

Luiz Fábio Machado Barbosa

PREVALÊNCIA DO TABAGISMO E SEUS FATORES ASSOCIADOS
ENTRE TRABALHADORES DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE EM
BELO HORIZONTE

Universidade Federal de Minas Gerais
Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública
Belo Horizonte - MG
2013

Luiz Fábio Machado Barbosa

PREVALÊNCIA DO TABAGISMO E SEUS FATORES ASSOCIADOS
ENTRE TRABALHADORES DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE EM
BELO HORIZONTE

Dissertação a ser apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do título de mestre em Saúde Pública (área de concentração em Epidemiologia).

Orientadora: Professora Carla Jorge Machado
Coorientadora: Professora Ada Ávila Assunção

Belo Horizonte - MG
2013

B238p Barbosa, Luiz Fábio Machado.
Prevalência do tabagismo e seus fatores associados entre trabalhadores do Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte [manuscrito]. / Luiz Fábio Machado Barbosa. -- Belo Horizonte: 2014. 89f.: il.
Orientador (a): Carla Jorge Machado.
Coorientador (a): Ada Ávila Assunção.
Área de concentração: Epidemiologia.
Dissertação (mestrado): Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina.

1. Pessoal de Saúde. 2. Hábito de Fumar. 3. Prevalência. 4. Saúde Pública. 5. Saúde do Trabalhador. 6. Dissertações Acadêmicas. I. Machado, Carla Jorge. II. Assunção, Ada Ávila. III. Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina. IV. Título

NLM : QV 137

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS
GERAIS**

Reitor

Prof. Clélio Campolina Diniz

Vice-Reitora

Profª Rocksane de Carvalho Norton

Pró-Reitor de Pós-Graduação

Prof. Ricardo Santiago Gomez

Pró-Reitor de Pesquisa

Prof. Renato de Lima Santos

FACULDADE DE MEDICINA

Diretor

Prof. Francisco José Penna

Chefe do Departamento de Medicina Preventiva e Social

Prof. Antônio Leite Alves Radicchi

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA

Coordenadora

Profª Sandhi Maria Barreto

Sub-Coordenadora

Prof. Ada Ávila Assunção

Colegiado

Prof. Ada Ávila Assunção

Profª Carla Jorge Machado

Profª Cibele Comini César

Profª. Eli Iola Gurgel Andrade

Prof. Francisco de Assis Acúrcio

Profª Maria Fernanda Furtado de Lima e Costa

Prof. Mark Drew Crosland Guimarães

Profª Sandhi Maria Barreto

RESUMO

Em trabalhadores da saúde (TS), o hábito de fumar impacta negativamente não apenas a saúde dos próprios profissionais, como também a assistência que prestam. Em países em desenvolvimento, a prevalência de tabagismo em TS tende a ser similar à da população geral. O hábito tabágico em TS pode comprometer não apenas a própria saúde, como também a credibilidade do profissional e atua como preditor negativo para intervenções de prevenção e cessação do vício, já que TS tabagistas tendem a abordar com menor frequência este assunto com seus pacientes. Os estudos nacionais encontrados abordam o tema em determinadas categorias de TS, notadamente médicos e pessoal de enfermagem, apesar de a maioria dos serviços prestados pelo sistema de saúde exigir abordagem multiprofissional.

O objetivo deste estudo foi analisar os fatores associados ao tabagismo em TS vinculados ao Sistema Único de Saúde de Belo Horizonte (SUS-BH), Minas Gerais. Trata-se de estudo transversal com base em inquérito realizado em 2008/2009 em amostra estratificada da população fonte. Características sociodemográficas, de condições de saúde, emprego e trabalho foram obtidas por meio de questionário semiestruturado. Os participantes foram classificados quanto ao hábito tabágico, com base nas respostas à pergunta: “considerando como fumante quem já fumou pelo menos 100 cigarros, ou 5 maços, você se classifica como: Não fumante, Ex-fumante ou Fumante atual?”. Esta variável foi dicotomizada, sendo definidos como fumantes aqueles que se referiram como fumantes atuais e não fumantes aqueles que se autorrelataram ex-fumantes ou não fumantes. Fumantes e não-fumantes foram comparados por meio de regressão logística binária simples e múltipla, com estimativa da razão de chances bruta e ajustada. O nível de significância para inclusão no modelo final foi 5%. Foram respondidos 1.759 questionários. A prevalência de tabagismo foi 15,7%. A maioria dos participantes eram mulheres (71,6%), a idade média era 40,8 anos e 54,2% possuíam ensino médio, técnico ou superior incompleto. A maior parte ocupava cargos administrativos, de serviços gerais e outros (23,0%) e a renda média era R\$ 1.932,12. Quanto às características do trabalho, a maioria considerou regular a relação entre exigências e recursos disponíveis (50,5%), precárias as condições do ambiente físico de trabalho (35,2%), baixa demanda física (67,4%) e alta demanda emocional (74,7%). Na análise de associações, permaneceu no modelo final, negativamente associada ao tabagismo, a relação regular entre exigências e recursos disponíveis. Permaneceram positivamente associados com o tabagismo a variável sexo masculino e os cargos: administrativos, de serviços gerais e outros; profissionais envolvidos com a vigilância; agentes comunitários de saúde; profissionais técnicos de nível médio; com inclusão de enfermeiros e técnicos de enfermagem ($p < 0,05$). Concluímos que a prevalência de tabagismo encontrada é alta, considerando-se tratar de população teoricamente dotada de maior conhecimento sobre os malefícios do hábito tabágico. Foi possível identificar fatores que devem ser priorizados em programas de prevenção e cessação do tabagismo entre TS vinculados ao SUS-BH.

Palavras-chave: trabalhadores da saúde, tabagismo, prevalência, saúde pública, epidemiologia, saúde do trabalhador.

ABSTRACT

Smoking in health care professionals can impact not only their own health status, but also their professional assistance. Health care providers should set a model for others, and then smoking can undermine their professional credit and also their delivery of smoking cessation programs because they tend to address smoking issues less frequently. In developing countries, smoking prevalence in health workers tends to be similar or even higher compared to the general population. In addition, most public health systems require teamwork. However, little is known about smoking in Brazilian health care workers as a whole labour category. The aim of this study is to identify the prevalence of, and factors related to, smoking among health workers of the National Health System in Belo Horizonte, Minas Gerais. A cross-sectional study was conducted in 2008/2009 with a stratified sample. Data about socio-demographic, health, employment and work characteristics were analyzed. Participants were defined as current smokers (those who had smoked at least 100 cigarettes over their lifetime and still smoking at the time of the interview), ex-smokers (those who reported that had smoked at least 100 cigarettes over their lifetime but did not smoke at the time of the interview) and non-smokers (those who had never smoked). This variable was dichotomized, being defined as smokers who reported they were current smokers and non-smokers who are former smokers or nonsmokers. To analyze the association between variables, we used bivariate and multivariate logistic regression and also estimate crude and adjusted odds ratio at a level of significance of 5% for inclusion in the final model. The overall prevalence of smoking was 15.7% (13.1% among females and 22.2% among males). Out of a total of 1.808 participants in the study, 71.6% were female; with mean age of 40.8 years and 54.2% had high-school, technical or incomplete university education. It was observed that 23.0% occupied administrative positions or other general services and the mean income was R\$ 1932.12. According to workplace conditions, 50.5% felt reasonable the relationship between requirements and available resources; workplace conditions were reported as poor by 35.2% of participants; highly physically demanding tasks were reported by 67.4% of the sample and 74.7% described your work as highly emotional demanding. Reasonable relationship between requirements and available resources remained negatively correlated to smoking in the final model. The variables that remained positively associated with smoking in the final model were: being male; administrative and other general services workers, professionals involved in monitoring, community health workers, technical mid-level workers and were included nurses and practical nurses ($p < .05$). Concluding, the results showed socio-demographic, health, employment and work characteristics of the target population that should be emphasized by intervention programs for prevention and smoking cessation.

Keywords: health personnel, smoking, prevalence, public health, epidemiology, occupational health.

LISTA DE GRÁFICOS

- GRÁFICO 1:** Prevalência de tabagismo em adultos (≥ 15 anos), geral, por regiões do mundo e por grupos de renda, segundo sexo, no ano de 2009. 15
- GRÁFICO 2** Percentual de pessoas adultas (15 anos ou mais) fumantes, por escolaridade e renda, no Brasil, no ano de 2008. 17

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1: Modelo hipotético dos efeitos dos fatores individuais, 23 relacionados ao emprego e ao trabalho sobre o hábito tabágico.

LISTA DE TABELAS

TABELA 1:	Descrição da população geral do estudo segundo características individuais e hábito tabágico. Trabalhadores municipais da saúde de Belo Horizonte, M.G. – 2009.	30
TABELA 2:	Descrição da população geral do estudo segundo características do emprego. Trabalhadores municipais da saúde de Belo Horizonte, M.G. – 2009.	31
TABELA 3:	Descrição da população geral do estudo segundo características do trabalho. Trabalhadores municipais da saúde de Belo Horizonte, M.G. – 2009	32
TABELA 4:	Prevalência de fumantes segundo características individuais e resultados da análise univariável. Trabalhadores municipais da saúde de Belo Horizonte, M.G. – 2009.	36
TABELA 5:	Prevalência de fumantes segundo características do emprego e resultados da análise univariável. Trabalhadores municipais da saúde de Belo Horizonte, M.G. – 2009.	37
TABELA 6:	Prevalência de fumantes segundo características do trabalho e resultados da análise univariável. Trabalhadores municipais da saúde de Belo Horizonte, M.G. – 2009.	38
TABELA 7:	Prevalência de tabagismo e resultados da análise multivariável. Trabalhadores municipais da saúde de Belo Horizonte, M.G. – 2009.	39

SUMÁRIO

1- INTRODUÇÃO.....	11
2 - REVISÃO DA LITERATURA	14
2.1 - TABAGISMO	14
2.1.1.TERMOS E CONCEITOS	14
2.1.2-HÁBITO TABÁGICO NO MUNDO.....	14
2.1.3 – HÁBITO TABÁGICO NO BRASIL	17
2.1.4 – TABAGISMO E OCUPAÇÃO	18
2.1.5- TABAGISMO ENTRE PROFISSIONAIS DA SAÚDE	19
3 OBJETIVOS.....	21
3.1 OBJETIVO GERAL.....	21
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	21
4 METODOLOGIA	22
4.1 MARCO TEÓRICO.....	22
4.2 BASE DE DADOS.....	23
4.3 VARIÁVEIS ESTUDADAS.....	25
4.4 ANÁLISE ESTATÍSTICA	27
5 RESULTADOS.....	28
6 DISCUSSÃO.....	40
7 CONCLUSÃO	45
8 LIMITAÇÕES	47
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	49
ANEXOS A1 e A2 - Comitê de ética em pesquisa.....	55
ANEXO B – Questionário da pesquisa.....	57
ANEXO C – Artigo submetido à Revista Brasileira de Epidemiologia	67
ANEXO D – Declaração de aprovação	90
ANEXO E – Cópia da ata de defesa	91

1 INTRODUÇÃO

A presente dissertação insere-se na linha de pesquisa *Epidemiologia das doenças e agravos não transmissíveis e ocupacionais* do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Universidade Federal de Minas Gerais (PPGSP/UFMG), sendo parte integrante de um estudo maior, intitulado “*Inquérito sobre Condições de Saúde e Trabalho dos Trabalhadores da Saúde – CST/Saúde*”. O CST/Saúde constitui um estudo, produzido em 2009, com amostra de 1808 trabalhadores da saúde (TS) vinculados à Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte (SMSA-BH). Foi desenvolvido e executado pelo Núcleo Saúde e Trabalho, grupo de pesquisa vinculado à Faculdade de Medicina da UFMG.

Como instrumento de coleta de dados, aplicou-se questionário, contendo perguntas relacionadas às características sociodemográficas, ambiente físico, características psicossociais, condições de saúde e hábitos de vida da população alvo.

Análise descritiva das informações obtidas pelo inquérito indicou ocorrência do hábito tabágico em TS (15,7%) ligeiramente superior àquela da população geral do mesmo município, Belo Horizonte (15,4%), em 2009 (BRASIL, 2010). Este fato surpreendeu a equipe de pesquisadores, já que se esperaria, entre este público, teoricamente dotado de maior conhecimento sobre os malefícios do cigarro, uma adesão muito baixa ou mesmo inexpressiva ao vício (PEREIRA, 1999; SMITH, LEGGAT, 2011).

Sabe-se que o tabagismo continua sendo um problema de magnitude importante na saúde pública mundial e é considerado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como a principal causa de morte evitável (WHO, 2011). Entre os TS, há evidências de que o tabagismo impacta negativamente não apenas a saúde dos próprios profissionais, como também a assistência que prestam. Estudos conduzidos no Kuwait, Brasil, Cuba e Inglaterra verificaram que o hábito tabágico pode comprometer a credibilidade do profissional, na medida em que é esperado destes trabalhadores que sirvam como exemplo aos seus pacientes e à comunidade em relação à adoção de hábitos saudáveis (AL-EISA et al, 2006; BALBANI et al, 2006; LUGO, HERNÁNDEZ, NEGRÍN, 2010; RAW, 2004).

Corroborando este fato, estudos realizados na Espanha, no Chile e em Cuba evidenciaram que o hábito tabágico funciona como preditor negativo para intervenções de prevenção e cessação do vício, já que TS tabagistas tendem a abordar com menor frequência assuntos referentes à prevenção e cessação do hábito de fumar com seus pacientes, em comparação a TS não tabagistas (BELLO, 2004; LUGO, HERNÁNDEZ, NEGRÍN, 2010; PEIDRÓ et al, 2008; RAW, 2004; VENY et al, 2011).

