

INFLUÊNCIA DOS FATORES DE RISCO SOBRE O ÍNDICE DE CAPACIDADE PARA O TRABALHO

INFLUENCE OF RISK FACTORS ON THE WORKING CAPACITY INDEX

Elisa Zanelato Seixas¹

Carlos Alípio Caldeira²

Eder Angelo Milani³

RESUMO

O envelhecimento populacional tem provocado uma nova reflexão sobre os problemas gerados a sociedade. Visto que a saúde do trabalhador é a base para capacidade do trabalho, o presente trabalho verifica a relação das variáveis alcoolismo, tabagismo, gênero, idade, ocupação e tempo de trabalho, com a variável índice de capacidade para o trabalho (ICT) dos funcionários públicos municipais, em uma cidade no interior do Estado de Minas Gerais. Trata-se de uma pesquisa descritiva com abordagem quantitativa e recorte transversal, realizada com 152 servidores públicos municipais efetivos. Os métodos estatísticos aplicados foram análise de correlação, análise de regressão linear simples e análise de regressão linear múltipla. Conclui-se que 87% dos respondentes apresentam um ICT classificado como bom ou ótimo. As variáveis principais do trabalho, alcoolismo e tabagismo, não apresentaram significância sobre o ICT, bem como as variáveis gênero e tempo de trabalho. Já as variáveis idade e ocupação, mostraram ter uma influência significativa sobre o ICT.

Palavras-chave: Fatores de risco. Índice de capacidade para o trabalho. Envelhecimento. Alcoolismo. Tabagismo.

¹ Graduação na Universidade do Estado de Minas Gerais UEMG Unidade Frutal MG. E-mail: elisa_znlto@hotmail.com

² Docente na Universidade do Estado de Minas Gerais UEMG Unidade Frutal MG. E-mail: professorcaldeira@gmail.com

³ Docente na Universidade Federal de Goiás - UFG. E-mail: edinhomilani@hotmail.com

ABSTRACT

The aging of the population has provoked a new reflection on the problems generated by society. Since the health of the worker is the basis for work capacity, the present study verifies the relation of the variables alcoholism, smoking, gender, age, occupation and working time, with a variable index of capacity for work (ICT) among municipal public employees in a city in the interior of the State of Minas Gerais. This is a descriptive research with a quantitative and transversal approach, the survey will be conducted with 152 effective municipal public servants. The statistical methods applied were correlation analysis, simple linear regression analysis and multiple linear regression analysis. It is concluded that 87% of the respondents present a ICT that is classified as good or excellent. The main variables of work, alcoholism and smoking, did not present significance on the ICT, as well as the variables gender and working time. The variables age and occupation were shown to have a significant influence on the ICT.

Keywords: Risk factors. Work capacity index. Aging. Alcoholism. Smoking.

1 INTRODUÇÃO

A Organização Mundial de Saúde (OMS) considera idosas pessoas com 60 anos ou mais. O envelhecimento populacional no Brasil tem suas particularidades, muitos indivíduos vivem hoje por mais tempo, porém sem dispor de melhores condições de vida. Entre os anos de 2005 e 2015 o percentual de brasileiros considerado como idosos passou de 9,8% para 14,3%, e a esperança de vida ao nascer, que era de 72,0 anos em 2005, passou para 75,4 anos em 2015. Sabe-se que nos dias de hoje a população em geral vem sendo acometida por uma série de doenças em função do novo estilo de vida. (BRASIL, 2016)

Ainda de acordo com OMS, um pequeno conjunto de fatores de risco responde pela grande maioria de mortes por doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) e por doenças devido a essas enfermidades, entre os fatores destacam-se o tabagismo e o consumo excessivo de bebidas alcoólicas. (BRASIL, 2015)

O envelhecimento populacional, de fato, tem provocado uma nova reflexão sobre os problemas gerados a sociedade. Além do aparecimento de doenças

crônicas, a diminuição de renda e o aumento dos gastos com saúde, o envelhecimento é associado ao declínio funcional, levando a incapacidade progressiva de exercer as atividades cotidianas e a perda de autonomia (MINAYO; COIMBRA, 2002). Neste contexto, o envelhecimento funcional indica uma prioridade no campo da saúde do trabalhador, e a capacidade para o trabalho tornou-se um indicador importante, visto que a saúde física é a base para a capacidade do trabalho. (MARTINEZ, LATORRE, FISCHER, 2009)

Diante de tal circunstância, questiona-se: Há interferência dos fatores de risco alcoolismo e tabagismo na capacidade para o trabalho?

Elaborado a partir de estudos realizados na Finlândia (ILMARIEN, 2001; TUOMI, ILMARIEN, JAHKOLA, KATAJARINNE, TULKKI, 2005), o índice de capacidade para o trabalho (ICT) é um instrumento que utiliza a percepção do próprio trabalhador para detectar precocemente alterações e subsidiar informações direcionando medidas preventivas. A manutenção da capacidade para o trabalho traz benefícios para organização e para sociedade em função do seu impacto sobre a produtividade, absenteísmo e sobre os custos sociais. (MARTINEZ *et al.*, 2009)

Posto isso, este trabalho tem como principal objetivo verificar a relação dos fatores de risco alcoolismo e tabagismo com as variáveis do índice de capacidade para o trabalho ICT entre os funcionários públicos municipais em uma cidade no interior do Estado de Minas Gerais.

