnologia da informação**. 2002. Tese (Livre Docência) - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, São Paulo, 2002.
- MORENO, L.C. **Violência e Capacidade para o Trabalho entre Trabalhadores de Enfermagem**. 2004. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, São Paulo, 2004.
- MUROFUSE, N.T. **O adoecimento dos trabalhadores de enfermagem da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais: reflexo das mudanças no mundo do trabalho**. 2004. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2004.
- MUROFUSE, N.T.; MARZIALE, M.H.P. Doenças do sistema osteomuscular em trabalhadores de enfermagem. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 3, p. 364-373, maio/jun. 2005.
- NEGELISKII, C. **O estresse laboral e a capacidade para o trabalho de enfermeiros no Grupo Hospitalar Conceição**. 2010. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2010.
- NEGELISKII, C.; LAUTERT, L. Estresse laboral e capacidade para o trabalho de enfermeiros de um grupo hospitalar. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 19, n. 3, 8 telas, maio-jun. 2011.
- NEUPANE, S. *et al.* Multi-site pain and work ability among an industrial population. **Occupational Medicine**, Chicago, n. 61, p.563 – 569, 2011.
- NOGUEIRA, C.V. *et al.* Afastamentos por transtornos mentais entre servidores públicos do estado de Ceará. In: Congresso Nacional de Excelência em Gestão. VI., 2010, Rio de Janeiro. **Anais...** Niterói: UFF, 2010. p.1 - 17. 1 CD ROM.

ODEBRECHT, C. Indicadores de envelhecimento e trabalho humano. In: ENCONTRO NACIONAL DE ENGENHARIA DE PRODUÇÃO – ENEGEP, XXIII., 2003, Ouro Preto. **Anais...** Ouro Preto: UFOP, 2003. p. 1 - 8. 1 CD ROM.

ODEBRECHT, C.; GONÇALVES, L.O.; SELL, I. Da Gerontologia a Gerontecnologia. In: Congresso Brasileiro de Ergonomia, XII., 2002, Recife. **Anais...** Recife: ABERGO, 2002. p. 30 - 38. 1 CD ROM.

OLIVEIRA, A.G. *et al.* Direito dos idosos relacionados à sua mobilidade. **Revista dos Transportes Públicos**, São Paulo, v. 130, n. 34, p. 12 – 20, 2012.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Viellissement et capacité de travail: Rapport d'un Groupe d'étude de l'OMS.** Genève, 1993. (Série de rapports techniques, n. 835).

ORNELLAS, T.C.F. **Capacidade para o trabalho entre trabalhadores de empresa metalúrgica de uma cidade do interior paulista.** 2004. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, São Paulo, 2004.

OSHO INTERNATIONAL FOUNDATION. **Maturidade: A responsabilidade de ser você mesmo.** 6 ed. São Paulo: Cultrix, 2010.

PADULA, R.S.; *et al.* Avaliação da capacidade para o trabalho e da aptidão cardiorrespiratória de trabalhadores saudáveis. **ConScientiae Saúde**, São Paulo, v. 10, n. 2, p. 285 - 291, 2011.

PAGANO, M.; GAUVREAU, K. **Princípios de Bioestatística.** São Paulo: Cengage Learning, 2011. 506p.

PARAGUAY, A.I.B.B.; TAVARES, D.S. **Sondagem preliminar sobre a percepção da relação saúde e trabalho no Tribunal Regional Federal da 3ª Região.** Projeto de Pesquisa CGIO (Concepção, Gestão e Inovação Organizacional), 2000.

PEREGRINO, V.M. **Avaliação do estado de saúde percebido e do impacto da insuficiência cardíaca por pacientes em seguimento ambulatorial.** 2008. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2008.

PERKIO-MAKELA, M.M. Finnish farmer's self-reported morbidity, work ability, and functional capacity. **Annals of Agricultural and Environmental Medicine**, Lublin, v. 7, n. 1, p. 11 - 16, 2000.

PERNERGER, T.V. *et al.* Race and end-stage renal disease. Socio-economic status and access to health care as mediating factors. **Archives Internal of Medicine**, Chicago, n. 156, p. 1201 - 1208, 1995.



PINTO, R.M.A. **Assédio moral no serviço público: estudo de caso do Tribunal Regional do Trabalho da 6ª Região**. 2009. Monografia (Especialização em Planejamento e Gestão Pública) – Faculdade de Ciência da Administração de Pernambuco, Universidade de Pernambuco, Recife, 2009.

POHJONEN, T. Key components of work ability and how to maintain them. **Newsletter of the Finnish Institute**, Finland, v. 1, special issue, p. 4 - 5, 1999.

POHJONEN, T. Perceived work ability of home care workers in relation to individual and work-related factors in different age groups. **Occupational and Environmental Medicine**, London, v. 51, n. 3, p. 209 - 217, 2001.