Apesar deste duplo impacto negativo resultante da expressiva prevalência de tabagismo em TS, os estudos brasileiros encontrados abordam o assunto apenas em categorias profissionais específicas, notadamente médicos (BALBANI et al, 2006; JIANG et al, 2007; VIEGAS, ANDRADE, SILVESTRE, 2007) e pessoal de enfermagem (ERIKSEN, 2006; SARNA et al, 2012; VENY et al, 2011).

Já se verifica, no entanto, que boa parte dos estudos na área evidencia que as particularidades laborais deste grupo ocupacional são sujeitas a estressores semelhantes àqueles também associados ao hábito tabágico: frustração, trabalho estressante, impotência, desvalorização, fraco reconhecimento, instabilidade empregatícia, alta demanda de trabalho, jornadas extensas, turno de trabalho não diurno (AL-EISA et al, 2006; ASSUNÇÃO, BRITO, 2011; BARROS et al, 2011; DAWSON et al, 2012).

Ademais, considerando as relações entre condições de trabalho e hábito tabágico, Barros et al (2011) advogam que identificar a população de fumantes segundo sua ocupação pode contribuir para a melhoria e aprimoramento das intervenções relacionadas ao controle e à cessação do tabagismo.

A maioria dos estudos encontrados sobre o tema aborda categorias profissionais específicas, apesar da existência de um vasto leque de trabalhadores com atribuições e formações diversas, expostos ao mesmo ambiente de trabalho e a riscos semelhantes (ASSUNÇÃO, BRITO, 2011; MINAYO-GOMEZ, MACHADO, PENA, 2011; MACHADO, ASSUNÇÃO, 2012).

Convém também lembrar que a maioria dos serviços prestados pelo sistema de saúde pública exige abordagem multiprofissional, logo, a presença de diversas categorias em interação é constante e traz particularidades que merecem ser investigadas.

Neste sentido, estudos que contemplem toda a gama de TS podem contribuir para o conhecimento mais abrangente dos fatores associados ao hábito nesta população e

fundamentar políticas de prevenção e cessação do tabagismo, inclusive no próprio ambiente de trabalho.

Recentemente, elaborou-se uma proposta de Política de Promoção da Saúde do Trabalhador do Sistema Único de Saúde, que considera como alvo do programa todos aqueles que atuam direta ou indiretamente na atenção à saúde nas instituições que compõem o Sistema (BRASIL, 2011). O documento está em fase de elaboração/tramitação e pretende instituir as diretrizes para ações direcionadas especificamente a esse grupo ocupacional, dadas as particularidades da situação de trabalho dos TS no SUS (ASSUNÇÃO, BRITO, 2011; MACHADO, ASSUNÇÃO, 2012; MINAYO-GOMEZ, MACHADO, PENA, 2011).

A proposta prevê iniciativas no sentido da valorização dos trabalhadores, desprecarização de vínculos trabalhistas, democratização das relações de trabalho, vigilância de ambientes e processos de trabalho, melhoria da qualidade de vida, redução da vulnerabilidade institucional e social, consideração quanto às responsabilidades do empregador, dimensionamento e alocação da força de trabalho, dentre outras (BRASIL, 2011).

Em relação à saúde do trabalhador brasileiro em geral, instituiu-se, em 2011, a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. Um dos objetivos do documento é incorporar a categoria trabalho como determinante do processo saúde-doença e, assim, assegurar que a situação laboral, com os seus potenciais riscos à saúde, seja considerada nas ações e serviços oferecidos pelo SUS (BRASIL, 2012).

Dentre as estratégias desta Política, destaca-se a análise da situação de saúde dos trabalhadores, efetuada por meio do estudo do comportamento dos indicadores de saúde, segundo critérios epidemiológicos e de relevância social. Esta análise visa fornecer subsídios para o planejamento de ações de enfrentamento de potenciais riscos e impactos (perfil de morbi-mortalidade) à saúde dos trabalhadores. Dessa forma, tanto a avaliação quanto a intervenção seguem os princípios e diretrizes da norma, além de contemplar as diversidades e especificidades loco-regionais (BRASIL, 2012).

Neste contexto, no qual o Ministério da Saúde se propõe abordar a problemática dos trabalhadores da saúde, aliado à lacuna existente na literatura, a presente dissertação busca, por meio de análise de amostra representativa da população de interesse,

responder à pergunta que norteia o estudo: que fatores relativos às condições de saúde e trabalho dos TS vinculados à SMSA-BH se associam ao tabagismo?

Este trabalho foi submetido para publicação à Revista Brasileira de Epidemiologia.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 Tabagismo

2.1.1. Termos e conceitos

O tabagismo é definido como o hábito de se consumir cigarros ou outros produtos que contenham tabaco, cuja droga ou princípio ativo é a nicotina. A nicotina é um composto orgânico presente na folha do tabaco capaz de provocar efeitos fisiológicos nos seres humanos e responsável pelo padrão de dependência causado pelo cigarro. O hábito tabágico é reconhecido como uma doença resultante da dependência à nicotina, classificado no Código Internacional de Doenças (CID-10) dentro do grupo de transtornos mentais e de comportamentos decorrentes do uso de substâncias psicoativas (BRASIL, 2004).

2.1.2 Hábito tabágico no mundo

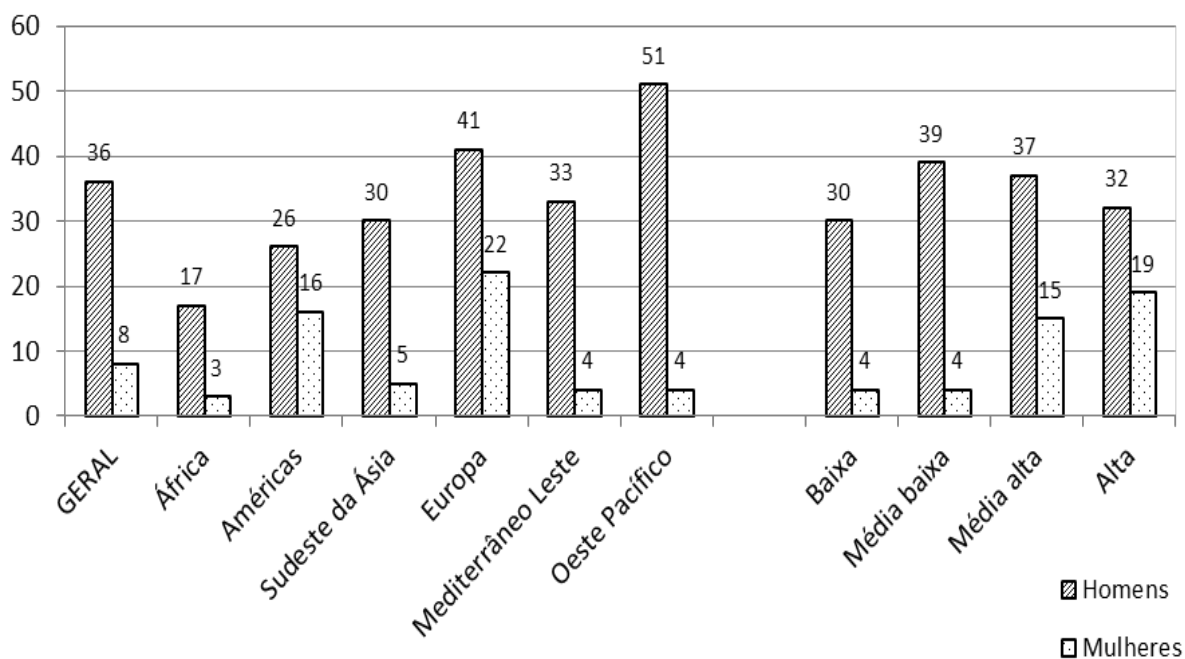
Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), o tabagismo continua sendo a principal causa de morte evitável no mundo. De acordo com recente informe desta entidade, o hábito de fumar mata aproximadamente 6 milhões de pessoas e causa prejuízo econômico de centenas de bilhões de dólares a cada ano. Ao longo do século XXI, o tabagismo poderá ser a causa principal de óbito de um bilhão de pessoas ou mais, caso ações urgentes não sejam empreendidas (WHO, 2011).

Estimativas da OMS sobre a prevalência de fumantes com 15 anos ou mais de idade no ano de 2009 são apresentadas no Gráfico 1. Entre homens, as maiores taxas foram encontradas na região do Pacífico Oeste (51%). O continente europeu registrou a maior proporção de mulheres fumantes (22%) (WHO, 2012).

Houve maior diferença entre os sexos na região do Oeste Pacífico, retrato das particularidades culturais dos países orientais, nos quais o hábito tabágico entre mulheres é considerado um tabu social. Em relação aos grupos de renda, nota-se que,

entre os homens, a relação entre prevalência de tabagismo e renda tende a ser inversa, ou seja, à medida que aumenta a renda, a prevalência tende a diminuir. Já entre as mulheres, a relação tende a ser direta, verificando-se aumento da prevalência à medida que aumenta a renda (WHO, 2012).

Gráfico 1 – Prevalência de tabagismo em adultos (≥ 15 anos), geral, por regiões do mundo e por grupos de renda, segundo sexo, no ano de 2009.



Segundo relatório da OMS, o consumo de tabaco tem sido reduzido nos países desenvolvidos, porém o uso global vem aumentando, principalmente devido às taxas observadas nos países em desenvolvimento. A prevalência nestas nações vem aumentando devido ao crescimento populacional e à influência da indústria do tabaco sobre este mercado consumidor em potencial (WHO, 2008b). O mesmo relatório estima que, em 2030, mais de 80% das mortes relacionadas ao consumo do tabaco ocorrerão em países em desenvolvimento.

Nos países em desenvolvimento, a prevalência de tabagismo entre mulheres permanece relativamente baixa, porém tende a se elevar, devido ao aumento crescente do consumo entre adolescentes do sexo feminino. No sudeste da Ásia, a prevalência de tabagismo, em adultos maiores de 15 anos, é nove vezes maior entre homens do que entre mulheres. Entretanto, na faixa etária de 13 a 15 anos, essa diferença cai para 2,5 (WHO, 2008b).

Na maior parte da Europa, as prevalências de tabagismo entre homens e mulheres vêm convergindo há décadas, resultado da diminuição do consumo entre homens e aumento entre mulheres, particularmente nas regiões leste, central e sul do continente. Na maioria dos países da União Européia, as jovens do sexo feminino são tão susceptíveis ao vício quanto os rapazes e, em algumas nações, são até mais propensas do que eles (WHO, 2008b).

Os países em desenvolvimento, por ainda viverem os primeiros estágios da epidemia de tabagismo, não experimentaram todo o impacto advindo das doenças e mortes relacionadas ao uso do tabaco, ao contrário das nações desenvolvidas, onde o tabagismo era comum já no século passado (WHO, 2008b).

No entanto, considerando-se as atuais estimativas, podemos dizer que o mundo vivencia a globalização da epidemia de tabagismo (WHO, 2008b). Em resposta a esta situação, os países membros da OMS desenvolveram o primeiro tratado internacional de saúde pública, chamado Convenção-Quadro de Controle do Tabagismo (CQCT), que passou a vigorar em 2005. Trata-se de um instrumento que contém: obrigações, uma linha de base para redução da procura e do fornecimento de tabaco, e orientações para políticas de controle do hábito (WHO, 2008b).

Em conformidade com a CQCT, a OMS recomenda cinco políticas, quais sejam: ambientes livres da fumaça do tabaco; apoio a programas de cessação do hábito; advertências sobre os perigos do consumo nas embalagens de cigarros; proibição à publicidade, promoção e patrocínio; e, finalmente, aumento dos impostos sobre os produtos (WHO, 2008a).

Embora as políticas tenham alcançado progresso, com o incremento, em 2008, de 400 milhões de pessoas abrangidas por leis antitabagistas, ainda menos de 10% da população mundial é protegida por alguma das medidas preconizadas para controle do tabagismo (WHO, 2009).

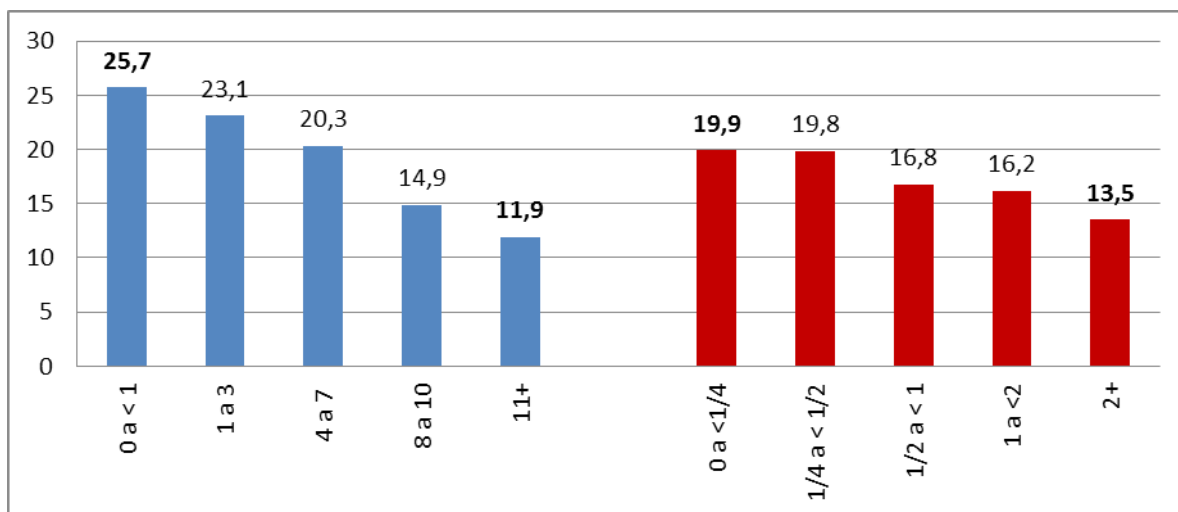
2.1.3 – Hábito tabágico no Brasil

No Brasil, houve declínio proeminente na prevalência de tabagismo, que passou de 34,8% em 1989 a 22,4% em 2003 e 17% em 2008 (BRASIL, 2009; MONTEIRO et al., 2007). Ao longo deste período, a queda na proporção de fumantes foi mais acentuada entre homens do que entre mulheres.