2 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

2.1 Envelhecimento Populacional

Envelhecimento é um tema complexo, pois complexos são todos os processos vitais experimentados desde o nascimento, a infância e a adolescência até a vida adulta. (MINAYO; COIMBRA, 2002). Ainda que a idade seja um fato pré-determinado, é difícil definir o início da velhice, visto que esta etapa da vida só pode ser compreendida a partir da relação que se estabelece entre os diferentes aspectos cronológicos, biológicos, psicológicos e sociais. (SCHNEIDER; IRIGARAY, 2008). Nessa perspectiva, “particularidades culturais e processos lógicos predominando em

cada contexto emergem como elementos essenciais para a elaboração de políticas mais adequadas às características das populações a serem atendidas”. (MINAYO; COIMBRA, 2002). Em suma podemos adotar o envelhecimento como um processo, a velhice é uma fase da vida e o velho ou idoso é o resultado final desse processo, constituindo assim um conjunto cujos componentes estão intimamente relacionados. (NETTO, 2002).

Para o presente trabalho será adotado a definição preconizada pela OMS, baseada na idade cronológica, na qual a pessoa é considerada idosa a partir dos 65 anos nos países desenvolvidos e aos 60 anos nos países em desenvolvimento. (SCHNEIDER; IRIGARAY, 2008)

O processo de envelhecimento é uma das maiores preocupações da humanidade desde o início da civilização, porém foi somente no século XX que houve grandes avanços na ciência do envelhecimento, este avanço se deu, entre outros fatores, pelo aumento do número de idosos em todo o mundo (NETTO, 2002). Um estudo da ONU revela que a população mundial atual atingiu quase 7,6 bilhões de pessoas, sendo que 13% com 60 anos ou mais. Estima-se que o número de pessoas idosas seja mais do que o dobro em 2050 e mais do que o triplo até 2100, passando de 2,1 bilhões em 2050 para 3,1 bilhões em 2100, a maioria vivendo em países menos desenvolvidos. (UNITED NATIONS, 2017) O aumento em número e em proporção da população idosa mundial é resultado das mudanças demográficas como a taxa de fecundidade, de mortalidade e as migrações. O processo é dinâmico, primeiramente é necessária uma taxa de fecundidade elevada e baixa taxa de mortalidade, para que os nascidos sobrevivam até idades avançadas, e simultaneamente, uma queda na taxa de fecundidade, diminuindo a população jovem, e a proporção daqueles que sobreviveram até idades mais avançadas passa a crescer. (CAMARANO, 2002; KALACHE, VERAS, RAMOS, 1987). Quanto à migração, Salgado (2000) afirma que seu impacto depende do sentido da migração, tende a envelhecer a população que perde seus membros, sendo geralmente os imigrantes adultos/jovens.

O Brasil insere-se no grupo de países que experimentou uma transição demográfica acelerada, principalmente devido à queda acentuada dos níveis de fecundidade. Até a década de 1950, a taxa de fecundidade era de mais de seis filhos por mulher, atualmente, a taxa de fecundidade encontra-se abaixo de dois filhos por

mulher, e a longevidade aumenta continuamente. O aumento da expectativa de vida também é um fator que evidencia o aumento da longevidade na população brasileira. Com a inclusão de políticas de saúde pública e os avanços da medicina, houve um declínio nas taxas de mortalidade. A estimativa da mortalidade no Brasil, para cada 1.000 mil nascidos vivos, em 2000 era de 29,0 óbitos, em 2014 declinou para 14,4. Tal conjuntura vem provocando mudanças significativas na estrutura etária da população, motivando assim importantes implicações para indivíduos, famílias e sociedade. Esse processo não deve ser considerado necessariamente como um problema, mas exige atenção para a discussão das formas de lidar com o fenômeno. (BRASIL, 2015)

A rapidez do processo de envelhecimento da população traz uma série de temas cruciais, e suas consequências conduzem a preocupações devido a possíveis desafios para o estado, setores produtivos e as famílias (Camarano, 2002). Para desenvolver estratégias que possam oferecer um suporte adequado à população idosa crescente, é necessário compreender as limitações relativas às questões socioculturais, psicológicas, econômicas e ambientais causadas com as mudanças na estrutura etária. (NETTO, 2002; KALACHE *et al.*, 1987)

Do ponto de vista econômico os desafios resultantes da modernidade acarretaram transformações importantes no mundo do trabalho, “os trabalhadores que não acompanham as mudanças e que não têm como preparar-se para responder às necessidades impostas por esta nova ordem estão automaticamente desligados e fora do mercado de trabalho. Neste sentido, as implicações tendem a avolumar-se à medida que este indivíduo torna-se idoso” (NASCIMENTO; SOUZA, 2006 p.03) A velhice habitualmente é considerada como uma carga econômica e como uma ameaça às mudanças. Tanto que os formuladores de políticas no Brasil calculam o ‘custo social da população idosa’ como três vezes mais alto que o da população em geral. (VERAS, 1995)