POHJONEN, T.; RANTA, R. Effects of worksite physical exercise intervention on physical fitness, perceived health status, and work ability among home care workers: five-year follow-up. **Preventive Medicine**, New York, v. 32, p. 465 - 475, 2001.

PORTO, M.F. Saúde do trabalhador e o desafio ambiental: contribuições do enfoque ecossocial, da ecologia política e do movimento pela justiça ambiental. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, p. 829 - 839, 2005.

PORTO, M.F.S.; LACAZ, F.A.C.; MACHADO, J.M.H. Promoção da saúde e intersectorialidade: contribuições e limites da vigilância em saúde do trabalhador no sistema único de saúde (SUS). **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 65, p. 192 - 206, set./dez. 2003.

RABACOW, F.M. **Hábitos de lazer e Índice de Capacidade para o Trabalho em funcionários de uma empresa de produção de energia**. 2008. Dissertação (Mestrado em Educação Física) - Programa de Pós-Graduação em Educação Física, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2008.

RADKIEWICZ, P.; WIDERSZAL-BAZYL, M. Psychometric properties of Work Ability Index in the light of comparative survey study. In: COSTA, G.; GOEDHARD, W.J.A.; ILMARINEN, J. (editors). **Proceedings of the 2<sup>nd</sup> International Symposium in Work Ability: Assessment and promotion of work ability, health and well-being of ageing workers**. London: Elsevier; 2005. p. 304 - 309.

RAFFONE, A. M.; HENNINGTON, E. A. Avaliação da capacidade funcional dos trabalhadores de enfermagem. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 4, p. 669 - 676, ago. 2005.

RAMAZZINI, B. **As Doenças dos Trabalhadores**. Tradução de Raimundo Estrêla. 3.ed. São Paulo: Fundacentro, 2000.

RAMOS, L. R. Saúde Pública e envelhecimento: o paradigma da capacidade funcional. **Boletim do Instituto de Saúde**, São Paulo, n. 47, p. 40 - 41, abr. 2009.

RENOSTO, A. **Avaliação da capacidade funcional em trabalhadores da indústria metalúrgica do sul do País**. 2006. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Universidade do Vale do Sinos, São Leopoldo, 2006.

RENOSTO, A.; *et al.* 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, p. 217 - 225, 2009.

REZENDE, M. M. F.; MARIA, V. C.; ESPÍNDOLA, A. P. A utilização do Índice de Capacidade para o Trabalho – ICT para Estudo Epidemiológico de uma Empresa do ramo Farmacêutico: uma proposta da Terapia Ocupacional. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 2, Suppl. 1, p. 691 - 697, maio/ago. 2006.

RIBEIRO, H.P. Lesões por Esforços Repetitivos (LER): uma doença emblemática. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, n. 13, p. 85 - 93, 1997.

RIBOLDI, C.O. **Dimensão do absenteísmo entre trabalhadores de enfermagem do hospital das clínicas de Porto Alegre**. 2008. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2008.

RODRIGUES, A.B.; CHAVES, E.C. Fatores estressantes e estratégias de coping dos enfermeiros atuantes em oncologia. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 16, n. 1, p. 24 - 28, jan./fev. 2008.

ROTENBERG, L.F. *et al.* A gender approach to work ability and its relationship to professional and domestic work hours among nursing personnel. **Applied ergonomics**, Oxford, v. 39, n. 5, p. 646 – 652, 2008.

ROTENBERG, L.; *et al.* Working at night and work ability among nursing personnel: when precarious employment makes the difference. **International Archives of Occupational Environmental Health**, Berlin, v. 82, p. 877 - 885, 2009.

SÁ, F.D.; GOMES, M.L.B.; SILVA, L.B. Organização do trabalho e suas implicações para a capacidade laboral: Um estudo correlacional com motoristas de ônibus de João Pessoa-PB. **Revista Brasileira de Ergonomia – Ação Ergonômica**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 2, p. 21 - 30, 2005.

SALA, A.; *et al.* Licenças médicas entre trabalhadores da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo no ano de 2004. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, p. 2168 - 2178, 2009.

SALGADO, S.M.L.; *et al.* 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**, Minas Gerais, v. 22, n.2, p. 108 - 130, 2011.

SALIM, C.A. Doenças do Trabalho: exclusão, segregação e relações de gênero. **São Paulo em Perspectiva**, São Paulo, v. 17, n. 1, p. 11 - 24, 2003.

SAMPAIO, R.F. *et al.* Avaliação da capacidade para o trabalho e estresse em uma empresa de transporte coletivo de Belo Horizonte, Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 287 - 296, 2009.

SANCINETTI, T.R. **Absenteísmo por doença na equipe de enfermagem: taxa, diagnóstico médico e perfil dos profissionais.** 2009. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2009.