A Pesquisa Especial de Tabagismo (PETab), realizada em 2008, verificou que o percentual de fumantes, naquele ano, era de 21,6% e 13,1% para homens e mulheres, respectivamente. Em relação à distribuição etária, foi entre as pessoas de 45 a 64 anos que se verificou o maior percentual de fumantes no Brasil (22,7%).

Dados desta pesquisa revelam que a prevalência de tabagismo foi maior entre indivíduos em desvantagens socioeconômicas. O Gráfico 2, baseado neste inquérito, mostra que as proporções mais expressivas de fumantes estavam entre as pessoas com menor nível de escolaridade (25,7% entre indivíduos com até 1 ano de estudo) e menor renda (19,9% entre pessoas com renda de até $\frac{1}{4}$ do salário mínimo). Em comparação, as menores proporções de fumantes foram encontradas em indivíduos com mais de 11 anos de estudo (11,9%) e renda maior que dois salários mínimos (13,5%).

Gráfico 2: Percentual de pessoas adultas (15 anos ou mais) fumantes, por escolaridade e renda, no Brasil, no ano de 2008.



Escolaridade (anos de estudo completos)

Renda (salários-mínimos)

2.1.4 – Tabagismo e ocupação

Também utilizando os dados da PNAD 2008, Barros et al (2011) e Giatti e Barreto (2011) encontraram associações entre tabagismo e variáveis relacionadas à ocupação.

O primeiro estudo buscou descrever a prevalência do tabagismo de acordo com sexo, idade, renda domiciliar e características ocupacionais no Brasil. Os resultados mostraram que, mesmo controlando por idade, sexo e renda, as diferenças entre grupos ocupacionais em relação ao tabagismo permaneceram – reforçando a ideia de que há um efeito ligado à ocupação.

Os resultados desta pesquisa evidenciaram que o consumo diário de cigarros foi 3% maior entre os trabalhadores comparados com não trabalhadores. Indivíduos que ocupavam cargos com exigência de menor nível de escolaridade e maior esforço braçal e empregados do setor privado apresentaram prevalências de tabagismo maiores, mesmo após controlar por sexo, renda e idade. Turno de jornada de trabalho não diurno, carga horária semanal de trabalho maior e local do estabelecimento do trabalho aberto ou domiciliar também estiveram associados ao maior consumo de cigarros.

Já a segunda pesquisa concluiu que a situação no mercado de trabalho e as condições de saúde também estiveram associadas ao tabagismo. Situação de trabalho sem proteção social e desemprego, além de presença de doenças cardíacas e respiratórias, em indivíduos do sexo feminino, estiveram positivamente associados ao hábito de fumar.

Estudo brasileiro envolvendo servidores de uma universidade pública evidenciou associação entre tabagismo e os seguintes fatores: idade maior que 50 anos, escolaridade de ensino fundamental completo, tempo de trabalho no vínculo atual de 6 a 20 anos, ser solteiro, ter filhos e morar com eles, além de consumo de bebida alcoólica (RIBALDO, 2011).

Há também evidências de que as condições psicossociais adversas no ambiente de trabalho são positivamente relacionadas ao tabagismo. Estudo realizado em 2010 revelou que o suporte social da chefia reduz os efeitos da associação entre estresse ocupacional e tabagismo entre trabalhadores de manufaturas nos Estados Unidos (SAPP et al, 2010).

Pesquisa realizada em oito países europeus evidenciou maior proporção de estresse relacionado ao trabalho entre trabalhadores tabagistas, em comparação aos que nunca fumaram. O mesmo estudo também apontou que, entre os trabalhadores fumantes, o consumo diário de cigarros foi o dobro entre aqueles que relataram tensão no trabalho, em comparação aos tabagistas que não relataram esse fato (HEIKKILA et al, 2012).

2.1.5– Tabagismo entre trabalhadores da saúde

As prevalências de hábito tabágico entre trabalhadores da saúde, comparativamente à população geral, variam em âmbito mundial. A literatura internacional sobre o tema revela que, em países desenvolvidos, há tendência de menor prevalência do hábito tabágico entre TS comparativamente à população geral (ANTAL et al, 2012; SARNA et al, 2012). No entanto, em países em desenvolvimento, estudos mostram que a prevalência de tabagismo em TS é semelhante e por vezes até maior que a da população geral (BELLO, 2004; LUGO, HERNÁNDEZ, NEGRÍN, 2010; SALMERÓN-CASTRO et al, 2002). Em Cuba, estimou-se que 32% dos médicos e 46% dos enfermeiros eram fumantes (PÉREZ, 2000), mas a prevalência de tabagismo na população geral era estimada em 31,6% (WHO, 2001).

Alta também era a prevalência de tabagismo entre médicos chineses do sexo masculino, 41% (JIANG et al, 2007) mas era ainda baixa comparativamente àquela da população masculina geral (57%). No caso das mulheres chinesas, a prevalência geral era de 3% e, entre médicas, de 1%.

Esta grande discrepância se deve ao fato de que, em países orientais, a mulher ainda exerce papel coadjuvante na sociedade, logo, observa-se baixa adesão ao vício (BRASIL, 2010). Nestas culturas, o hábito tabágico no público feminino é inaceitável e considerado um tabu social (AL-LAWATI, NOOYI, AL-LAWATI, 2009; AL-EISA et al, 2006).

Na Espanha, em 2006, estimou-se a prevalência de tabagismo em 24,5% na população de médicos, 35,1% na de enfermeiras e 22,2% entre dentistas, contra 34,5% em homens e 24,3% em mulheres na população geral (PEIDRÓ et al, 2008).

O mesmo estudo apontou que, entre especialistas de medicina respiratória, a prevalência é reduzida a 10%. Balbani et al (2006) observaram prevalência de 7,1% em amostra de otorrinolaringologistas no estado de São Paulo.

Mirra e Rosemberg (1997) publicaram inquérito sobre a prevalência de tabagismo na classe médica brasileira realizado em 1996. O estudo detectou 6,4% de fumantes regulares e 34,3% de ex-fumantes, sem diferenças entre os sexos. Vale notar, entretanto, que as especialidades mais ligadas a programas de controle de tabagismo, como pneumologia e cancerologia, apresentaram prevalências menores do que as demais (2,2% e 3,7%, respectivamente).

Há estudos internacionais que mostram prevalências diferentes também entre categorias profissionais de TS, sendo registradas as maiores entre trabalhadores que exercem atividades de atendimento de balcão/recepção e aqueles dedicados a atividades de cunho administrativo/burocrático (BELLO, 2004; PEIDRÓ et al, 2008; JONES, WILLIAMS, 2010). Al-Eisa et al (2006) conduziram estudo no Kuwait, no qual, do total de TS fumantes, 30% se dedicavam à recepção, enquanto 16,7% eram médicos. Bello et al (2004) realizaram inquérito nacional no Chile e encontraram prevalência de 30,5% entre médicos, 36,1% e 43,4%, entre funcionários administrativos e de serviços gerais, respectivamente. Este mesmo estudo apontou as maiores prevalências entre TS nas categorias de jornalistas (73,7%) e vigias/porteiros (52,9%).

Assim, estes estudos revelaram uma prevalência que variou de 1% entre médicas chinesas a 46% entre enfermeiros e enfermeiras cubanos.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Analisar se os fatores relacionados às condições de saúde e trabalho associam-se ao hábito tabágico entre TS da rede pública municipal de Belo Horizonte.

3.2 Objetivos específicos

- a) Estimar a prevalência do tabagismo com base numa amostra de TS vinculados ao SUS de Belo Horizonte;
- b) Examinar as associações entre tabagismo e os seguintes aspectos: características individuais (variáveis sócio demográficas e de condições de saúde), características do emprego e do trabalho.

4 METODOLOGIA

4.1 Marco teórico

Considerando as características da problemática apresentada, os desafios que impõe e o estado atual do conhecimento na área, propõe-se o referencial teórico-metodológico da Epidemiologia, por compreender o estudo da distribuição e determinantes de estados relacionados com a saúde ou eventos em populações específicas e a aplicação deste estudo para o controle dos problemas de saúde (GORDIS, 2010). O mesmo autor considera que este modelo pode proporcionar bases para o desenvolvimento de políticas públicas relacionadas a problemas ambientais, genéticos e de outras naturezas no que diz respeito à prevenção e promoção da saúde.

Dawson et al (2012) propõem um modelo sócio-ecológico com o intuito de descrever os fatores que, direta ou indiretamente, perpetuam o hábito de fumar entre TS australianos. Segundo os autores, estes fatores estão distribuídos em seis níveis de influência no comportamento: fatores pessoais, familiares, relações interpessoais, serviço de saúde, comunidade e políticas públicas.

Cada tipo de fator enumerado está hierarquicamente localizado no modelo e, em relação ao indivíduo, parte do nível de influência proximal ao distal, respectivamente. Condições desfavoráveis ligadas a cada tipo de fator são consideradas estressoras, com potencial de incitar o hábito tabágico. Os autores constataram que o tabagismo é usado como forma de lidar com desafios enfrentados tanto no trabalho como na vida extralaboral.

No presente estudo, buscamos adaptar o modelo australiano aos nossos dados (Figura 1). Consideramos as variáveis que compõem o bloco de características individuais como aquelas mais proximais em relação ao indivíduo, seguido, em sentido distal, do bloco constituído por variáveis relativas às condições de emprego e, finalmente, o bloco de variáveis relativas às condições de trabalho.



Figura 1: Modelo hipotético dos efeitos dos fatores individuais, relacionados ao emprego e ao trabalho sobre o hábito tabágico.

4.2 Base de dados

Participaram do inquérito epidemiológico 1808 trabalhadores da rede municipal de saúde de Belo Horizonte. As questões do estudo focalizaram o tema condições de saúde e trabalho. Foram considerados elegíveis todos os profissionais vinculados ao serviço público municipal de saúde, independente do vínculo empregatício (permanente, temporário, estágio), em efetivo exercício profissional na unidade sorteada. Os questionários não identificavam os respondentes, preservando a confidencialidade dos dados obtidos. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais (parecer nº 542/07) e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte (parecer nº 054/06). Todos os participantes leram e assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido.

A amostra foi estratificada segundo distrito sanitário, nível de complexidade da assistência (centros de saúde, especialidades, urgência e gerências distritais) e ocupação. Quanto a esta, foi utilizada a classificação de cargos proposta pela Organização Mundial de Saúde (WHO, 2009). Em cada estrato, os indivíduos que compuseram a amostra

foram selecionados por procedimento aleatório. Foram substituídos, respeitando-se a função ou cargo, nível de assistência e área geográfica, aqueles que não se encontravam no serviço por motivo de férias, transferência, aposentadoria ou morte.

Para o cálculo da amostra, considerou-se o universo de 13.602 TS à época da coleta de dados. Teria sido necessária, segundo estimativa, uma amostra de 687 trabalhadores, com base na prevalência de fumantes na população geral de 21,6% (BRASIL, 2009), nível de 95% de confiança e precisão de 3%.

O preenchimento do questionário foi conduzido por um entrevistador treinado, o qual se dirigiu à unidade do participante após contato e confirmação da presença do entrevistado. Foram realizadas até três tentativas no intuito de localizar o trabalhador sorteado. Considerou-se perda quando o trabalhador não foi encontrado na terceira tentativa.

O banco de dados foi construído no programa SPSS versão 15.

4.3 Variáveis estudadas

A variável desfecho foi construída com base nas respostas à pergunta: “*considerando como fumante quem já fumou pelo menos 100 cigarros, ou 5 maços, você se classifica como: Não fumante, Ex-fumante ou Fumante atual?*”. Esta variável foi dicotomizada, sendo definidos como fumantes aqueles que se referiram como fumantes atuais e não fumantes aqueles que se autorrelataram ex-fumantes ou não fumantes.

As variáveis explicativas foram organizadas em três blocos:

(a) Características individuais: informações sociodemográficas (sexo, idade, cor da pele, situação conjugal, grau de escolaridade); e condições de saúde (falta ao trabalho por problemas de saúde nos últimos 12 meses e presença de transtorno mental comum).

(b) Características do emprego: cargo, tempo de serviço público e na unidade estudada, regime de trabalho, tipo de vínculo atual, se possui outro emprego, jornada de trabalho semanal na unidade e jornada total, e renda bruta mensal relativa ao trabalho na unidade.

(c) Características do trabalho: relação entre as exigências das tarefas e os recursos disponíveis, condições do ambiente de trabalho, demanda física do trabalho; e aspectos psicossociais do trabalho (demandas emocional e psicológica do trabalho, controle sobre o trabalho, e suporte social dos colegas e da chefia).