Uma limitação relevante está no risco de desenvolver doenças não transmissíveis, que aumentam conforme as pessoas envelhecem, hoje são consideradas como as principais causas de morbidade, incapacidade e mortalidade gerando custos para os indivíduos, as famílias e o Estado. Durante o processo de envelhecimento, algumas capacidades cognitivas (inclusive a rapidez de

aprendizagem e memória) diminuem devido a fatores psicológicos, como a falta de motivação, de confiança e baixas expectativas. (WHO, 2005)

Ainda, verifica-se o aumento da gordura corporal total devido a diversos fatores como a falta de atividade física, a diminuição da taxa metabólica basal, maus hábitos alimentares e a dificuldade em identificação do cheiro e sabor dos alimentos, o que se entende pelas mudanças fisiológicas decorrentes da idade avançada. (Griep; Mets; Massart, 2000). Em nível menor de limitação, os distúrbios auditivos e visuais dificultam a comunicação, modificando o dia-a-dia do idoso e limitando seu convívio social. (BERG; MORGENSTERN, 1997)

Portanto, no tocante a questões psicossociais, manifesta-se a dificuldade de adaptação do idoso às exigências do mundo moderno, ocasionando assim o isolamento social, apenso a um declínio de saúde tanto física como mental (WHO, 2005). No atual quadro da sociedade perante a velhice “os idosos, por terem reduzida sua capacidade fisiológica de trabalho, à qual podem associar-se uma ou mais doenças crônicas, não têm como enfrentar uma competição desigual, a marginalização e a perda da sua condição social”. (NETTO, 2002, p. 04) Além do aparecimento de doenças crônicas, a diminuição de renda e ao aumento dos gastos com saúde, o envelhecimento é associado ao declínio funcional, levando a incapacidade progressiva de exercer as atividades cotidianas e a perda de autonomia. (MINAYO; COIMBRA, 2002)

Considerando que, as pessoas que se mantêm saudáveis conforme envelhecem enfrentam menos problemas para continuar a trabalhar; que o emprego, fator determinante por toda a vida adulta, tem grande influência no aspecto financeiro do indivíduo para a velhice; e que os estilos de vida e a participação ativa nos últimos anos de vida previnem o declínio funcional, a capacidade para o trabalho tornou-se um indicador importante, visto que a saúde física é a base para a capacidade do trabalho. A capacidade para o trabalho está diretamente relacionada com o envelhecimento bem-sucedido. Preservar ou promover a capacidade para o trabalho em qualquer idade aumenta a produtividade do trabalhador, reduz a incapacidade do indivíduo, e as aposentadorias precoces. (MARTINEZ *et al.*, 2009)

2.2 Capacidade para o Trabalho

A partir dos anos oitenta na Finlândia, foram desenvolvidos estudos pelo Instituto Finlandês de Saúde Ocupacional (*Finnish Institute of Occupational Health – FIOH*) relacionados a área de saúde do trabalhador, formulando assim o conceito da capacidade para o trabalho, que se refere a capacidade que o trabalhador tem para exercer o seu trabalho em função das exigências deste (MARTINEZ, LATORRE, FISCHER, 2010). Ainda de acordo com os estudos, capacidade para o trabalho 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, p.09). Para Ilmarinen (2001) e Ilmarinen, Tuomi, Klockars, (2013), a capacidade para o trabalho é um processo dinâmico entre os recursos do indivíduo, que envolve sua saúde, as capacidades funcionais (física, mental, social), sua educação, seus valores, atitudes, e motivação, em relação as exigências, a comunidade e o ambiente de trabalho. As pessoas buscam um equilíbrio entre trabalho e recursos pessoais durante toda a sua vida profissional, tal equilíbrio pode ser muito distinto durante as fases da vida, pois os fatores citados acima mudam continuamente. A saúde é considerada como um dos principais determinantes da capacidade para o trabalho, logo é nítida a necessidade de agir, tanto no nível pessoal - nos aspectos de saúde individual; como no local de trabalho - nas capacidades funcionais e competência profissional.

Diversos são os estudos sobre a promoção e preservação da capacidade para o trabalho. Os atuais pesquisadores envolvidos com a temática da saúde se esforçam para compreender as mudanças recentes, e entender a saúde para além da concepção de ausência de doenças, expandindo para os aspectos econômicos, sociais e psicológicos, uma vez que “o efeito do trabalho sobre a saúde é muitas vezes silencioso e não apreendido pelo saber estritamente médico”. (Assunção, 2003 p.1013)

Pesquisadores do *FIOH* desenvolveram uma metodologia para acompanhar o processo de envelhecimento de servidores municipais, o Índice de Capacidade para o Trabalho - ICT (*Work Ability Index - WAI*). Segundo Tuomi *et al.* (2005), atualmente

o ICT é um instrumento utilizado em vários países sendo considerado um bom indicativo de avaliação e acompanhamento de questões voltadas à saúde no trabalho.