SANCINETTI, T.R. *et al.* Absenteísmo-doença na equipe de enfermagem: relação com a taxa de ocupação. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v.43, n. 2, p. 1277 - 1283, 2009.

SANTOS, G.L.V. *et al.* Ocorrência de distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho dos professores de uma instituição de ensino superior de Belém/PA. **Fisioterapia Brasil**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, p. 263 - 269, jul.-ago. 2009.

SEISTAMO, J., ILMARINEN, J. Life-style, aging and work ability among active Finnish workers in 1981-1992. **Scandinavian Journal of Work Environ & Health**, Helsinki, v. 23, suppl. 1, p. 20 - 26, 1997.

SEITSAMO, J.; KLOCKARS, M. Aging and changes in health. **Scandinavian Journal of Work Environ and Health**, Helsinki, v. 23, suppl. 1, p. 27 - 35, 1997.

SELIGMANN-SILVA, E. **Desgaste Mental do Trabalho.** São Paulo: Cortez, 1994.

\_\_\_\_\_. Psicopatologia e saúde mental no trabalho. In: MENDES, R. (Org.). **Patologia do trabalho.** v. 2. Rio de Janeiro: Atheneu, 2003. p. 1141 - 1182.

\_\_\_\_\_. Psicopatologia no trabalho: aspectos contemporâneos. In: CONGRESSO INTERNACIONAL SOBRE SAÚDE MENTAL NO TRABALHO, 2., 2006, Goiânia. **Anais...** Goiânia: CIR, 2007. p. 64 - 98. 1 CD ROM.

SELL, I. **Projeto do Trabalho Humano: melhorando as condições de trabalho.** Florianópolis: Editora da Universidade Federal de Santa Catarina, 2002. 469p.

SILVA JÚNIOR, S.H.A. **Avaliação de qualidades psicométricas da versão brasileira do Índice de Capacidade para o Trabalho.** 2010. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2010.

SILVA, A. A.; ROTENBERG, L.; FISCHER, F. M. Jornadas de trabalho na enfermagem: entre necessidades individuais e condições de trabalho. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 45, n. 6, p. 1117 - 1126, 2011.

SILVA, F.J. **A capacidade para o trabalho e a fadiga entre trabalhadores de Enfermagem.** 2011. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2011.

SILVA, C. *et al.* Associations between Work Ability Index and demographic characteristics in Portuguese workers. In: CLAS-HAKAN, N. *et al.* (eds.). **Age Management during the Life Course: Proceedings of the 4th Symposium on Work Ability.** Tampere: Tampere University Press, 2011. p. 81-88.

SILVA, L. G. *et al.* Capacidade para o trabalho entre trabalhadores de higiene e limpeza de um hospital universitário público. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 12, n. 1, p. 158 - 163, 2010. Disponível em <http://www.fen.ufg.br/revista/v12/n1/v12n1a19.htm>. Acesso em 12 de dezembro de 2011.

SILVA, A.A. **Avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde: percepção sobre as condições de trabalho e de vida entre profissionais de enfermagem, de hospital universitário no município de São Paulo.** 2008. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2008.

SILVA, N.M. **Avaliação da capacidade para o trabalho do servidor público: um estudo de caso em uma instituição federal de ensino superior.** 2009. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2009.

SILVEIRA, J.L.G. **Aptidão física, Índice de Capacidade de Trabalho e Qualidade de Vida de Bombeiros de diferentes faixas etárias em Florianópolis, SC.** 1998. Dissertação (Mestrado em Educação Física) - Programa de Pós-graduação em Educação Física, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1998.

SIQUEIRA, G.R.; VIEIRA, R.A.G. Ginástica laboral: conceitos e perspectivas. In: FERNANDES, M.G. (col.). **Tópicos especiais em saúde do trabalhador e ergonomia.** Recife: Fundação Antônio dos Santos Abrantes, 2009. p. 109 - 120.

SJÖGREN-RÖNKÄ, T. *et al.* Physical and psychosocial prerequisites of functioning in relation to work ability and general subjective well-being among office workers. **Scandinavian Journal of Work, Environment and Health**, Helsinki, v. 28, n. 3, p. 184 - 190, 2002.

SÖRENSEN, L. *et al.* Are cardiorespiratory fitness and walking performance associated with self-reported quality of life and work ability? **International Journal of Occupational Medicine and Environmental Health**, Lodz, v. 20, n. 3, p. 257 – 264, 2007.

SÖRENSEN, L. *et al.* Associations between work ability, health-related quality of life, physical activity and fitness among middle-aged men. **Applied Ergonomics**, Oxford, n. 39, p. 786 – 791, 2008.

SORMUNEN, A.J. *et al.* Examining the role of temperature and sediment-chemical contact time on desorption and bioavailability of sediment-associated tetrabromo diphenyl ether and benzo(a)pyrene. **Ecotoxicology and environmental safety**, New York, n. 72, p. 1234 - 1241, 2009.