Os transtornos mentais comuns (TMC) foram avaliados de acordo com escores obtidos no *Self Reporting Questionnaire* (SRQ-20), um instrumento desenvolvido pela OMS para avaliar morbidade psíquica em países em desenvolvimento, que identifica possíveis casos de TMC (SANTOS et al., 2009). O questionário é composto por 20 questões, com respostas dicotômicas (sim ou não), incluindo sintomas emocionais e físicos associados a quadros psiquiátricos. Definiu-se o ponto de corte para classificação de suspeitos de TMC em sete ou mais respostas positivas, procedimento adotado em outros estudos (ARAÚJO et al., 2003a; ARAÚJO et al., 2005).

A variável relação entre as exigências das tarefas e os recursos disponíveis originou-se de uma pergunta presente no questionário, com quatro opções de respostas: boa, regular, ruim ou muito ruim (as duas últimas alternativas foram agrupadas na mesma categoria ruim / muito ruim).

A variável condições do ambiente de trabalho expressa as características do ambiente físico de trabalho dos TS. Essa variável incluiu avaliação da ventilação, temperatura, iluminação, recursos técnicos e equipamentos (incluindo cadeiras e mesas) do local de trabalho. Os itens foram avaliados pelos respondentes em escala de 1 a 3: precários (1), razoáveis (2) ou satisfatórios (3); e o ruído originado no trabalho e fora dele, avaliado como desprezível (3), razoável (2), elevado e insuportável (1). Construiu-se um escore global, a partir do somatório das respostas para cada item relativo ao ambiente físico: quanto maior o escore, melhores eram as condições ambientais de trabalho. Para fins de análise, o escore criado foi categorizado, com base nos quartis em: condições precárias (corte no primeiro quartil), razoáveis (corte no segundo quartil), satisfatórias (terceiro quartil) e ótimas (último quartil).

A variável demanda física do trabalho foi criada a partir de respostas a questões sobre adoção de posturas relacionadas à dor ou desconforto, ficar de pé ou assentado durante longos períodos, realização de caminhadas, necessidade de levantar, carregar ou empurrar peso excessivo, auxílio na movimentação de pacientes e realização de pausas durante a jornada de trabalho. Cada pergunta apresentava quatro opções de resposta (1= nunca, 2= raramente, 3= às vezes e 4= sempre). Um escore de demanda física foi criado a partir do somatório dos itens mencionados acima que foi, em seguida, categorizado, pelos tercís, em baixa demanda (valores iguais ou abaixo do segundo tercil) e alta demanda (valores acima do segundo tercil).

Os aspectos psicossociais do trabalho foram avaliados por meio do *Job Content Questionnaire* (JCQ), um instrumento desenvolvido de acordo com o Modelo Demanda-Controle (ARAÚJO et al., 2003b; KARASEK, THEÖRELL, 1990) que privilegia duas dimensões psicossociais: o controle sobre o trabalho e a demanda psicológica advinda do trabalho. A partir da combinação dessas duas dimensões, o modelo distingue situações de trabalho específicas que, por sua vez, estruturam riscos diferenciados à saúde (ARAÚJO et al., 2003b).

Para demanda psicológica do trabalho foi construído um indicador resultante do somatório, considerando-se as ponderações previstas pelo modelo em sua operacionalização, dos valores referentes às questões relacionadas ao ritmo de trabalho, tempo para a realização das tarefas, tarefas conflitantes e volume excessivo de trabalho.

Com base na mediana, a variável foi dicotomizada: os valores iguais ou abaixo do ponto de corte foram categorizados como baixa demanda e, os acima, como alta demanda.

A variável controle sobre o próprio trabalho incluiu duas dimensões, totalizando 9 questões: seis para mensuração do uso de habilidades (aprendizagem de coisas novas, criatividade, desenvolvimento de habilidades especiais e possibilidade de realização de diferentes tarefas) e três para medir autoridade decisória (liberdade para decidir como realizar as tarefas e possibilidade de tomada de decisões) (ARAÚJO et al., 2003b). A variável controle foi construída a partir do somatório dos itens relativos a essas duas dimensões. A variável foi dicotomizada com base na mediana: os valores iguais ou abaixo do ponto de corte foram categorizados como baixo controle e, os acima, como alto controle.

A partir da combinação entre níveis de demanda e controle estabeleceram-se os quatro grupos previstos no Modelo Demanda-Controlle: baixa exigência (combinação de baixa demanda e alto controle), trabalho passivo (baixa demanda e baixo controle), trabalho ativo (alta demanda e alto controle) e alta exigência (alta demanda e baixo controle) (KARASEK, THEÖRELL, 1990; SOUZA et al., 2010).

Para a variável suporte social, foi utilizado um indicador resultante do somatório dos valores referentes às questões relacionadas ao suporte social dos colegas de trabalho e da chefia. Adotou-se ponto de corte na mediana: valores iguais ou abaixo da mediana foram categorizados como baixo suporte e, os acima, como alto suporte.

A variável demanda emocional do trabalho originou-se da pergunta “Meu trabalho me exige muito emocionalmente”, cujas respostas eram: discordo fortemente e discordo (agrupadas em baixa demanda), concordo e concordo fortemente (agrupadas em alta demanda).

4.4 Análise estatística

Primeiramente, executou-se a análise descritiva dos dados, por meio das proporções e o percentual de sujeitos, distribuídos nas diversas categorias de cada variável estudada. Posteriormente, obteve-se a distribuição dos TS na amostra, segundo cada nível da variável explicativa, estratificada por presença ou ausência do hábito tabágico.

A análise univariável foi feita por meio da regressão logística binária simples, com estimativa das razões de chances (*odds ratio*) brutas e seus respectivos intervalos de 95% de confiança para avaliação da magnitude de associação entre as variáveis. Aquelas variáveis que se mostraram significativas ao nível de 20% na análise univariável foram agrupadas em um modelo multivariável e avaliadas por análise de deleção sequencial, considerando-se um nível de significância de 5% e um intervalo de 95% de confiança para avaliação da magnitude de associação entre as variáveis. Na análise por deleção sequencial, as variáveis não significativas do modelo multivariado são retiradas do conjunto, gerando um novo modelo explicativo. Este novo modelo é novamente testado considerando o mesmo nível de significância. O processo é repetido até obter-se um modelo final, em que todas as variáveis 'resistem' repetidamente à análise ao nível de significância de 5%.

As análises estatísticas foram feitas utilizando-se o software estatístico STATA 12.0 (STATA Corp., College Station, Estados Unidos).

5 RESULTADOS

Dos 2.205 TS sorteados, 1.808 responderam ao questionário. Destes, por sua vez, 1.759 informaram sua situação quanto ao hábito tabágico, logo, obteve-se taxa de resposta de 79,8% $[(1.759/2.205)*100]$.

A proporção de fumantes na amostra correspondeu a 276 indivíduos (15,7%) e a de não fumantes 1483 (84,3%). A categoria de não fumantes foi constituída pela soma dos 1.187 indivíduos (67,5%) não fumantes e 296 (16,8%) ex-fumantes, advindos da categorização inicial existente no questionário.

A tabela 1 informa a descrição da amostra segundo características individuais. A maioria eram mulheres (71,6%), 57,8% se declararam como não brancos e 54,4% relataram viver com companheiro (a). A média de idade foi de 40,8 anos, com desvio padrão de 11,1 anos e amplitude variando de 16 a 73 anos. Entre os TS estudados, 54,23% possuíam o ensino médio, técnico ou superior incompleto, 37,1% superior completo ou pós-graduação e 8,7% o ensino fundamental. Do total de respondentes, 51,3% negaram

falta, licença ou afastamento do trabalho nos últimos 12 meses e 76,0% não apresentaram escore compatível com presença de transtorno mental comum.

Quanto às características do emprego (Tabela 2), a maior parte dos TS estava investida em cargos administrativos, de serviços gerais e outros (23,0%), seguidos daqueles que ocupavam cargos técnicos de nível médio (16,2%) e médicos (14,2%). Do total de respondentes, 53,6% relataram estar no serviço público há menos de 10 anos e 50,7% informaram estar na unidade atual há até 5 anos. Quase 97% relataram trabalhar em regime diurno e 58,9% eram concursados. A jornada semanal média de trabalho na unidade estudada era de 32,4 horas, com desvio padrão de 10,2 horas. Aproximadamente 38% relataram ter outro emprego e a jornada semanal total, incluindo o conjunto de empregos, era de 37 a 44 horas para 48,1% dos respondentes. A renda bruta mensal média relativa ao trabalho na unidade era de R\$ 1932,12 e a mediana R\$ 1000,00.

Com relação às características do trabalho (Tabela 3), 34,6% consideraram que a relação entre exigências e recursos disponíveis era boa, enquanto 50,5% avaliaram-na como regular. A maior parte dos entrevistados (35,2%) relatou como precárias as condições do ambiente físico de trabalho. A demanda física do trabalho foi considerada baixa por 67,4% dos TS. Conforme o modelo demanda controle, 30,6% dos TS se enquadraram no quadrante relativo a trabalho passivo. O suporte social foi considerado baixo por 53,7% da amostra e a demanda emocional do trabalho avaliada como alta por 74,7% dos respondentes.

Tabela 1: Descrição da população geral do estudo segundo características individuais e hábito tabágico. Trabalhadores municipais da saúde de Belo Horizonte, M.G. – 2009.

Características sociodemográficas	N	%
Sexo	1788	
Feminino	1281	71,6
Masculino	507	28,4
Idade	1783	
Até 34 anos	567	31,8
De 35 a 46 anos	608	34,1
47 anos ou mais	608	34,1
Cor	1749	
Branco	739	42,3
Não branco	1010	57,8
Situação conjugal	1793	
Com companheiro (a)	975	54,4
Sem companheiro (a)	818	45,6
Grau de escolaridade	1785	
Superior completo ou pós graduação	662	37,1
Médio, técnico ou superior incompleto	968	54,2
Fundamental	155	8,7
Condições de saúde		
Falta/afastamento/licença por motivo saúde (últimos 12 meses)	1770	
Não	908	51,3
Sim	862	48,7
Transtorno mental comum (SRQ-20)	1664	
Ausente	1265	76,0
Presente	399	24,0
Tabagismo	1759	
Não fumante	1187	67,5
Ex fumante	296	16,8
Fumante atual	276	15,7

Observação: Houve discrepâncias nas taxas de resposta para cada variável, explicando as diferenças internas.

Tabela 2: Descrição da população geral do estudo segundo características do emprego. Trabalhadores municipais da saúde de Belo Horizonte, M.G. – 2009

Características do emprego	N	%
Cargo	1643	
Médicos	234	14,2
Enfermeiros e técnico de enfermagem	228	13,9
Dentistas e técnicos de odontologia	77	4,7
Bioquímicos e técnicos de laboratório	44	2,7
Profissionais envolvidos com a vigilância	113	6,9
Agentes comunitários de saúde	223	13,6
Fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, psicólogos e afins	23	1,4
Profissionais técnicos de nível superior	57	3,5
Profissionais técnicos de nível médio	266	16,2
Administrativos, serviços gerais e outros	378	23,0
Tempo de trabalho no serviço público (em anos)	1758	
Até 10	942	53,6
Acima de 10	816	46,4
Tempo de trabalho na unidade atual (em anos)	1733	
Até 5	879	50,7
Acima de 5	854	49,3
Regime de trabalho	1719	
Diurno	1664	96,8
Noturno	55	3,2
Vínculo atual	1758	
Municipal com concurso	1035	58,9
Municipalizado	190	10,8
Contratado sem concurso (celetista)	486	27,7
Estagiário	47	2,7
Possui outro trabalho	1576	
Não	985	62,5
Sim	591	37,5
Jornada neste trabalho (em horas)	1763	
Até 36	822	46,6
40 a 44	941	53,4
Jornada total (em horas)	1549	
Até 36	318	20,5
37 a 44	745	48,1
45 ou mais	486	31,4
Rendimento bruto mensal (em reais)	1654	
Até 600	473	28,6
De 601 a 1200	516	31,2
Acima de 1201	665	40,2

Observação: Houve discrepâncias nas taxas de resposta para cada variável, explicando as diferenças internas.

Tabela 3: Descrição da população geral do estudo segundo características do trabalho. Trabalhadores municipais da saúde de Belo Horizonte, M.G. – 2009

Características do trabalho	N	%
Relação entre exigências e recursos disponíveis	1782	
Boa	617	34,6
Regular	900	50,5
Ruim/muito ruim	265	14,9
Condições do ambiente de trabalho	1711	
Ótimas	275	16,1
Satisfatórias	374	21,9
Razoáveis	460	27,0
Precárias	602	35,2
Demanda física do trabalho	1740	
Baixa	1172	67,4
Alta	568	32,6
Aspectos psicossociais do trabalho		
Modelo demanda-controle (JCQ)	1630	
Baixa exigência	318	19,5
Trabalho passivo	499	30,6
Trabalho ativo	407	25,0
Alta exigência	406	24,9
Suporte social	1665	
Baixo	894	53,7
Alto	771	46,3
Demanda emocional do trabalho	1781	
Baixa demanda	451	25,3
Alta demanda	1330	74,7

Observação: Houve discrepâncias nas taxas de resposta para cada variável, explicando as diferenças internas.

Conforme a Tabela 4, verifica-se que a prevalência de tabagismo foi maior entre os homens, na faixa etária de até 34 anos, entre os que se declararam não brancos e informaram viver sem companheiro(a). Em relação à escolaridade, no grupo de fumantes, predominaram aqueles com ensino fundamental (22,5%), seguidos de ensino médio, técnico ou superior incompleto (17,4%) e superior completo ou pós-graduação (11,7%).

Houve maior prevalência de fumantes que relataram ausência de falta, afastamento ou licença do trabalho por motivo de saúde (17,5%). Verificou-se pequena diferença entre a prevalência de tabagismo entre aqueles que preencheram critérios para transtorno mental comum (15,7%) em comparação aos que não preencheram estes critérios (15,9%) (Tabela 4).