O ICT é determinado com base nas respostas dos trabalhadores a questões considerando as exigências físicas e mentais de trabalho, o estado de saúde e os recursos do trabalhador. Composto por sete itens, o ICT é calculado pela soma dos pontos recebidos para cada item. Os resultados dos sete itens fornecem um escore que varia de 07 a 49 pontos, valor este que demonstra o conceito que o trabalhador tem da sua própria capacidade para o trabalho. Com a pontuação atingida, encontra-se a categoria do ICT do trabalhador e os objetivos de medidas necessárias a serem tomadas. (Tuomi *et al.*, 2005)

Uma baixa capacidade para o trabalho, de 7 a 27 pontos, indica a necessidade de restaurar a capacidade do trabalho ou avaliações adicionais. Com uma capacidade moderada, 28 a 36 pontos, sugerem-se melhorias. Para um bom índice de capacidade do trabalho, com pontos entre 37 e 43, indicam-se maneiras para mantê-lo. Por fim, com uma ótima capacidade para o trabalho, pontos entre 44 e 49, devem ser tomadas medidas para manter essa capacidade, atentos sempre sobre os fatores que mantêm ou enfraquecem sua capacidade. (Tuomi *et al.*, 2005). Finalizando o cálculo, o ICT possibilita identificar os trabalhadores que necessitam de uma assistência em relação a sua saúde, assim ações devem ser tomadas bem como o acompanhamento para uma manutenção da capacidade ao longo do tempo, ou ainda prever futuras necessidades e impedir uma queda prematura na capacidade para o trabalho.

2.3 Fatores de Risco – Alcoolismo e tabagismo

Como citado anteriormente, as DCNTs são um dos maiores problemas de saúde pública da atualidade, provocando 72,7% do total de mortes no Brasil em 2011. Os fatores de risco para o desenvolvimento das DCNTs são classificados como modificáveis ou não modificáveis. “Entre os fatores modificáveis, estão a hipertensão arterial, a ingestão de álcool em grandes quantidades, o diabetes *mellitus*, o tabagismo, o sedentarismo, o estresse, a obesidade e o colesterol elevado. Já entre os fatores não modificáveis, destaca-se a idade, a hereditariedade, o sexo e a raça”. (Casado, Vianna, Thuler, 2009, p.380).

Dentre os fatores de risco modificáveis responsáveis por tantas mortes, o tabagismo (hábito de consumo de cigarro) é o líder global entre as causas de mortes evitáveis, e o etilismo (hábito de consumo de bebidas alcoólicas) é o principal fator de redução da expectativa de vida dos brasileiros. (BRASIL, 2015; WHO, 2011). Fundamentando assim a escolha de tais fatores para o presente trabalho.

O tabagismo é um fator de risco significativo para o desenvolvimento de muitas das doenças crônicas, tais como câncer, doenças pulmonares e doenças cardiovasculares. (WHO, 2011). Há evidências que vinculam a exposição passiva ao tabaco as mesmas doenças. Fichtenberg & Glantz (2002) afirma que o cigarro mata, aproximadamente, um indivíduo não fumante para cada oito indivíduos fumantes. Observa também que os custos gerados pelo tabagismo são altos, além do uso de recursos de saúde e pagamentos de auxílio-doença, há gastos com ausências no trabalho e a baixa produtividade. Para o Banco Mundial, os gastos representam até 15% dos custos anuais de países com alta renda.

O Sistema Mundial de Vigilância de Tabagismo (*Global Tobacco Surveillance System - GTSS*) estima que pouco mais de cinco milhões de pessoas morrem a cada ano decorrente de doenças relacionadas ao tabaco, número este que pode aumentar para mais de oito milhões, por ano, até 2030, sendo que a grande maioria dessas mortes ocorrerá em países em desenvolvimento. O Brasil, mesmo sendo um dos líderes mundiais na questão legal do controle do tabaco, está na segunda posição no ranking dos maiores produtores de tabaco no mundo ficando atrás da China, com uma produção anualmente de 928,3 toneladas. (INCA, 2011)

São diversas as publicações do Ministério da Saúde que objetivam monitorar a frequência e distribuição dos principais determinantes das DCNTs. Estudos realizados nas capitais brasileiras e no Distrito Federal e publicados pelo VIGITEL – Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico – apontam que, no conjunto das 27 cidades a frequência de adultos fumantes foi de 10,8%, sendo maior no sexo masculino (12,8%) do que no feminino (9,0%), tendo o consumo intenso de cigarros maior entre homens e mulheres com até oito anos de escolaridade (5,6% e 2,7%, respectivamente). Para os homens, a frequência de fumantes tendeu a ser menor antes dos 25 anos de idade e, para ambos os sexos, esta frequência tendeu a ser menor após os 65 anos. Entre homens, a frequência de

fumantes passivos no local de trabalho diminuiu substancialmente com o aumento do nível de escolaridade e, entre mulheres, não houve diferença entre as faixas de escolaridade. (BRASIL, 2015)

O consumo de álcool vem aumentando no mundo todo por ser uma das poucas drogas psicotrópicas de consumo admitido e incentivado pela sociedade e ainda disponíveis a custos baixos, com um mínimo de restrições legais, tal como o tabaco, sendo que a maior parte deste aumento ocorre nos países em desenvolvimento. (INCA, 2004)