SOUZA, L. E. **Elementos de Demografia Econômica.** São Paulo: LCTE Editora, 2006.

SPÍNDOLA, T. Mulher, mãe... e trabalhadora de enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 34, n. 4, p. 354 - 361, dez. 2000.

SPINDOLA, T.; MARTINS, E.R.C. O estresse e a enfermagem: a percepção das auxiliares de enfermagem de uma instituição pública. **Revista da Escola de Enfermagem Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 2, p. 212 - 219, jun 2007.

STACCIARINI, J.M.R.; TRÓCCOLI, B.T. O estresse na atividade ocupacional do enfermeiro. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.9, n. 2, p. 305-317, mar./abr. 2001.

SUGIMURA, H. Influence of Three Worksite Conditions on the Work Ability of Canadian Elderly Workers. In: CLAS-HAKAN, N. *et al.* (eds.). **Age Management during the Life Course: Proceedings of the 4th Symposium on Work Ability**. Tampere: Tampere University Press, 2011. p. 342 - 350.

SULLIVAN, P.F. *et al.* Twin analyses of chronic fatigue in a Swedish national sample. **Psychological Medicine**, London, n. 35, p. 1327 - 1336, 2005.

TAIMELA, S. *et al.* Self-reported health problems and sickness absence in different age groups predominantly engaged in physical work. **Occupational and Environmental Medicine**, London, v. 64, n. 11, p. 739 - 746, 2007.

TAVARES, D.S. **O sofrimento no trabalho entre servidores públicos: uma análise psicossocial do contexto de trabalho em um Tribunal Judiciário Federal**. 2003. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2003.

TUOMI, K. *et al.* Work load and individual factors affecting work ability among aging municipal employees. **Scandinavian Journal of Work, Environment and Health**, Helsinki, v. 17, suppl. 1, p. 28 - 34, 1991.

TUOMI, K. *et al.* Aging, work, lifestyle and work ability among finnish municipal workers in 1981-1992. **Scandinavian Journal of Work, Environment and Health**, Helsinki, n. 23, suppl. 1, p. 58 - 65, 1997.

TUOMI, K. *et al.* Finnish research project on aging workers in 1981-1992. **Scandinavian Journal of Work, Environment and Health**, Helsinki, n. 23, suppl. 1, p. 7 - 11, 1997a.

TUOMI, K. *et al.* **Work ability index**. Helsinki: Finnish Institute of occupational health, 1997b.

TUOMI, K. *et al.* Summary of the Finnish research project (1981-1992) to promote the health and work ability of aging workers. **Scandinavian Journal of Work, Environment and Health**, Helsinki, n. 23, suppl. 1, p. 66 - 71, 1997c.

TUOMI, K. *et al.* Promotion of work ability, the quality of work and retirement. **Occupational and Environmental Medicine**, London, v. 51, n.5, p. 318 - 24, 2001.

TUOMI, K. *et al.* Organizational practices, work demands and the well-being of employees: a follow-up study in the metal industry and retail trade. **Occupational and Environmental Medicine**, London, v. 54, p. 115 - 121, 2004.

TUOMI, K. *et al.* **Índice de capacidade para o trabalho**. 2 ed. São Carlos: Editora da Universidade Federal de São Carlos, 2005. 59 p.

ULLMAN, J. B. Structural Equation Modeling. In: TABACHNICK, B. G.; FIDELL, L. S. (Orgs.), **Using multivariate statistics**. 5 ed. Boston: Pearson Education; 2007, p. 34 - 37.

VAISSMAN, M. **Alcoolismo no trabalho**. Rio de Janeiro: Fiocruz e Garamond, 2004. 219 p.

VALE, D.P. **Trabalho e saúde dos servidores da justiça do estado do Rio de Janeiro**: o processo de readaptação funcional. 2005. Trabalho de Conclusão de Curso (Pós-Graduação em Administração Judiciária) – Fundação Getúlio Vargas, Rio de Janeiro, 2005.

VAN DEN BERG, T.I.J. *et al.* The influence of psychosocial factors at work and life style on health and work ability among professional workers. **International Archives Occupational Environmental Health**, Rotterdam, v. 81, p. 1029 - 1036, 2008.

VAN DEN BERG, T.I.J. *et al.* The effects of work-related and individual factors on the Work Ability Index: a systematic review. **Occupational and Environmental Medicine**, London, n. 66, p. 211 - 220, 2009.

VASCONCELOS, S.P. *et al.* 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, p. 688 - 697, 2011.

VASCONCELOS, S.P. *et al.* Morbidity among nursing personnel and its association with working conditions and work organization. **Work**, Helsink, n. 41, p. 3732 - 3737, 2012.

VASCONCELOS, S.P. **Avaliação da capacidade para o trabalho e fadiga entre trabalhadores de enfermagem em um hospital de urgência e emergência na Amazônia Ocidental**. 2009. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2009.