Quanto às características do emprego (Tabela 5), verificaram-se as maiores prevalências de tabagismo entre profissionais envolvidos com a vigilância (24,3%), seguidos daqueles investidos em cargos administrativos, de serviços gerais e outros (20,1%) e de agentes comunitários de saúde (18,6%). A prevalência de tabagismo foi ligeiramente menor em TS com mais de 10 anos de serviço público (15,0%) em comparação àqueles com menos de 10 anos (16,2%) e entre TS com mais de 5 anos na unidade atual de trabalho (14,7%) comparados àqueles com menos de 5 anos (16,6%).

A prevalência de tabagismo foi superior nos TS que trabalhavam no período diurno e sob vínculo celetista. Houve pequena variação quanto à prevalência de tabagismo entre aqueles que possuíam (14,6%) e aqueles que não possuíam outro trabalho (15,6%). Também foi pequena a diferença entre a prevalência de tabagismo nos dois grupos formados quanto à jornada semanal neste trabalho (até 36 horas ou de 40 a 44 horas). Quanto à jornada semanal total, maior prevalência de tabagismo (17,2%) foi observada entre aqueles que relataram até 36 horas de trabalho. Maior prevalência de tabagismo (18,5%) foi observada no estrato intermediário de renda (entre R\$ 601,00 e R\$ 1200,00), seguido por 17,7% que declararam rendimento mensal bruto relativo ao trabalho na unidade de até R\$ 600,00 e 12,6% que se enquadraram no estrato superior de remuneração (Tabela 5).

Quanto às características do trabalho (Tabela 6), maior prevalência de tabagismo foi observada entre aqueles que relataram boa relação entre as exigências e recursos disponíveis (18,4%), apesar de se observar prevalência de 16,4% de tabagismo entre aqueles que consideraram esta relação como ruim ou muito ruim. Apesar de maior prevalência de tabagismo (21,4%) ter sido observada entre aqueles que relataram ótimas condições de trabalho, prevalência de 14,5% de tabagismo ocorreu entre aqueles que as consideraram péssimas. Maior prevalência de tabagismo também foi encontrada entre aqueles que relataram baixa demanda física no trabalho. Quanto aos aspectos psicossociais do trabalho, a prevalência de tabagismo foi maior no grupo que realizava tarefas caracterizadas como trabalho passivo (17,2%), porém houve pouca diferença desta com a prevalência entre aqueles com trabalho ativo (16,2%). Também foi pequena a diferença entre a prevalência de tabagismo naqueles que declararam alto suporte social (15,3%) e aqueles que relataram baixo suporte (14,7%). Quanto à demanda emocional do trabalho, maior prevalência de tabagismo foi observada entre aqueles que a declararam como baixa (19,4%) (Tabela 6).

Os resultados da análise univariável mostram as variáveis que estiveram estatisticamente associadas ao evento (Tabelas 4 a 6). Com relação às características individuais, houve associação positiva entre tabagismo e sexo masculino ($p < 0,001$); grau de escolaridade fundamental ($p < 0,001$) e médio, técnico ou superior incompleto ($p < 0,01$). Já o relato de absenteísmo nos últimos doze meses esteve associado negativamente ao evento ($p < 0,05$). Quanto às características do emprego, estiveram positivamente associadas ao tabagismo: os cargos de profissionais envolvidos com a vigilância em saúde ($p < 0,001$), agentes comunitários de saúde ($p < 0,01$), profissionais técnicos de nível médio ($p < 0,05$), administrativos, serviços gerais e outros ($p < 0,001$); tipo de vínculo contratado sem concurso ($p < 0,001$) e municipalizado ($p < 0,05$) e, quanto à renda, localizar-se no estrato superior de remuneração esteve associado negativamente ao tabagismo ($p < 0,05$). Finalmente, quanto às características do trabalho, a relação regular entre exigências e recursos disponíveis esteve negativamente associada ao evento ($p < 0,05$), o que também foi observado com relação às condições do ambiente de trabalho subótimas ($p < 0,05$). Alta demanda física do trabalho e alta demanda emocional do trabalho também estiveram negativamente associadas ao evento ($p < 0,01$).

A Tabela 7 apresenta os resultados do modelo final multivariável, com os fatores que permaneceram associados ao tabagismo ao nível de 5% de significância, após ajustamento. A maior prevalência de tabagismo permaneceu positivamente associada ao sexo masculino ($p < 0,001$); ocupações de profissionais envolvidos com a vigilância ($p < 0,001$), agentes comunitários de saúde ($p < 0,001$), profissionais técnicos de nível médio ($p < 0,010$) e profissionais administrativos, de serviços gerais e outros ($p < 0,010$). Exercer cargo de enfermeiros e técnicos de enfermagem tornou-se positivamente associado ao tabagismo na análise multivariável ($p < 0,05$). No tocante às características do trabalho, a prevalência de tabagismo permaneceu associada negativamente ao relato de relação regular entre exigências e recursos disponíveis.

Tabela 4: Prevalência de fumantes segundo características individuais e resultados da análise univariável. Trabalhadores municipais da saúde de Belo Horizonte, M.G. – 2009.

Variáveis	P (%)	RC (IC 95%)	Valor-p
Sexo			
Feminino	13,1	1,00	
Masculino	22,2	1,90 (1,45-2,48)	<0,001***
Idade (em anos)			
Até 34	17,2	1,00	
De 35 a 46	14,0	0,79 (0,57-1,08)	0,144
47 ou mais	16,3	0,94 (0,69-1,28)	0,701
Cor			
Branco	13,7	1,00	
Não branco	16,5	1,24 (0,95-1,63)	0,118
Situação conjugal			
Com companheiro (a)	15,2	1,00	
Sem companheiro (a)	16,3	1,09 (0,84-1,41)	0,515
Grau de escolaridade			
Superior completo ou pós graduação	11,7	1,00	
Médio, técnico ou superior incompleto	17,4	1,59 (1,18-2,13)	0,002**
Fundamental	22,5	2,20 (1,40-3,45)	<0,001***
Condições de saúde			
Falta/afastamento/licença por motivo saúde (últimos 12 meses)			
Não	17,5	1,00	
Sim	13,7	0,75 (0,58-0,97)	0,029*
Transtorno mental comum (SRQ-20)			
Ausente	15,9	1,00	
Presente	15,7	0,99 (0,72-1,35)	0,932

Tabela 5: Prevalência de fumantes segundo características do emprego e resultados da análise univariável. Trabalhadores municipais da saúde de Belo Horizonte, M.G. – 2009.

Variáveis	P (%)	RC (IC 95%)	Valor-p
Cargo			
Médicos	7,9	1,00	
Enfermeiros e técnico de enfermagem	12,8	1,72 (0,92-3,21)	0,089
Dentistas e técnicos de odontologia	11,8	1,57 (0,68-3,67)	0,293
Bioquímicos e técnicos de laboratório	9,3	1,20 (0,39-3,74)	0,751
Profissionais envolvidos com a vigilância	24,3	3,77 (1,97-7,20)	<0,001***
Agentes comunitários de saúde	18,6	2,68 (1,49-4,84)	0,001**
Fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, psicólogos e afins	8,7	1,12 (0,24-5,15)	0,888
Profissionais técnicos de nível superior	8,8	1,13 (0,40-3,18)	0,821
Profissionais técnicos de nível médio	14,5	1,99 (1,10-3,59)	0,023*
Administrativos, serviços gerais e outros	20,1	2,94 (1,71-5,07)	<0,001***
Tempo de trabalho no serviço público			
Até 10 anos	16,2	1,00	
Acima de 10 anos	15,0	0,91 (0,70-1,18)	0,478
Tempo de trabalho na unidade atual			
Até 5 anos	16,6	1,00	
Acima de 5 anos	14,7	0,86 (0,66-1,12)	0,274
Regime de trabalho			
Diurno	16,0	1,00	
Noturno	11,3	0,67 (0,28-1,59)	0,364
Vínculo atual			
Municipal com concurso	12,7	1,00	
Municipalizado	18,4	1,56 (1,03-2,36)	0,037*
Contratado sem concurso (celetista)	21,0	1,83 (1,37-2,44)	<0,001***
Estagiário	13,3	1,06 (0,44-2,56)	0,893
Possui outro trabalho			
Não	15,6	1,00	
Sim	14,6	0,93 (0,69-1,24)	0,606
Jornada neste trabalho (em horas)			
Até 36	15,3	1,00	
40 a 44	15,6	1,02 (0,78-1,32)	0,887
Jornada total (em horas)			
Até 36	17,2	1,00	
37 a 44	14,8	0,84 (0,59-1,20)	0,342
45 ou mais	16,0	0,92 (0,62-1,35)	0,661
Rendimento bruto mensal (em reais)			
Até 600	17,7	1,00	
De 601 a 1200	18,5	1,06 (0,76-1,47)	0,738
Acima de 1201	12,6	0,67 (0,48-0,93)	0,017*

Tabela 6: Prevalência de fumantes segundo características do trabalho e resultados da análise univariável. Trabalhadores municipais da saúde de Belo Horizonte, M.G. – 2009.

Variáveis	P (%)	OR (IC 95%)	Valor-p
Relação entre exigências e recursos disponíveis			
Boa	18,4	1,00	
Regular	13,7	0,70 (0,53-0,93)	0,013*
Ruim/muito ruim	16,4	0,87 (0,59-1,28)	0,477
Condições do ambiente de trabalho			
Ótimas	21,4	1,00	
Satisfatórias	13,8	0,59 (0,39-0,89)	0,012*
Razoáveis	15,4	0,67 (0,46-0,99)	0,044*
Precárias	14,5	0,63 (0,43-0,91)	0,013*
Demanda física do trabalho			
Baixa	17,3	1,00	
Alta	12,4	0,67 (0,50-0,91)	0,009*
Aspectos psicossociais do trabalho			
Modelo demanda-controle (JCQ)			
Baixa exigência	14,0	1,00	
Trabalho passivo	17,2	1,27 (0,85-1,89)	0,237
Trabalho ativo	16,2	1,18 (0,78-1,79)	0,426
Alta exigência	14,9	1,07 (0,70-1,63)	0,750
Suporte social			
Baixo	14,7	1,00	
Alto	15,3	1,05 (0,80-1,38)	0,736
Demanda emocional do trabalho			
Baixa	19,4	1,00	
Alta	14,2	0,69 (0,52-0,91)	0,009*

Tabela 7: Prevalência de tabagismo e resultados da análise multivariável. Trabalhadores municipais da saúde de Belo Horizonte, M.G. – 2009.

Variáveis	RC (IC 95%)	Valor-p
Sexo		
Feminino	1,00	
Masculino	1,98 (1,45-2,70)	<,001***
Cargo		
Médicos	1,00	
Enfermeiros e técnicos de enfermagem	2,31 (1,21-4,41)	0,011*
Dentistas e técnicos de odontologia	1,88 (0,80-4,44)	0,149
Bioquímicos e técnicos de laboratório	1,04 (0,29-3,74)	0,958
Profissionais envolvidos com a vigilância	3,59 (1,87-6,91)	<,001***
Agentes comunitários de saúde	3,58 (1,94-6,61)	<,001***
Fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, psicólogos e afins	1,33 (0,29-6,22)	0,713
Profissionais técnicos de nível superior	1,38 (0,48-3,93)	0,550
Profissionais técnicos de nível médio	2,45 (1,33-4,51)	0,004**
Administrativos, serviços gerais e outros	2,87 (1,64-5,01)	0,001**
Relação entre exigências e recursos disponíveis		
Boa	1,00	
Regular	0,70 (0,51-0,94)	0,020*
Ruim/muito ruim	0,86 (0,56-1,33)	0,499

6 DISCUSSÃO

A prevalência de tabagismo nesta amostra de TS vinculados à rede pública municipal de Belo Horizonte (15,7%) foi ligeiramente superior àquela estimada para a população geral do mesmo município (15,4%) em 2009. Esta proporção de fumantes é alta, considerando-se a especificidade da amostra composta de TS, os quais, teoricamente, estão mais cientes dos efeitos nocivos do consumo de tabaco, comparados à população geral. Vale, contudo ressaltar que, no caso dos TS atuando em cargos administrativos e de serviços gerais, apesar de não necessariamente possuírem formação acadêmica em saúde, convivem com os profissionais da área e com as mazelas dos efeitos do vício.

Este fato é preocupante, já que estudos evidenciam maior interesse e implicação dos TS em estimular os pacientes a adotarem práticas cujos benefícios são conhecidos por eles próprios em suas experiências pessoais (MACHADO; ASSUNÇÃO, 2012; SIQUEIRA et al, 2009). Estes mesmos autores defendem que ao aplicarem os protocolos de intervenção em saúde aos usuários, os TS extraem aprendizados para si mesmos. Portanto, a alta prevalência de tabagismo entre TS pode também indicar ausência ou falha na aplicação dos protocolos de prevenção e cessação do tabagismo nos serviços, pois quando algum é implementado, acaba também alcançando os TS.

A prevalência de tabagismo encontrada na população deste estudo foi, no entanto, inferior àquela encontrada em nossa revisão de literatura sobre TS, tanto nacional quanto internacional. Acreditamos que essa situação pode ser atribuída ao fato de que o presente estudo englobou todas as categorias profissionais, sem distinção entre as prevalências de cada cargo. Considerando também a redução do consumo de tabaco ao longo dos anos, observada nas pesquisas nacionais, e a proximidade entre a prevalência de tabagismo entre TS e população geral, típica dos países em desenvolvimento, a prevalência encontrada é plausível.