Há uma dificuldade de definir o conceito de alcoolismo devido às vastas situações relacionadas com o álcool. A OMS também incorporou o alcoolismo na Classificação Internacional das Doenças em 1967, e estabelece o termo alcoolismo como doença, ou seja, um conjunto de problemas relacionados com o consumo excessivo e prolongado do álcool, e alcoólico como doente, um bebedor excessivo, cuja dependência acompanha perturbações mentais, física, social e econômica. O consumo em excesso de bebidas alcoólicas pode levar a violência, suicídio, acidentes de trânsito, doenças como cirrose e infarto além de causar a dependência química. (INCA, 2004; WHO, 2011)

O alcoolismo é considerado uma doença crônica, e seu uso demasiado geram sintomas e sinais de abstinência (dependência física). “O álcool contribui com morte ou incapacidade em uma idade relativamente nova, tendo por resultado a perda de potenciais muitos anos de vida”. (Branco, Mascarenhas, Pena, 2009 p. 124). Toda substância com capacidade para modificar o funcionamento do organismo e dos sentidos pode ser considerada uma droga, portanto o álcool, mesmo que legal, é classificado como uma droga. (Hapetin, 1997)

Branco *et al.* (2009) realizou uma pesquisa com os dados provenientes do Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS) para determinar a prevalência de benefício auxílio doença por alcoolismo no Brasil. Foram concedidos 6.939 benefícios, observou-se a prevalência masculina da patologia, e ainda, os ramos de atividades mais acometidos foram aquelas onde os trabalhadores lidam com lixo, reciclagem e esgoto. Estudos apontam que o abuso do álcool pode causar impactos negativos como a deterioração das relações pessoais, problemas familiares e econômicos a até mesmo a perda de emprego. Ainda, concluem que as pessoas com problemas de

abuso de substâncias preferem abandonar a família do que o emprego, pois este lhes garante o dinheiro para o consumo do álcool. Assim verificam-se como vantagem as iniciativas para prevenção do abuso de substâncias nos locais de trabalho. (WHO, 2011)

2.4 Hipótese de Pesquisa

Diante dos fatos apresentados, nota-se a necessidade de promover e proteger a saúde do trabalhador. A proposta deste trabalho é verificar a relação dos fatores de risco alcoolismo e tabagismo com as variáveis do índice de capacidade para o trabalho ICT entre os funcionários públicos municipais em uma cidade do interior do Estado de Minas Gerais.

Considerando que o consumo do álcool e o uso do tabaco estão entre os problemas mais comuns de saúde pública no mundo, a pesquisa aborda de forma não direta os fatores de risco, uma vez que o tema expõe socialmente o indivíduo e o constrangimento pode causar uma certa resistência ao questionário ou instigar falsas respostas, influenciando a análise e a conclusão do trabalho.

3 METODOLOGIA

Participaram da pesquisa servidores públicos municipais de uma cidade do interior do estado de Minas Gerais, no segundo semestre de 2016. Foram adotados como critérios de inclusão todas as faixas etárias, ambos os sexos, e os trabalhadores efetivos com funções predominantemente administrativas ou operacionais. Foram excluídos da pesquisa os servidores contratados, os servidores que estavam afastados por motivos de férias, licença saúde, e os servidores que exerciam atividades mistas, ou seja, administrativa e operacional.

A coleta de dados se deu por um questionário. A pesquisa foi aprovada pela Plataforma Brasil e pelo Comitê de Ética em Pesquisa sob o parecer 1.543.172 (Anexo). O questionário foi aplicado sem a identificação do respondente, garantindo o seu anonimato, e constituído por duas partes, primeiro, com questões referentes aos aspectos sócio demográficos, representado por gênero, idade, tempo de trabalho,

ocupação e os fatores de risco, e a segunda pelo questionário do Índice de Capacidade para o Trabalho. Os dados coletados foram analisados com o auxílio do *software livre R Core Team* (2018). O foco do trabalho é analisar se existe relação entre as variáveis alcoolismo e tabagismo com o ICT, e se caso existe, qual é a intensidade da relação. Para completar a análise, as variáveis idade, gênero, tipo de ocupação e tempo de trabalho também são incluídas na análise.

4 RESULTADOS

4.1 Perfil dos respondentes.

Nas primeiras seis questões procurou-se conhecer melhor o perfil dos servidores. O formulário conseguiu obter o retorno de 70 respondentes sendo representados por 45,7% do sexo masculino e 54,3% do sexo feminino. A faixa etária variou de 28 a 68 anos, em relação à ocupação, 64,3% exercem atividades operacionais e 35,7% atividades administrativas. O tempo que os servidores trabalham na prefeitura variou entre 3 a 36 anos, com média igual a 11,34 anos.

Quanto aos fatores de risco, 18,6% dos participantes fumam diariamente e 81,4% dizem não fumar. Daqueles que se declararam não fumantes, 10,5% afirmaram ter fumado diariamente no passado. De todos os servidores 70,9% dos entrevistados revelam que nunca fumaram.

Para a questão que indagava os servidores sobre a frequência do consumo do álcool verificou-se que 32,9% não bebem atualmente e 4,3% bebem menos de uma vez por ano (abstinentes), 14,3% bebem menos de 1 vez por mês (raramente), 24,3% bebem de 1 a 3 vezes por mês (ocasional), 21,4% bebem de 1 a 4 vezes por semana (frequente), 2,9% bebem todos os dias (muito frequente). Com relação à classificação geral do ICT, 51,4% da amostra apresentou ICT ótimo, 35,7% um bom ICT, enquanto 12,9% resultaram em um ICT moderado.