VASCONCELLOS, L.C.F.; PIGNATI, W.A. Medicina do trabalho: subciência ou subserviência? Uma abordagem epistemológica. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 4, p. 1105 - 1115, 2006.

VASCONCELLOS, L.C.F. **Saúde, trabalho e desenvolvimento sustentável: apontamentos para uma política de Estado**. 2007. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2007.

VASCONCELLOS, L.C.F. Entre a saúde ocupacional e a saúde do trabalhador: as coisas nos seus lugares. In: VASCONCELLOS, L.C.F.; OLIVEIRA, M.H.B. **Saúde, Trabalho e Direito: uma trajetória crítica e a crítica de uma trajetória.** Rio de Janeiro: Educam, 2011, p. 401 - 422.

VAZ, D.S.; REMOALDO, P.C.A. A geografia da saúde brasileira e portuguesa: algumas considerações conceptuais. **GEOUSP – Espaço e Tempo**, São Paulo, n. 29, Especial, p. 173 – 192, 2011.

VEDOVATO, T.G. **Fatores associados à capacidade para o trabalho dos professores de escolas estaduais de dois municípios do estado de São Paulo.** 2007. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, São Paulo, 2007.

VEGIAN, C.F.L. **Capacidade para o trabalho e condições de vida e trabalho entre profissionais de um Serviço de Atendimento Pré-Hospitalar Móvel de Urgência.** 2010. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, São Paulo, 2010.

VERAS, R. Atenção preventiva ao idoso: Uma abordagem de Saúde In PAPALÉO NETTO, M. **Tratado de Gerontologia.** 2 ed. São Paulo: Atheneu, 2007. p. 655 - 669.

VERAS, R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.43, n.3, p. 548 - 554, jun. 2009.

VIACAVAL, F. Informações em saúde: a importância dos inquéritos populacionais. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 7, p. 607 – 621, 2002.

VON BONSDORFF, M. E. *et al.* Work strain in midlife and 28-year work ability trajectories. **Scandinavian Journal of Work, Environment and Health**, Helsinki, v. 37, n. 6, p. 455 – 463, 2011.

WAINSTEIN, S. **Estresse, índice de capacidade de trabalho, atividade física e composição corporal em profissionais do telejornalismo.** 2000. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2000.

WALSH, I.A.P. **Aspectos clínicos e funcionais em trabalhadores ativos com e sem sintomas ou evidências de DORT.** 2004. Tese (Doutorado em Fisioterapia) – Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2004.

WALSH, I.A.P. *et al.* Capacidade para o Trabalho em indivíduos com lesões músculo-esqueléticas crônicas. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 38, n. 2, p. 149 - 156, 2004.

WARE, J.E.; SHERBOURNE, C.D. The MOS – 36 item Short Form Health Survey (SF – 36) conceptual framework and item selection. **Medicine Care**, Boston, v. 30, p. 473 – 483, 1992.

WARE, J.E. SF-36 health survey update. **European Spine Journal**, Heidelberg, v. 25, n. 24, p. 3130 – 3139, 2000.

WELLE, M.C.S. **Fadiga e capacidade para o trabalho entre trabalhadores rurais de flores e plantas da região de Holambra – SP**. 2008. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, São Paulo, 2008.

ZENI, L.A.Z.R. **A influência do envelhecimento e das condições de trabalho no comportamento alimentar e na capacidade de trabalho de trabalhadores idosos**. 2004. Tese (Doutorado em Engenharia de Produção) – Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2004.



## APÊNDICE A: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidado para participar da pesquisa **“As Relações entre Capacidade para o Trabalho e Saúde no Tribunal Regional do Trabalho da 6ª Região”**. Você foi selecionado por um sorteio, e sua participação não é obrigatória. A qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou a instituição. **O objetivo deste estudo é Avaliar a relação entre capacidade para o trabalho e saúde nos servidores do Tribunal Regional do Trabalho de Pernambuco (TRT 6ª Região)**. Sua participação nesta pesquisa consistirá em responder um questionário com perguntas objetivas. O único risco possível com a sua participação é o de constrangimento diante de algum questionamento, mas garantimos o total sigilo de suas informações pessoais, o que diminuirá este risco. Este estudo não trará nenhum gasto para os participantes e terá como benefício oferecer a oportunidade de avaliar a capacidade para o trabalho, que servirá de subsídio para acompanhamento da saúde dos servidores, a prevenção da perda precoce da capacidade para o trabalho e a promoção da saúde. A sua identidade será guardada. As informações obtidas por meio desta pesquisa serão publicadas em meio acadêmico e asseguramos o sigilo sobre sua participação. Os dados não serão divulgados de forma a possibilitar sua identificação. Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e o endereço da pesquisadora principal, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento. Em caso de denúncias a respeito de alguma questão ética sobre esta pesquisa, você poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa do CPqAM através do telefone (81) 2101-2639.