Convém destacar que as variáveis idade, sexo e renda, normalmente utilizadas como variáveis de controle em estudos de saúde pública foram consideradas como tal nesta pesquisa.

Convergente com a literatura correlata, houve maior prevalência de fumo entre os homens, conforme observado na população geral em países em desenvolvimento (WHO, 2008b; BRASIL, 2009). Este resultado, que foi estatisticamente significativo, manteve-se no modelo final, mesmo na presença de outras variáveis.

Quanto à idade, apesar de não ter havido associação com o tabagismo, houve considerável proporção de fumantes acima de 47 anos, em consonância aos resultados da PNAD 2008 (BRASIL, 2009). Para Monteiro et al. (2007), existe um provável efeito coorte indicado pelo declínio mais intenso do tabagismo em grupos etários mais jovens, subgrupo populacional mais alcançado pelos programas de combate ao hábito tabágico. No entanto, a maior parte dos fumantes se encontrava na faixa de até 34 anos, fato surpreendente, considerando a tendência de queda na prevalência de tabagismo entre jovens. Convém ressaltar que, considerando que mais de 70% da amostra se compõem de mulheres, e a tendência de queda na prevalência de tabagismo vem ocorrendo mais lentamente neste sexo (WHO, 2008b), pode-se supor que haja influência do gênero nestes resultados.

A variável cor também não se associou ao tabagismo, entretanto encontrou-se maior proporção de tabagistas no grupo não branco, fato corroborado por outras publicações (BRASIL, 2009; WHO, 2009). Confirmando as disparidades raciais em saúde, King et al (2011) verificaram menor grau de participação de não brancos em programas de cessação do tabagismo.

O mesmo ocorreu com a variável situação conjugal, a qual não se associou ao tabagismo. No entanto, observou-se maior proporção de fumantes entre aqueles que relataram viver sem companheiro (a), fato também observado em outros estudos (BROMS et al, 2004; CHO et al, 2008; VAN LONN et al, 2005).

No tocante ao grau de escolaridade, encontrou-se um gradiente de exposição, caracterizado por uma relação inversa, gradual e significativa na análise univariável, entre menor escolaridade e maior chance de ser tabagista. Estes achados foram convergentes com a literatura referente aos TS em países em desenvolvimento e à população geral brasileira (AL-EISA, 2006; BRASIL, 2009; OPALEYE et al, 2012; SILVA et al, 2009). Segundo Opaleye et al. (2012), a baixa escolaridade pode ser

considerada um marcador de baixo acesso ao conhecimento e de baixa compreensão sobre os efeitos deletérios do tabaco sobre a saúde. Contudo, o achado não se sustentou na análise multivariável.

Quanto às condições de saúde, houve associação negativa entre tabagismo e episódio de absenteísmo nos últimos 12 meses no modelo univariável. Embora grande parte dos estudos apontem relação positiva entre absenteísmo e comportamentos nocivos (LANA et al, 2005; GORMAN et al, 2010; VIRTANEN, 2005), este resultado pode ser explicado por um possível efeito de confusão promovido pela variável vínculo, conforme relatado em pesquisas anteriores (ROELEN et al., 2006; VIRTANEN et al, 2002). Considerando que há associação positiva entre vulnerabilidade do vínculo e tabagismo, possivelmente a maior proporção de tabagistas encontrada no grupo contratado poderia explicar a menor chance de absenteísmo. Efetuou-se, portanto, análise estratificada por tipo de vínculo e verificou-se similaridade na magnitude das associações nos diferentes estratos, corroborando a hipótese de ser o tipo de vínculo um fator de confusão. Segundo Virtanen et al (2003), a situação encontrada é compatível com o presenteísmo relacionado à ameaça de perda do emprego, ou seja, a insegurança do vínculo é um fator que pode levar à diminuição do absenteísmo entre contratados.

Quanto à ocupação, os achados concordaram com estudos anteriores, que estabeleceram associação entre tabagismo e cargos em que há exigência de menor nível de escolaridade e maior esforço braçal (BARROS et al, 2011). Concordaram também com estudos que apontaram associação do tabagismo com TS dedicados a atividades administrativas, de serviços gerais e outros (BELLO et al, 2004; PEIDRÓ et al, 2008; AL-EISA et al, 2006). Cabe salientar, comparativamente aos médicos, a chance aumentada de tabagismo entre agentes comunitários de saúde e dos enfermeiros e técnicos de enfermagem obtida no modelo final, profissionais que lidam diretamente com os usuários de serviços de saúde.

Com relação ao tipo de vínculo empregatício, os achados também foram compatíveis com a literatura correlata (GIATTI, BARRETO, 2011). A precariedade do vínculo esteve positivamente associada ao tabagismo e em escala crescente, do tipo municipalizado para o contratado, no modelo univariável. Contudo, o resultado não se manteve no modelo final.

Também houve associação negativa entre tabagismo e renda bruta mensal relativa ao trabalho na unidade na análise univariável, situação esperada segundo a literatura, que aponta tendência de relação inversa e gradual entre essas duas variáveis (BARROS et al, 2011; BRASIL, 2009; WHO, 2012).

Quanto às características do trabalho, os resultados da análise univariável evidenciaram associação negativa entre piores condições de trabalho e tabagismo. Entre os participantes tabagistas, foi menor a chance de relato de condições ambientais sub-ótimas, relação regular entre exigências e recursos disponíveis, alta demanda física e alta demanda emocional do trabalho. De fato, alguns estudos apontam associação positiva entre tabagismo e relato de situação de trabalho estressante em trabalhadores europeus (HEIKKILA et al, 2012; PERETTI-WATEL et al, 2009), além de efeito atenuador do suporte social sobre a relação entre tabagismo e alta demanda de trabalho em trabalhadores de manufaturas nos Estados Unidos (SAPP, 2010). Radi et al (2007) verificaram associação entre fatores estressores no trabalho e tabagismo na população geral australiana, com diferentes padrões por sexo. Estes autores encontraram associação negativa entre trabalho ativo ou com alta exigência e prevalência de tabagismo, apenas em mulheres. O mesmo estudo, por outro lado, encontrou associação positiva entre tabagismo e alta pressão no trabalho apenas em homens e entre tabagismo, demanda física e demanda psicológica apenas em mulheres. Já Andersen et al (2008) não encontraram associação entre condições de trabalho e prevalência de tabagismo entre trabalhadores empregados da população geral dinamarquesa e sueca. Limitações quanto à construção das variáveis deste bloco (discutidas em seção própria deste estudo) podem dificultar a compreensão das relações encontradas e a discussão com a literatura citada, que, por sua vez, é referente à outras populações de trabalhadores, diferentes dos TS.

No presente estudo, a relação regular entre exigências e recursos disponíveis, comparativamente à boa relação, revelou-se protetora ao hábito tabágico na análise univariável e multivariável e a magnitude do efeito foi semelhante e estatisticamente significativa nos dois modelos. Este resultado não é intuitivo. Não encontramos estudos sobre a relação entre tabagismo e condições de trabalho especificamente em TS. No entanto, considerando o fator tempo como um dos recursos necessários para execução

das tarefas, Boeuf-Cazou et al (2011) observaram que indivíduos sujeitos a responsabilidades profissionais sobre pressão de tempo são perfis de trabalhadores mais vulneráveis ao tabagismo. Nossos resultados indicam, entretanto, que o controle por variáveis de categoria profissional, que poderia ser considerada parte de uma *proxy* a esta pressão do tempo, não modificou o efeito.

7 CONCLUSÃO

Trata-se de estudo pioneiro na análise da relação entre tabagismo e variáveis relacionadas às condições de trabalho, além das condições de saúde e características individuais, em uma amostra representativa de TS vinculados ao SUS de um município brasileiro.

Este estudo mostrou características associadas ao tabagismo entre TS e evidenciou grupos que devem ser considerados como alvos prioritários das ações de prevenção e cessação do hábito tabágico.

Considerando o potencial preditivo das características relacionadas ao emprego e trabalho sobre o tabagismo, deve-se atentar para ações de prevenção e cessação do hábito no próprio ambiente laboral. Apesar da associação inconsistente entre condições de trabalho e tabagismo, encontrada nesta pesquisa, estudos conduzidos na Austrália e Espanha, advogam que intervenções no ambiente de trabalho tendem a diminuir a prevalência do tabagismo entre TS (JONES, WILLIAMS, 2010; MARTÍNEZ, 2012). Fujishiro et al (2012) constataram o impacto do hábito tabágico entre colegas de trabalho como preditor negativo para a cessação do vício, principalmente em ocupações de menor escolaridade.

Recomenda-se também ampliar a oferta de serviços de prevenção e controle do tabagismo nas instituições de saúde. Esta tarefa exige capacitação dos profissionais da área, considerando o seu papel na redução da prevalência do hábito tabágico. Knudsen et al (2012) mostram que existem também barreiras estruturais e culturais a serem enfrentadas para a adoção dos protocolos de intervenção nos serviços de saúde, tanto naqueles específicos para tratamento da dependência, quanto gerais.

As políticas de saúde já estabelecidas ou em implementação devem considerar, portanto os aspectos revelados neste estudo. As características individuais, do emprego e de condições de trabalho associadas ao tabagismo sugerem a existência de perfis vulneráveis de TS e podem indicar caminhos para a busca de melhor eficácia das intervenções em saúde do trabalhador do SUS. Neste sentido, estudo recente com enfermeiras francesas destaca a importância de se reforçar as estratégias da Convenção-

Quadro de Controle do Tabagismo também entre a população de TS (FATHALLAH et al, 2012). Já os autores de uma pesquisa com trabalhadores de um hospital espanhol defendem a eficácia de programas de cessação do tabagismo baseados em protocolo próprio, que inclui serviço educativo, tratamento medicamentoso e psicoterápico individual e grupal, grupos de suporte e divulgação constante de campanhas no ambiente de trabalho (MARTÍNEZ et al, 2012).

Finalmente, mais estudos são necessários para se compreender melhor os resultados, principalmente aqueles inesperados.

8 LIMITAÇÕES

A seleção das variáveis explicativas foi efetuada considerando-se tratar de um estudo exploratório, no qual um conjunto de variáveis foi investigado (portanto, não havia uma hipótese principal sob análise) e de um banco de dados ainda pouco explorado.

O delineamento seccional limita a possibilidade de se estabelecer relação de causalidade direta neste estudo, apesar de boa parte das associações encontradas serem consistentes com a literatura.

Cabe mencionar que a informação derivada de questionários autoaplicáveis pode não corresponder à frequência real de uso de tabaco na população estudada. No entanto, conforme constatado por Wells et al (1998), verificou-se alta correlação entre o relato neste tipo de questionário e biomarcadores de consumo de tabaco, com baixas taxas de classificação errônea.

Entre os fumantes atuais, a ausência de dados relativos à frequência do uso de tabaco, a idade em que iniciaram o vício, o tipo e quantidade de cigarros fumados por dia impedem a hierarquização do gradiente de exposição. O que também ocorre entre os ex-fumantes, já que o questionário não fornece informações sobre o tempo transcorrido entre o abandono do hábito até a realização da pesquisa. Convém lembrar exposição passiva ao fumo, também não explorada no questionário, porém associada ao risco aumentado de doenças relacionadas ao tabagismo (OLIVEIRA; SALES, 2004).

Outro fator limitante para a análise pormenorizada das associações encontradas é a ausência de dados relativos ao conhecimento, atitudes e percepções dos respondentes frente ao hábito tabágico.

A comparação entre estudos similares que incluíram a covariável renda é prejudicada pela impossibilidade de se obter, através das respostas do questionário, a renda per capita, forma comum de utilização desta variável em estudos populacionais. Apenas a renda individual do respondente relativa ao trabalho na unidade em que foi entrevistado pode ser analisada.

Os resultados do estudo podem sofrer influência do efeito do trabalhador sadio, apesar de este ser mais destacado em relação às características de condições de saúde da população trabalhadora. De qualquer forma, trata-se de fenômeno observado em

pesquisas que abordam saúde ocupacional e no presente estudo, muitas das comparações são feitas com base em estudos populacionais.

Algumas variáveis, tais como demanda física e condições do ambiente de trabalho foram construídas com base em respostas a questões elaboradas sem base em instrumentos validados.

A variável condições de trabalho agrupou características de naturezas diferentes relativas ao ambiente físico, como conforto térmico, iluminação e mobiliário, o que pode tornar o constructo demasiadamente complexo e levar a classificações errôneas.

Com relação às variáveis qualitativas, o objetivo das recategorizações foi, principalmente, reduzir a variância de categoria(s) com poucas observações e, assim, evitar hipersensibilidade aos testes de comparação entre grupos.