A Tabela 1 apresenta-se a média do ICT para cada grupo das variáveis Gênero, Ocupação, Tabagismo e Consumo de Alcool. Observa-se que em relação a variável Gênero, existe um equilíbrio entre as médias encontradas, tendo que o ICT médio entre as mulheres é de 42,8 e 42,5 entre os homens. Com referência ao uso do tabaco, as

médias do ICT encontrada entre os servidores fumantes ainda se enquadram com capacidade para o trabalho como boa ou ótima, resultado igual é encontrado quando se analisa à variável sobre a frequência do consumo de álcool.

Tabela 1. Análise do ICT médio para as categorias das variáveis gênero, ocupação, tabagismo e consumo de álcool.

Variáveis	Categoria	n	%	Média ICT	Capacidade para o trabalho
Gênero	Masculino	3 2	45,7 %	42,5	Boa
	Feminino	3 8	54,3 %	42,8	Boa
Ocupação	Administrativa	2 5	35,7 %	45	Ótima
	Operacional	4 5	64,3 %	41,4	Boa
Tabagismo	Não fuma	5 1	81,4 %	41	Boa
	Fuma Diariamente	1 3	18,6 %	43,3	Ótima
	Ex Fumante	0 6	10,5 %	41,1	Boa
Consumo do álcool	Atualmente Não bebe	2 3	32,9 %	43,9	Ótima
	Bebe menos de 01 vez por mês	1 0	14,3 %	42,8	Boa
	Bebem de 01 a 04 vezes por semana	1 5	21,4 %	43,2	Ótima
	Bebem de 01 a 03 vezes por mês	1 7	24,3 %	41,4	Boa
	Bebem todos os dias	0 2	2,9% %	37,5	Boa
	Bebe menos de 01 vez por ano	0 3	4,3% %	41	Boa

4.2 Análise de Correlação e de Regressão Linear

Utiliza-se o coeficiente de correlação para analisar a associação linear entre duas variáveis, na Tabela 2 apresenta-se os resultados do cálculo do coeficiente de correlação entre as variáveis Idade e ICT, e entre Tempo de Trabalho e ICT, e seus respectivos p-valor. Observa-se por meio da Tabela 1 que a variável Tempo de Trabalho não apresenta correlação com o ICT, enquanto que a variável Idade

apresenta correlação significativa, ambas as conclusões obtidas ao nível de significância de 5%. Nota-se ainda que o valor da correlação entre a variável Idade e o ICT é negativa, significando que com o aumento da idade o valor do ICT diminui.

Tabela 2. Valores do coeficiente de correlação

	Tempo de Serviço e ICT	Idade e ICT
Coef. De correlação	-0,147	-0,337
p-valor	-0,004	-0,224

Observa-se por meio da Tabela 2 que a variável Tempo de Trabalho não apresenta correlação com o ICT, enquanto que a variável Idade apresenta correlação significativa, ambas as conclusões obtidas ao nível de significância de 5%. Nota-se ainda que o valor da correlação entre a variável Idade e o ICT é negativa, significando que com o aumento da idade o valor do ICT diminui.

Para verificar se existe relação entre as variáveis Ocupação, Consumo de Tabaco, Gênero e Consumo de Álcool com o valor do ICT utiliza-se a ferramenta Estatística chamada de regressão linear. Esta análise consiste na obtenção de uma equação que tenta explicar a variação da variável resposta (**Y**) pela variação dos níveis das variáveis regressoras (**X**). Assim, usando os valores observados de **X** e **Y** podemos estimar a equação:

$$Y = \beta_0 + \beta_1 X_1 + \beta_2 X_2 + \dots + \beta_n X_n \quad (1)$$

Sendo que β_0 é o intercepto (ou coeficiente linear) e β_1, \dots, β_n medem a influência das variáveis regressoras X_1, \dots, X_n sobre a variável resposta, respectivamente. Neste trabalho a variável resposta é o ICT e as demais variáveis são as variáveis regressoras. Na análise de regressão linear utilizam-se testes de hipóteses para avaliar se a influência de cada variável regressora apresenta um efeito significativo sob a variável resposta. O teste de hipóteses se faz pela formulação da hipótese nula, indicando que não há influência das variáveis regressoras sobre a variável resposta; e também pela definição da hipótese alternativa com a indicação que existe influência das variáveis regressoras sobre a variável resposta. Após realizar a análise de

regressão para cada variável isoladamente, nota-se que apenas a variável Ocupação apresentou influência significativa sobre a variável ICT, ou seja, para todas as outras variáveis o p-valor foi acima de 5%, mostrando evidência para aceitar a hipótese nula. Com isso, junta-se a variável Idade na análise de regressão e o resultado final é dado por :

$$ICT = 51,216 - 0,149 * Idade - 3,024 * Ocupação (2)$$

Sendo que a variável Ocupação assume valor igual a zero se o servidor for da área administrativa e assume valor 1 quando o servidor for da área operacional.