**Nome e assinatura da pesquisadora responsável:**

**Rejane Maria de Santana:** \_\_\_\_\_

**Endereço:** Av. 04, nº 03, bl. 03/408, Vila Rica, Jaboatão, PE. CEP: 54090-470.

**Fone:** (81) 9223-8608 / 8879-5545 **E-mail:** rejanesanta@gmail.com

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação, e concordo, voluntariamente, em participar.

**Nome:** \_\_\_\_\_

**Assinatura:** \_\_\_\_\_

Recife, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2011.

**APÊNDICE B: Questionário sobre características sócio-demográficas e funcionais**

**Você está recebendo os questionários da pesquisa desenvolvida pela aluna Rejane Maria de Santana para elaboração da dissertação de mestrado do Curso de Saúde Pública do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães/FIOCRUZ.**

**Por favor, preencha todos os campos, se surgir alguma dúvida, pode perguntar à pesquisadora.**

**Obrigada!**

1. **Sexo:** Feminino ( ) Masculino ( )
  
2. **Idade:** \_\_\_\_\_anos.
  
3. **Escolaridade:**  
 Ensino médio completo ( ) Ensino médio incompleto ( )  
 Ensino superior completo ( ) Ensino superior incompleto ( )  
 Pós-graduação ( )
  
4. **Estado conjugal:**  
 Solteiro ( ) Casado/companheiro ( )  
 Separado/divorciado ( ) Viúvo ( )
  
5. **Lotação**  
 Área administrativa ( ) Área judiciária ( ) Área de apoio especializado ( )
  
6. **Função:** \_\_\_\_\_
  
7. **Tempo na função:** \_\_\_\_\_
  
8. **Cargo:**  
 Analista Judiciário ( ) Técnico Judiciário ( ) Auxiliar Judiciário ( )
  
9. **Tempo no Tribunal:** \_\_\_\_\_
  
10. **Jornada de trabalho:** \_\_\_\_\_

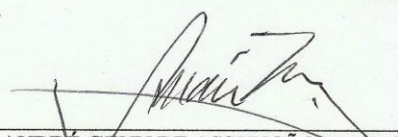
**APÊNDICE C: Carta de Anuência****CARTA DE ANUÊNCIA**

Aceito a mestranda **Rejane Maria de Santana** do curso de Mestrado Profissional em Saúde Pública, do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, a desenvolver sua pesquisa intitulada (**As Relações entre Capacidade para o Trabalho e Saúde no Tribunal Regional do Trabalho da 6ª Região**), sob orientação da Professora Dra. Idê Gomes Dantas Gurgel.

Ciente dos objetivos e metodologia da pesquisa acima citada, e que me são assegurados os requisitos abaixo:

- O cumprimento das determinações éticas da Resolução 196/96 CNS/MS;
- A garantia de solicitar e receber esclarecimentos antes, durante e depois do desenvolvimento da pesquisa;
- Não haverá nenhuma despesa para esta instituição que seja decorrente da participação dessa pesquisa;
- No caso do não cumprimento dos itens acima, a liberdade de retirar minha anuência a qualquer momento da pesquisa sem penalização alguma, concordo em fornecer todos os subsídios para seu desenvolvimento.

Recife, 18 de abril de 2011.



**ANDRÉ GENN DE ASSUNÇÃO BARROS**  
Desembargador Presidente do TRT 6ª Região

**ANEXO A - ÍNDICE DE CAPACIDADE PARA O TRABALHO**

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

|                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                                  |
|-------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--------------------------------------------------|
|                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 0                                                |
| Estou incapaz para o trabalho |  |  |  |  |  |  |  |  |  | Estou em minha melhor capacidade para o trabalho |

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

- Muito boa ..... 5 [ ]
- Boa ..... 4 [ ]
- Moderada ..... 3 [ ]
- Baixa ..... 2 [ ]
- Muito baixa ..... 1 [ ]

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

- Muito boa ..... 5 [ ]
- Boa ..... 4 [ ]
- Moderada ..... 3 [ ]
- Baixa ..... 2 [ ]
- Muito baixa ..... 1 [ ]