Já a categorização arbitrária das variáveis contínuas pode levar à perda de informação e confusão residual. Buscou-se, também, por meio desta estratégia, minimizar o inconveniente relacionado à presença de preditores contínuos, já que não podemos assumir que a variação no logaritmo da chance por unidade de variação da variável independente seja a mesma ao longo de toda a distribuição de valores da variável (SZKLO e NIETO, 2007).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AL-EISA I.S. et al. Smoking among health care workers of the Capital Governorate Health Region, Kuwait: prevalence and attitudes. *Kuwait Medical Journal*, v. 38, n.2, p.100-106, jun. 2006.
- AL-LAWATI, J.A.; NOOYI, A.S.C.; AL-LAWATIB A.M. Knowledge, attitudes and prevalence of tobacco use among physicians and dentists in Oman. *Ann Saudi Med*. v.29. n.2, p. 128-133, mar-apr 2009.
- ANDERSEN, I. et al. Does job strain mediate the effect of socioeconomic group on smoking behaviour? The impact of different health policies in Denmark and Sweden. *Scandinavian Journal of Public Health*, v. 36, p. 598-606, 2008.
- ANTAL, M. et al. Attitudes of Hungarian dental professionals to tobacco use and cessation. *Cent Eur J Public Health*, v. 20, n. 1, p. 45-9, mar. 2012.
- ARAÚJO T.M et al. Aspectos psicossociais do trabalho e distúrbios psíquicos entre trabalhadoras de enfermagem. *Rev Saúde Pública*, v. 37, n. 4, p. 424-33, 2003a.
- ARAÚJO T.M., GRAÇA C.C., ARAÚJO E.A. Estresse ocupacional e saúde: contribuições do Modelo Demanda-Control. *Ciênc Saúde Coletiva*, v. 8, n. 4, p. 991-1003, 2003b.
- ARAÚJO T.M, PINHO P.S, ALMEIDA M.M. Prevalência de transtornos mentais comuns em mulheres e sua relação com as características sociodemográficas e o trabalho doméstico. *Rev Bras Saúde Matern Infant*, v. 5, n. 3, p. 337-48, 2005.
- ASSUNÇÃO, A.A.; BRITO, J. (orgs). *Trabalhar na saúde: experiências cotidianas e desafios para a gestão do trabalho e do emprego*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011, 213p.
- ASSUNÇÃO, A.A; MACHADO, A.F; ARAÚJO, T.M. Vulnerabilidades ocupacionais e percepção de saúde em trabalhadores do SUS. *R. bras. Est. Pop.*, v. 29, n. 1, p. 147-167, 2012.
- BALBANI A.P.S. et al. Tabagismo, abandono do fumo e os otorrinolaringologistas do Estado de São Paulo. *Revista Brasileira de Otorrinolaringologia*, v. 72, n. 1, p. 96-103, jan/fev. 2006.
- BARROS, A.J.D. et al. Tabagismo no Brasil: desigualdades regionais e prevalência segundo características ocupacionais. *Ciência e Saúde Coletiva*. v. 16, nº 9, p. 3707-16, 2011.
- BELLO, S. et al. Encuesta nacional de tabaquismo en funcionarios de salud. *Rev Méd Chile*, v. 132, p. 223-32, 2004.

BOEUF-CAZOU O. et al. Profile of psychoactive substances consumption in workplace. *Therapie*. v. 66, p. 155-65, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. *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, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.035 de 13 ago. 2004. *Diário Oficial*, Brasília, 17 ago. 2004. Seção 1, p. 62.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD): tabagismo 2008*. Rio de Janeiro, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Prevenção: Maria fumaça. *Rede Câncer*. v.12, p.14-16, nov. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Vigitel Brasil 2009: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico*. Brasília, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Protocolo Nº 008/2011 da Mesa Nacional De Negociação Permanente Do Sistema Único De Saúde – MNNP – SUS*. Brasília, 2011. Disponível em: <<http://www.sindifars.com.br/protocolo08.pdf>>. Acesso em 19 dez. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. *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*. Rio de Janeiro, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 1823 de 23 ago. 2012. *Diário oficial*, Brasília, 24 ago. 2012. Seção I, p. 46-51.

BROMS, U. et al. Smoking cessation by socioeconomic status and marital status: the contribution of smoking behavior and family background. *Nicotine Tob Res*. v. 6, n.3, p. 447-55, 2004.

CHO, H.J et al. Marital status and smoking in Korea: The influence of gender and age. *Social Science & Medicine*. v. 66, n. 3, p. 609-619, 2008.

DAWSON, A.P. et al. “I know it's bad for me and yet I do it” - exploring the factors that perpetuate smoking in Aboriginal Health Workers – a qualitative study. *BMC Health Services Research*. v. 12, n.102, 21 p., apr 2012.

ERIKSEN, W. Work factors as predictors of smoking relapse in nurses' aides. *Int Arch Occup Environ Health*. v. 79, p. 244-50, oct 2006.

FATHALLAH, N. et al. Three-year follow-up of attitudes and smoking behavior among hospital nurses following enactment of France's national smoke-free workplace law

International Journal of Nursing Studies. v. 49, n. 7, p. 803–810, 2012.

FUJISHIRO, K. et al. Occupational Gradients in Smoking Behavior and Exposure to Workplace Environmental Tobacco Smoke The Multi-Ethnic Study of Atherosclerosis. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*. v. 54, n. 2, p. 136-145, 2012.

GIATTI, L.; BARRETO, S.M. Tabagismo, situação no mercado de trabalho e gênero: análise da PNAD 2008. *Cadernos de Saúde Pública*. v. 27. n. 6, p. 1132-42, jun. 2011.

GORDIS, L. *Epidemiologia*. 4.ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2010, 372p.

GORMAN. E. et al. When healthcare workers get sick: Exploring sickness absenteeism in British Columbia, Canada. *Work*. V. 35, p. 117–123, 2010.

HEIKKILA K, et al. Job Strain and Tobacco Smoking: An Individual-Participant Data Meta- Analysis of 166 130 Adults in 15 European Studies. *PLoS ONE*. v. 7, p. 1-7, 2012.

JIANG, Y. et al. Chinese physicians and their smoking knowledge, attitudes and practices. *Am J Prev Med*, v.33, n.1, p.15-22, jul.2007.

JONES T. E.; WILLIAMS, J. Smoking prevalence and perspectives on smoking on campus by employees in Australian teaching hospitals. *Internal Medicine Journal*. p. 311-316, 2010.

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

KING, A. Racial Differences in Eligibility and Enrollment in a Smoking Cessation Clinical Trial. *Health Psychol*. v. 30, n. 1 p. 40–48, 2011.

KNUDSEN, H.K.; STUDTS, C.R.; STUDTS, J.L. The Implementation of Smoking Cessation Counseling in Substance Abuse Treatment. *J Behav Health Serv Res*. v.39, n.1, p.28-41, 2012.

LANA, A.T. et al. Smoking and sickness absence among public health workers. *Public Health*. v. 119, p. 144–149, 2005.

LUGO, N.S.; HERNÁNDEZ, M.C.; NEGRÍN, S.H. El tabaquismo en los profesionales de la salud en el municipio Habana Vieja. *Rev Cubana Salud Pública*, v. 36, n. 2, jun. 2010.

MACHADO, J.M.H; ASSUNÇÃO, A.A. (orgs.) *Panorama da saúde dos trabalhadores da saúde*. Belo Horizonte: UFMG/Faculdade de Medicina, 2012, 164 p.

MARTÍNEZ, C. et al. Smoking Cessation in Hospital Workers Effectiveness of a Coordinated Program in 33 Hospitals in Catalonia (Spain). *Cancer Nursing*. v. 35, p. 327-336, 2012.

MINAYO-GOMES C.; MACHADO J.M.H; PENA, P.G.L. (orgs). *Saúde do trabalhador na sociedade brasileira contemporânea*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011, 539p.

MIRRA, AP; ROSEMBERG, J. Inquérito sobre prevalência do tabagismo na classe médica brasileira. *Rev Assoc Med Bras*. v. 43, n. 3, 1997, p. 209-16.

MONTEIRO, C. A. et al. Population-based evidence of a Strong decline in the prevalence of smokers in Brazil (1989-2003). *Bull World Health Organ*, v. 85, p. 527-534, 2007.

OLIVEIRA, M.V.P.; SALES, M.P.U. Tabagismo passivo. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*. v. 30, supl 2, p.65-7, ago. 2004.

OPALEYE, E.S. et al. The Brazilian smoker: a survey in the largest cities of Brazil. *Rev Bras Psiquiatr*. v. 34, p. 43-51, 2012.

PEIDRÓ E.C. et al. Prevalence of smoking among dentists in Catalonia – Spain (2006): Literature review of smoking cessation practices in the dental office. *Medicina Oral Patologia Oral y Cirugia Bucal*. v. 13, n. 10, p. E671-7, oct. 2008.

PEREIRA, M.G. Os médicos e o fumo. *Bras. Med*. v. 36, p. 69-71, 1999.

PERETTI-WATEL P. et al. Working conditions, job dissatisfaction and smoking behaviours among French clerks and manual workers. *Occup Environ Med*. v. 51, p. 343-50, 2009.

PÉREZ, P. V. et al. Tabaquismo y sus catacterísticas em trabajadores de la salud. *Rev Cubana Med Gen Integr*. v. 6, nº 3, p. 221-6, 2000.

RADI et al. Job Stress and Other Working Conditions: Relationships with Smoking Behaviors in a Representative Sample of Working Australians. *American Journal of Industrial Medicine*. v. 50, p. 584–596, 2007.

RAW, M. Smoking in health professionals. *J. bras. pneumol.*, v.30, n.3, p. 194, mai-jun. 2004.

RIBALDO, I.R. *Uso de Tabaco, estresse e fatores associados entre trabalhadores de uma universidade pública*. 2011. 103 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2011.

ROELEN C.A.M. et al. Identifying workers at risk of sickness absence by questionnaire. *Occupational Medicine*. v. 56, p. 442–446, 2006.

SALMERÓN-CASTRO, J. et al. Tabaquismo en profesionales de la salud del Instituto Mexicano del Seguro Social, Morelos. *Salud Pública de México*, v. 44, n. 1, p. 67-75, 2002.

SANTOS K.O.B, ARAÚJO T.M, OLIVEIRA N.F. Estrutura fatorial e consistência interna do *Self-Reporting Questionnaire* (SRQ-20) em população urbana. *Cad Saúde Pública*, v. 25, n. 1, p. 214-222, 2009.

SAPP, A.L et al. Does workplace social capital buffer the effects of job stress? A cross-sectional, multilevel analysis of cigarette smoking among U.S. manufacturing workers. *J Occup Environ Med*, v. 52, n. 7, p.740-50, 2010.

SARNA L et al. Are quit attempts among U.S. female nurses who smoke different from female smokers in the general population? An analysis of the 2006/2007 tobacco use supplement to the current population survey. *BMC Women's Health*, v. 12, n.4, 2012.

SILVA, G.A. et al. Tabagismo e escolaridade no Brasil, 2006. *Rev Saúde Pública*. v. 43 n. 2 p. 48-56, 2009.

SIQUEIRA F.C.V. et al. Atividade física em profissionais de saúde do Sul e Nordeste do Brasil. *Cad. Saúde Pública*, v. 25, n. 9, p.1917-1928, 2009.

SZKLO M., NIETO F.J. *Epidemiology: Beyond the Basics*. Jones and Bartlett Publishers, 2007. 2 ed. 489 p.

SOUZA S.F. et al. Fatores psicossociais do trabalho e transtornos mentais comuns em eletricitários. *Rev Saúde Pública*, v.44, n.4, p. 710-7, 2010.

SMITH, D. R.; LEGGAT, P. A. *Smoking among healthcare professionals*. Sydney: Darlington Press, 2011, 104p.

VAN LOON, A.J.M. et al. Determinants of smoking status: cross-sectional data on smoking initiation and cessation. *European Journal of Public Health*. v. 15, n. 3, p. 256–261, 2005.

VENY, M.B. et al. Self-perceived factors associated with smoking cessation among primary health care nurses: a qualitative study. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v. 19, n. 6, p. 1437-44, nov-dec. 2011.

VIEGAS, C. A.; ANDRADE, A. P. A.; SILVESTRE, R. S. Características do tabagismo na categoria médica do Distrito Federal. *J Bras Pneumol*. v. 33, n. 1, p. 76-80, 2007.

VIRTANEN M. et al. Selection from fixed term to permanent employment: prospective study on health, job satisfaction, and behavioural risks. *J Epidemiol Community Health*. v. 56, p. 693–699, 2002.

VIRTANEN, M. et al. From insecure to secure employment: changes in work, health, health related behaviours, and sickness absence. *Occup Environ Med*. v. 60, p. 948–953, 2003.

VIRTANEN, M. et al. Labor Market Trajectories and Health: A Four-Year Follow-up Study of Initially Fixed-Term Employees. *Am J Epidemiol*. v. 161, p. 840-846, 2005.

WELLS J, et al. Misclassification rates for current smokers misclassified as nonsmokers. *Am J Public Health*, v. 88, n° 10, p.1503-93, oct.1998.

WHO (World Health Organization). *World health statistics 2008*. Geneva, 2008a. Disponível em: < http://www.who.int/whosis/whostat/EN_WHS08_Full.pdf>. Acesso em: 19 dez. 2013.

WHO (World Health Organization). *WHO Report on the global tobacco epidemic, 2008*. Geneva, 2008b. Disponível em: <http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241596282_eng.pdf>. Acesso em: 19 dez. 2013.

WHO (World Health Organization). *WHO Report on the global tobacco epidemic, 2009*. Geneva, 2009. Disponível em: < http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241563918_eng_full.pdf>. Acesso em: 19 dez. 2013.

WHO (World Health Organization). *Global Atlas of the Health Workforce*. Geneva: World Health Organization, 2009.

WHO (World Health Organization). *WHO Report on the global tobacco epidemic, 2011: Warning about the dangers of tobacco*. Geneva: World Health Organization, 2011.

WHO (World Health Organization). *Adult tobacco surveys in WHO member states*. Geneva, 2012. Disponível em: < http://www.who.int/.../tobacco/.../appendix_4_crude_a>. Acesso em: 19 dez. 2013.