Observou-se o p-valor de 0.021 da variável Idade e p-valor de 0,008 para variável Ocupação, sendo ambos menores que o nível de significância de 5%, disto rejeita-se a hipótese nula, portanto ambas as variáveis conjuntamente apresentam influência significativa sobre o valor do ICT. O valor da estatística obtido no ajuste do modelo foi de 0,203, mostrando que 20,3% do valor do ICT é explicado pelas variáveis Idade e Ocupação, mas vale destacar que nenhuma das duas variáveis são utilizadas para o cálculo do ICT.

Realizando a comparação de servidores, por exemplo, com 50 anos de idade, a diferença entre aqueles que executam atividades predominantes administrativas apresenta valor de ICT 7,5% maior do que aqueles que exercem atividades operacionais, resultado este já verificado em diversos outros estudos, indicando que a capacidade para o trabalho tende a ser mais preservada nos trabalhadores com conteúdo de trabalho mental do que aqueles com conteúdo predominantemente físico (Caldeira, 2016; Castelo-Branco, 2014; Martinez & Latorre, 2006).

Quanto ao uso do tabaco e o consumo de bebidas alcoólicas não apresentaram influência significativa sob o valor do ICT, pois os p-valores encontrados (0,296 e 0,320, respectivamente) são todos maiores que o nível de significância de 5%, indicando assim que existe evidências para aceitar a hipótese nula. Enfim, pela análise de regressão, as variáveis Idade e Ocupação apresentaram uma influência significativa sobre o ICT. Já as variáveis Gênero, Tempo de Trabalho, Alcoolismo e Tabagismo não apresentaram relevância sobre ICT dos servidores participantes da pesquisa.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Apesar da sua difícil definição, o envelhecimento vem sendo estudado em diversos ambientes, principalmente em pesquisas de saúde e bem-estar. De fato, o aumento populacional é considerado como um problema, uma vez que é associado ao declínio funcional, a deterioração da saúde e ao aumento da vulnerabilidade as doenças. Neste contexto, procurou-se relacionar dois fatores de risco responsáveis pela grande maioria de mortes por doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), o alcoolismo e o tabagismo, com a capacidade que o trabalhador tem para exercer o seu trabalho em função das exigências deste.

Os índices encontrados na amostra total revelam que 87,1% dos servidores participantes da pesquisa apresentam um ICT considerado bom ou ótimo. Após análise estatística constatou-se não existir relação significativa entre o ICT e os fatores de risco alcoolismo e tabagismo.

Ainda, como resultado da análise estatística, as variáveis Idade e Ocupação se mostraram significativas em relação ao ICT, ou seja, conforme o aumento da idade do servidor há uma queda no ICT, e, para dois servidores com a mesma idade, mas com ocupações diferentes, a diferença do ICT médio é de aproximadamente 7%, comprovando assim a relevância do tema envelhecimento, suas limitações e o impacto da capacidade destes indivíduos no mercado de trabalho.

Visto que, a estabilidade adquirida pelos servidores efetivos proporciona ao trabalhador uma permanência no seu posto de trabalho, é pertinente a organização promover a capacidade para o trabalho dos indivíduos, bem como garantir seu bem-estar. O ICT deve ser usado periodicamente para acompanhar um trabalhador ou um grupo e promover a manutenção da sua capacidade para o trabalho, para tanto, se faz necessário o trabalho em conjunto com o profissional de Saúde Ocupacional.

Recomenda-se que novos estudos sejam realizados entre os servidores em funções variadas, considerando as questões do estilo de vida em relação ao ICT, aprofundando o conhecimento acerca das condições de trabalho e investigar a relação da capacidade para o trabalho entre as exigências físicas e mentais.

REFERÊNCIAS

ASSUNÇÃO, A. Á. (2003). Uma contribuição ao debate sobre as relações saúde e trabalho. **Ciência saúde coletiva**. 8(4), 1005-1018. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232003000400022>.

BERG, R.; Morgenstern, N.E. (1997) Physiologic changes in the elderly. **Dental Clinics of North America**, Philadelphia, 41(4), 651-668, Oct.

BRANCO, A. B.; Mascarenhas, F. A, N.; Pena, L. G. Q. (2009). **Alcoolismo como fator de incapacidade para o trabalho: prevalência de benefício auxílio doença no Brasil, 2007** Comun. Ciências Saúde, 20(2), 123-133

BRASIL, (2015) **Síntese de Indicadores Sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira**. Instituto Brasileiro De Geografia E Estatística. IBGE ed. Rio de Janeiro.

_____, (2015) **Vigitel Brasil 2014: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico**. Brasília, DF, Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde.

_____, (2016) **Síntese de Indicadores Sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira**. Instituto Brasileiro De Geografia E Estatística. IBGE ed. Rio de Janeiro.

CALDEIRA, C. A. (2016). **A capacidade para o trabalho e o desempenho docente sob a ótica do aluno: um levantamento com professores universitários de uma instituição privada de ensino superior**. (Dissertação de Mestrado em Engenharia de Produção). Universidade de Araraquara, Araraquara, SP, Brasil.

CAMARANO, A. A. (2002). **Envelhecimento da população brasileira: uma contribuição demográfica**. [Textos para discussão], Rio de Janeiro: IPEA, 1(858), 1–31.