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

|                                                                                                      | Em minha<br>opinião | Diagnóstico<br>médico |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|-----------------------|
| 01 lesão nas costas                                                                                  | [ ]                 | [ ]                   |
| 02 lesão nos braços/mãos                                                                             | [ ]                 | [ ]                   |
| 03 lesão nas pernas/pés                                                                              | [ ]                 | [ ]                   |
| 04 lesão em outras partes do corpo<br>Onde? _____ Que tipo de lesão? _____                           | [ ]                 | [ ]                   |
| 05 doença da parte superior das costas ou região do pescoço com dores frequentes                     | [ ]                 | [ ]                   |
| 06 doença da parte inferior das costas com dores frequentes                                          | [ ]                 | [ ]                   |
| 07 dor nas costas que se irradia para a perna (ciática)                                              | [ ]                 | [ ]                   |
| 08 dor musculoesquelética afetando os membros (braços e pernas) com dores frequentes                 | [ ]                 | [ ]                   |
| 09 artrite reumatoide                                                                                | [ ]                 | [ ]                   |
| 10 outra doença musculoesquelética Qual? _____                                                       | [ ]                 | [ ]                   |
| 11 hipertensão arterial (pressão alta)                                                               | [ ]                 | [ ]                   |
| 12 doença coronariana, dor no peito durante exercício (angina pectoris)                              | [ ]                 | [ ]                   |
| 13 infarto do miocárdio, trombose coronariana                                                        | [ ]                 | [ ]                   |
| 14 insuficiência cardíaca                                                                            | [ ]                 | [ ]                   |
| 15 outra doença cardiovascular Qual? _____                                                           | [ ]                 | [ ]                   |
| 16 infecções repetidas do trato respiratório (incluindo amigdalite, sinusite aguda, bronquite aguda) | [ ]                 | [ ]                   |
| 17 bronquite crônica                                                                                 | [ ]                 | [ ]                   |
| 18 sinusite crônica                                                                                  | [ ]                 | [ ]                   |
| 19 asma                                                                                              | [ ]                 | [ ]                   |
| 20 enfisema                                                                                          | [ ]                 | [ ]                   |
| 21 tuberculose pulmonar                                                                              | [ ]                 | [ ]                   |
| 22 outra doença respiratória Qual? _____                                                             | [ ]                 | [ ]                   |
| 23 distúrbio emocional severo (ex. depressão severa)                                                 | [ ]                 | [ ]                   |
| 24 distúrbio emocional leve (ex. depressão leve, tensão, ansiedade, insônia)                         | [ ]                 | [ ]                   |
| 25 problema ou diminuição da audição                                                                 | [ ]                 | [ ]                   |
| 26 doença ou lesão na visão (não assinale se apenas usa óculos e/ou lentes de contato de grau)       | [ ]                 | [ ]                   |

|                                                                                                  | Em minha<br>opinião | Diagnóstico<br>médico |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|-----------------------|
| 27 doença neurológica (acidente vascular cerebral ou “derrame”, neuralgia, enxaqueca, epilepsia) | [ ]                 | [ ]                   |
| 28 outra doença neurológica ou dos órgãos dos sentidos<br>Qual? _____                            | [ ]                 | [ ]                   |
| 29 pedra ou doença da vesícula biliar                                                            | [ ]                 | [ ]                   |
| 30 doença do pâncreas ou do fígado                                                               | [ ]                 | [ ]                   |
| 31 úlcera gástrica ou duodenal                                                                   | [ ]                 | [ ]                   |
| 32 gastrite ou irritação duodenal                                                                | [ ]                 | [ ]                   |
| 33 colite ou irritação do cólon                                                                  | [ ]                 | [ ]                   |
| 34 outra doença digestiva<br>Qual? _____                                                         | [ ]                 | [ ]                   |
| 35 infecção das vias urinárias                                                                   | [ ]                 | [ ]                   |
| 36 doença dos rins                                                                               | [ ]                 | [ ]                   |
| 37 doença nos genitais e aparelho reprodutor (ex. problema nas trompas ou na próstata)           | [ ]                 | [ ]                   |
| 38 outra doença geniturinária<br>Qual? _____                                                     | [ ]                 | [ ]                   |
| 39 alergia, eczema                                                                               | [ ]                 | [ ]                   |
| 40 outra erupção<br>Qual? _____                                                                  | [ ]                 | [ ]                   |
| 41 outra doença de pele<br>Qual? _____                                                           | [ ]                 | [ ]                   |
| 42 tumor benigno                                                                                 | [ ]                 | [ ]                   |
| 43 tumor maligno (câncer)<br>Onde? _____                                                         | [ ]                 | [ ]                   |
| 44 obesidade                                                                                     | [ ]                 | [ ]                   |
| 45 diabetes                                                                                      | [ ]                 | [ ]                   |
| 46 bócio ou outra doença da tireóide                                                             | [ ]                 | [ ]                   |
| 47 outra doença endócrina ou metabólica<br>Qual? _____                                           | [ ]                 | [ ]                   |
| 48 anemia                                                                                        | [ ]                 | [ ]                   |
| 49 outra doença do sangue<br>Qual? _____                                                         | [ ]                 | [ ]                   |
| 50 defeito de nascimento<br>Qual? _____                                                          | [ ]                 | [ ]                   |
| 51 outro problema ou doença<br>Qual? _____                                                       | [ ]                 | [ ]                   |

**5 - Sua lesão ou doença é um impedimento para seu trabalho atual? (Você pode marcar mais de uma resposta nesta pergunta):**