CASADO L.; Vianna L. M.; Thuler L. C. S. (2009). Fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: uma revisão sistemática. **Revista Brasileira de Cancerologia**, 55(4), 379-388.

CASTELO-BRANCO, M. C. A capacidade para o trabalho e a satisfação docente. **Revista Ciências Humanas**, 7(1), 2014

FICHTENBERG, C. M, Glantz, S. A. (2002) **Effect of smoke-free workplaces on smoking behavior: systematic review**. *BMJ*, .325, p.1-7.

GRIEP, M. I.; Mets, T. F. e Massart, D. L. (2000). **Effects of flavor amplification of Quorn and yoghurt on food preference and consumption in relation to age, BMI and odour perception**. *British J. Nutr.*, 83, 105-113.

HAPETIAN, I. (1997) **Famílias: entender a toxico dependência**. Lisboa: Editorial Verbo. Depósito Legal nº 113056/97

ILMARIEN, J. E. (2001) Aging workers. **Occupational and environmental medicine**, 58(8), 546–552.

ILMARIEN, J.; Tuomi, K.; Klockars, M. (2013). **Changes in the work ability of active employees as measured by the work ability index over an 11-year period by**. *Scandinavian journal of work, environment & health*, 28(3), 179–188.

INCA (2004). **Inquérito domiciliar sobre comportamentos de risco e morbidade referida de doenças e agravos não transmissíveis**: Brasil, 15 capitais e Distrito Federal, 2002-2003. Rio de Janeiro: Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. INCA

_____ (2011). **A situação do tabagismo no Brasil**: dados dos inquéritos do Sistema Internacional de Vigilância, da Organização Mundial da Saúde, realizados no Brasil, entre 2002 e 2009 / Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. -- Rio de Janeiro: INCA

KALCHEA, A.; Veras, R. P.; Ramos, L. R. (1987). O envelhecimento da população mundial: um desafio novo. **Revista de Saúde Pública**, 21(3), 200–210.

MARTINEZ, M. C.; Latorre, M. R. D. O. (2006). Saúde e capacidade para o Trabalho em trabalhadores de área administrativa. **Revista saúde pública**. São Paulo 40(5).

MARTINEZ, M. C.; Latorre, M. R. D. O.; Fischer, F. M. (2009). Validade e confiabilidade da versão brasileira do Índice de Capacidade para o trabalho. **Ciência & Saúde Coletiva**, 15, (Supl.1), 1553–1561.

MARTINEZ, M. C.; Latorre, M. R. D. O.; Fischer, F. M. (2010). Capacidade para o trabalho: revisão de literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, 15, (Supl. 1), 1553–1561.

MINAYO, M. C. S. de; Coimbra JR. C. E. Á. (orgs.) (2002). **Antropologia, Saúde e Envelhecimento**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ.

NASCIMENTO, A. J. R. do; Souza, M. R. de. (2006, março) As mulheres idosas e o mercado de trabalho. **Anais do SEMINÁRIO NACIONAL DE TRABALHO E GÊNERO**, Goiânia, GO, Brasil.

NETTO, M. P. (2002). O estudo da velhice no século XX: histórico, definição de campo e termos básicos. In: Freitas, EV; Py, L; Neri, AL; Cançado, FAX; Gorzoni, ML; Rocha, SM. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Guanabara e Koogan. 1ª ed. Rio de Janeiro.

R Core Team. R (2018) A Language and Environment for Statistical Computing. R Foundation for Statistical Computing, [Software]. Vienna, Austria. URL <http://www.R-project.org/>.

SALGADO, C. D. S. (2000). **Gerontologia Social**. Espaço Editorial: Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

SCHNEIDER, R. H; Irigaray, T. Q. (2008). O envelhecimento na atualidade: aspectos cronológicos, biológicos, psicológicos e sociais. **Estud. psicol.** Campinas, SP, Brasil 25(4).

TUOMI, K.; Ilmarinen J.; Jahkola A.; Katajarinne L.; Tulkki A. (2005). **Índice de capacidade para o trabalho**. (F.M. Fischer, Trans.) (coord.). São Carlos: Editora EdUFSCar. 59 p. (Obra original publicada em 1998)

UNITED NATIONS. (2017). **Population Prospect: The 2017 Revision World Population** Wallchart. Recuperado de: <https://esa.un.org/unpd/wpp/publications/>.

VERAS, R. P. (1995) **País Jovem com Cabelos Brancos**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará.

WHO (2005). **Envelhecimento ativo: uma política de saúde** / World Health Organization; tradução Suzana Gontijo. Organização Pan-Americana da Saúde. Brasília, DF, Brasil, 0p

_____ (2011). **WHO report on the global tobacco epidemic, 2011: warning about the dangers of tobacco**. World Health Organization. Geneva, Suíça.

_____ (2011). **Tobacco questions for surveys: A subset of key questions from the Global Adult Tobacco Survey (GATS)**. 2. ed. Geneva, Suíça: World Health Organization .42 p. Recuperado de <http://www.who.int/tobacco/publications/surveillance/tqs/en/>.

Recebido em 02/09/2019

Aprovado em 01/12/2019