- Não há impedimento / eu não tenho doença ..... 6 [ ]
- Eu sou capaz de fazer meu trabalho, mas ele me causa alguns sintomas .....5[ ]
- Algumas vezes preciso diminuir meu ritmo de trabalho ou mudar meus métodos de trabalho.....4[ ]
- Frequentemente preciso diminuir meu ritmo de trabalho ou mudar meus métodos de trabalho .....3[ ]
- Por causa de minha doença sinto-me capaz de trabalhar apenas em tempo parcial .....2[ ]
- Na minha opinião estou totalmente incapacitado para trabalhar .....1[ ]

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

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

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

- É improvável ..... 1 [ ]
- Não estou muito certo ..... 4 [ ]
- Bastante provável ..... 7 [ ]

**8 - Recentemente você tem conseguido apreciar suas atividades diárias?**

Sempre ..... 4 [ ]

Quase sempre ..... 3 [ ]

Às vezes ..... 2 [ ]

Raramente ..... 1 [ ]

Nunca ..... 0 [ ]

**9 - Recentemente você tem se sentido ativo e alerta?**

Sempre ..... 4 [ ]

Quase sempre ..... 3 [ ]

Às vezes ..... 2 [ ]

Raramente ..... 1 [ ]

Nunca ..... 0 [ ]

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

Sempre ..... 4 [ ]

Quase sempre ..... 3 [ ]

Às vezes ..... 2 [ ]

Raramente ..... 1 [ ]

Nunca ..... 0 [ ]



## ANEXO B - Questionário sobre o estado de saúde (SF-36)

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

**1- Em geral você diria que sua saúde é:**

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

**2- Comparada há um ano atrás, como você se classificaria sua saúde em geral, agora?**

| Muito melhor | Um pouco melhor | Quase a mesma | Um pouco pior | Muito pior |
|--------------|-----------------|---------------|---------------|------------|
| 1            | 2               | 3             | 4             | 5          |

**3- Os seguintes itens são sobre atividades que você poderia fazer atualmente durante um dia comum. Devido à sua saúde, você teria dificuldade para fazer estas atividades? Neste caso, quando?**

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

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

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

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

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

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

| De forma nenhuma | Ligeiramente | Moderadamente | Bastante | Extremamente |
|------------------|--------------|---------------|----------|--------------|
| 1                | 2            | 3             | 4        | 5            |

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

| Nenhuma | Muito leve | Leve | Moderada | Grave | Muito grave |
|---------|------------|------|----------|-------|-------------|
| 1       | 2          | 3    | 4        | 5     | 6           |

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

| De maneira alguma | Um pouco | Moderadamente | Bastante | Extremamente |
|-------------------|----------|---------------|----------|--------------|
| 1                 | 2        | 3             | 4        | 5            |

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

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

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

| <b>Todo tempo</b> | <b>A maior parte do tempo</b> | <b>Alguma parte do tempo</b> | <b>Uma pequena parte do tempo</b> | <b>Nenhuma parte do tempo</b> |
|-------------------|-------------------------------|------------------------------|-----------------------------------|-------------------------------|
| 1                 | 2                             | 3                            | 4                                 | 5                             |

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

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

## ANEXO C - Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa



**Título do Projeto:** “As relações entre capacidade para o trabalho e saúde no Tribunal Regional do Trabalho da 6ª região”.

**Pesquisador responsável:** Rejane Maria de Santana

**Instituição onde será realizado o projeto:** CPqAM/Fiocruz

**Data de apresentação ao CEP:** 03/05/11

**Registro no CEP/CPqAM/FIOCRUZ:** 19/11

**Registro no CAAE:** 0018.0.095.000-11

### PARECER Nº 19/2011

O Comitê avaliou e considera que os procedimentos metodológicos do Projeto em questão estão condizentes com a conduta ética que deve nortear pesquisas envolvendo seres humanos, de acordo com o Código de Ética, Resolução CNS 196/96, e complementares.

O projeto está aprovado para ser realizado em sua última formatação apresentada ao CEP e este parecer tem validade até 01 de junho de 2014. Em caso de necessidade de renovação do Parecer, encaminhar relatório e atualização do projeto.

Recife, 01 de junho de 2011.

*Giselle Camposane Gouveia*  
  
 Giselle Camposane Gouveia  
 Farmacêutica  
 Coordenadora  
 Mat. SIAPE 0463376  
 CPqAm / FIOCRUZ

**Observação:**

**Anexos:**

- Orientações ao pesquisador para projetos aprovados;
- Modelo de relatório anual com 1º prazo de entrega para 01/06/2012.

Campus da UFPE - Av. Moraes Rego, s/n  
 CEP 50.670-420 Fone: (81) 2101.2639  
 Fax: (81) 3453.1911 | 2101.2639  
 Recife - PE - Brasil  
 comiteeetica@cpqam.fiocruz.br