ANEXO A1 – Folha de aprovação do Comitê de Ética em pesquisa da Prefeitura de Belo Horizonte



COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA-SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE BELO HORIZONTE (CEP-SMSA/PBH)

Avaliação de projeto de pesquisa – **Protocolo 054/2006**

Projeto: Condições de Emprego, Condições de Trabalho e Saúde dos Trabalhadores de Saúde"

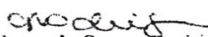
Pesquisadora: Maria Cristina Ramos de Vasconcellos

Pesquisador Responsável:

- 1) Ada Avila Assunção (coordenação)
- 2) Soraya Almeida Belisário (coordenação)
- 3) Luciana Souza d'Avila (Bolsista do Projeto)
- 4) Maria Cristina Ramos de Vasconcellos Coelho (Mestranda / Programa de Pós-graduação em Saúde Pública/UFMG)
- 5) Vivian Patrícia Andrade de Souza (Bolsista do Projeto)
- 6) Juliana da Costa Martins

O projeto acima referido cumpriu os requisitos da resolução 196/96 da CONEP, tendo sido aprovado na reunião do Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte.

O relatório final ou parcial deverá ser encaminhado ao CEP um ano após início do projeto ou ao final deste, se em prazo inferior a um ano


Celeste de Souza Rodrigues
Coordenadora do CEP-SMSA/PBH

Belo Horizonte, 01 de dezembro de 2006

ANEXO A2 – Folha de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG

	Universidade Federal de Minas Gerais <i>Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG - COEP</i>
--	--

Parecer nº. ETIC 542/07

Interessado(a): Profa. Ada Ávila Assunção
Departamento de Medicina Preventiva e Social
Faculdade de Medicina-UFMG

DECISÃO

O Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG – COEP aprovou, no dia 28 de novembro de 2007, o projeto de pesquisa intitulado "**Condições de emprego, condições de trabalho e saúde dos trabalhadores da saúde**" bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

O relatório final ou parcial deverá ser encaminhado ao COEP um ano após o início do projeto.


Prof. Maria Teresa Marques Amaral
Coordenadora do COEP-UFMG

ANEXO B – Questionário da pesquisa



Humanus
MEDICINA PREVENTIVA E SOCIAL - UFMS



PROFISSIONAIS DA SAÚDE PESQUISA SOBRE CONDIÇÕES DE SAÚDE E TRABALHO

Início:	horas	min.
Final:	horas	min.

Número do Questionário: _____

Data: ____/____/20____

Este **questionário** é individual e confidencial. Por favor, é fundamental que você responda a todas as perguntas, pois a ausência de uma resposta pode invalidar sua avaliação. Suas respostas deverão refletir sua realidade, como você entende e vivencia seu trabalho. Assim, solicitamos que não troque idéias com os colegas antes de responder este questionário.

Bloco I Identificação Geral Informações Sociodemográficas

1. Sexo: <input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> Masculino	2. Idade: ____ anos	3. Tem filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Quantos filhos: ____
--	----------------------------	--

4. Situação conjugal: <input type="checkbox"/> Solteiro (a) <input type="checkbox"/> Casado (a) <input type="checkbox"/> União consensual, união estável	<input type="checkbox"/> Viúvo (a) <input type="checkbox"/> Divorciado(a)/separado(a)/desquitado(a)
--	--

5. Na escola, qual o último nível de ensino e a última série / grau que concluiu? <input type="checkbox"/> Ensino fundamental - Última série concluída: ____ série Ensino Médio - Série: <input type="checkbox"/> 1º ano <input type="checkbox"/> 2º ano <input type="checkbox"/> 3º ano Técnico: <input type="checkbox"/> Qual curso? [Anotar] _____ Ensino Superior: <input type="checkbox"/> Completo <input type="checkbox"/> Incompleto - Qual curso? [Anotar] _____ <input type="checkbox"/> Especialização <input type="checkbox"/> Mestrado <input type="checkbox"/> Doutorado
--

6. Dentre as alternativas abaixo, como você classificaria a cor da sua pele? <input type="checkbox"/> Branca <input type="checkbox"/> Amarela (oriental) <input type="checkbox"/> Parda <input type="checkbox"/> Origem indígena <input type="checkbox"/> Preta <input type="checkbox"/> Não sabe

Bloco 2 Informações Gerais sobre o seu Trabalho

1. Coloque o código correspondente ao cargo que você ocupa: Cód. _____ 2. Há quanto tempo você trabalha no serviço público? ____ anos ____ meses 3. Há quanto tempo você trabalha na unidade atual? ____ anos ____ meses 4. Você fez algum treinamento institucional para exercer sua função atual? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Se SIM , por favor, especifique qual _____ 5. Seu vínculo de trabalho atual é: <input type="checkbox"/> Municipal com concurso <input type="checkbox"/> Municipalizado - Qual vínculo? [Anotar] _____ <input type="checkbox"/> Contratado sem concurso <input type="checkbox"/> Estagiário
--



PROFISSIONAIS DA SAÚDE
PESQUISA SOBRE CONDIÇÕES DE SAÚDE E TRABALHO

6. Exerce cargo de:		
<input type="checkbox"/> 1 Nível elementar	<input type="checkbox"/> 2 Nível médio	<input type="checkbox"/> 3 Nível superior
<input type="checkbox"/> 4 Estagiário Ensino Superior	<input type="checkbox"/> 5 Estagiário Ensino Médio	
7. Seu regime de trabalho é:		
<input type="checkbox"/> 1 Diurno	<input type="checkbox"/> 2 Noturno	
<input type="checkbox"/> 3 Diurno em Regime de plantão	<input type="checkbox"/> 4 Noturno em Regime de plantão	
8. Qual a sua jornada real neste trabalho no município?		
<input type="checkbox"/> 1 Jornada semanal 8 horas	<input type="checkbox"/> 4 Jornada semanal 20 horas	<input type="checkbox"/> 7 Jornada semanal 36 horas
<input type="checkbox"/> 2 Jornada semanal 10 horas	<input type="checkbox"/> 5 Jornada semanal 24 horas	<input type="checkbox"/> 8 Jornada semanal 40 horas
<input type="checkbox"/> 3 Jornada semanal 12 horas	<input type="checkbox"/> 6 Jornada semanal 30 horas	<input type="checkbox"/> 9 Jornada semanal 44 horas
9. Você possui outro trabalho?		
<input type="checkbox"/> 1 Sim, na Prefeitura de BH	<input type="checkbox"/> 5 Sim, tenho outro emprego na iniciativa privada com carteira assinada	
<input type="checkbox"/> 2 Sim, em outra Prefeitura	<input type="checkbox"/> 6 Sim, tenho outro emprego na iniciativa privada sem carteira assinada	
<input type="checkbox"/> 3 Sim, no Estado	<input type="checkbox"/> 7 Sim, tenho outro trabalho por conta própria	
<input type="checkbox"/> 4 Sim, no nível Federal	<input type="checkbox"/> 8 Não tenho outro trabalho	
10. Qual a sua jornada total de trabalho ao longo da semana, considerando todas as suas atividades que geram renda? _____ horas semanais.		

Bloco 3 Sobre o seu Ambiente de Trabalho

1. Em geral, a ventilação do seu local de trabalho é:			
<input type="checkbox"/> 2 Precária	<input type="checkbox"/> 1 Razoável	<input type="checkbox"/> 0 Satisfatória	
2. Em geral, a temperatura do seu local de trabalho é:			
<input type="checkbox"/> 2 Precária	<input type="checkbox"/> 1 Razoável	<input type="checkbox"/> 0 Satisfatória	
3. Em geral, a iluminação em seu local de trabalho é:			
<input type="checkbox"/> 2 Precária	<input type="checkbox"/> 1 Razoável	<input type="checkbox"/> 0 Satisfatória	
4. Em geral, você considera as cadeiras e as mesas do seu local de trabalho:			
<input type="checkbox"/> 2 Precárias	<input type="checkbox"/> 1 Razoáveis	<input type="checkbox"/> 0 Satisfatórias	
5. Em geral, os recursos técnicos e equipamentos do seu local de trabalho são:			
<input type="checkbox"/> 2 Precários	<input type="checkbox"/> 1 Razoáveis	<input type="checkbox"/> 0 Satisfatórios	
6. No seu setor, existem equipamentos de proteção individual à sua disposição?			
<input type="checkbox"/> 0 Sim	<input type="checkbox"/> 1 Não	<input type="checkbox"/> 2 Não sei o que é isso	
Quais são eles? [ANOTAR] _____			
7. Você utiliza estes equipamentos?			
<input type="checkbox"/> 0 Sim	<input type="checkbox"/> 1 Não	<input type="checkbox"/> 8 Não se aplica	
Em caso afirmativo, qual(is)? _____			
8. A relação entre as exigências de suas tarefas e os recursos disponíveis para sua realização é:			
<input type="checkbox"/> 0 Boa	<input type="checkbox"/> 1 Regular	<input type="checkbox"/> 2 Ruim	<input type="checkbox"/> 3 Muito ruim
9. Você entra em contato com materiais biológicos, como sangue, fezes, urina, saliva, líquido amniótico etc?			
<input type="checkbox"/> 0 Nunca	<input type="checkbox"/> 1 Raramente	<input type="checkbox"/> 2 Às vezes	<input type="checkbox"/> 3 Sempre
10. Você entra em contato com radiação ionizante (raio X, tomografia, radioterapia, radiofármacos)?			
<input type="checkbox"/> 0 Nunca	<input type="checkbox"/> 1 Raramente	<input type="checkbox"/> 2 Às vezes	<input type="checkbox"/> 3 Sempre
11. Você entra em contato com gases anestésicos?			
<input type="checkbox"/> 0 Nunca	<input type="checkbox"/> 1 Raramente	<input type="checkbox"/> 2 Às vezes	<input type="checkbox"/> 3 Sempre



12. Você entra em contato com anti-sépticos, como PVP-I, álcool iodado, clorexidine, álcool etílico a 70%?	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Raramente	<input type="checkbox"/> Às vezes	<input type="checkbox"/> Sempre
13. Você entra em contato com agentes citotóxicos (quimioterápicos)?	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Raramente	<input type="checkbox"/> Às vezes	<input type="checkbox"/> Sempre
14. Você prepara e/ou administra medicamentos?	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Raramente	<input type="checkbox"/> Às vezes	<input type="checkbox"/> Sempre
15. Durante seu horário de trabalho, você adota posturas que podem gerar dores ou desconforto muscular no trabalho ou fora do trabalho?	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Raramente	<input type="checkbox"/> Às vezes	<input type="checkbox"/> Sempre
16. Seu trabalho exige que você fique em pé por muito tempo?	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Raramente	<input type="checkbox"/> Às vezes	<input type="checkbox"/> Sempre
17. Seu trabalho exige que você fique sentado por muito tempo?	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Raramente	<input type="checkbox"/> Às vezes	<input type="checkbox"/> Sempre
18. Seu trabalho exige que você ande muito?	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Raramente	<input type="checkbox"/> Às vezes	<input type="checkbox"/> Sempre
19. Seu trabalho exige que você levante, carregue ou empurre peso excessivo?	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Raramente	<input type="checkbox"/> Às vezes	<input type="checkbox"/> Sempre
20. Seu trabalho exige que você ajude o paciente a se movimentar ou levantar?	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Raramente	<input type="checkbox"/> Às vezes	<input type="checkbox"/> Sempre
21. Você fica sem fazer pausas durante a jornada?	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Raramente	<input type="checkbox"/> Às vezes	<input type="checkbox"/> Sempre
22. Você trabalha em rodízio de turnos?	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Raramente	<input type="checkbox"/> Às vezes	<input type="checkbox"/> Sempre
23. Você trabalha no turno noturno?	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Raramente	<input type="checkbox"/> Às vezes	<input type="checkbox"/> Sempre
24. Em geral, o ruído originado no seu local de trabalho é?	<input type="checkbox"/> Desprezível	<input type="checkbox"/> Razoável	<input type="checkbox"/> Elevado	<input type="checkbox"/> Insuportável
25. Em geral, o ruído originado fora do seu local de trabalho é?	<input type="checkbox"/> Desprezível	<input type="checkbox"/> Razoável	<input type="checkbox"/> Elevado	<input type="checkbox"/> Insuportável
26. Já tomou a vacina contra Febre Amarela?	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não sei/não me lembro	
Em caso afirmativo, há quanto tempo?	<input type="checkbox"/> Menos de 10 anos	<input type="checkbox"/> Mais de 10 anos		
27. Já tomou a vacina Anti-Rábica?	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não sei/não me lembro	
Em caso afirmativo, você recebeu:	<input type="checkbox"/> 1 dose	<input type="checkbox"/> 2 doses	<input type="checkbox"/> 3 doses	<input type="checkbox"/> Não sei/não me lembro
28. Já tomou a vacina contra Hepatite B?	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não sei/não me lembro	
Em caso afirmativo, você recebeu:	<input type="checkbox"/> 1 dose	<input type="checkbox"/> 2 doses	<input type="checkbox"/> 3 doses	
29. Já tomou a vacina contra Rubéola, Sarampo e Caxumba (tríplice viral)?	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não sei/não me lembro	
Em caso afirmativo, você recebeu:	<input type="checkbox"/> 1 dose	<input type="checkbox"/> 2 doses		
30. Já tomou a vacina contra Tétano?	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não sei/não me lembro	
Em caso afirmativo, você recebeu?	<input type="checkbox"/> Menos de 3 doses	<input type="checkbox"/> 3 doses ou mais, sendo a última há mais de 10 anos	<input type="checkbox"/> 3 doses ou mais, sendo a última há menos de 10 anos	



31. Já tomou a vacina contra Tuberculose (BCG)? Não Sim Não sei/não me lembro

32. Já tomou a vacina contra Varicela? Não Sim Não sei/não me lembro

Em caso afirmativo, você recebeu: 1 dose 2 doses

33. No setor onde você trabalha existe:

Recursos	0 Não	1 Sim
1. Recursos materiais suficiente para realizar as tarefas		
2. Tempo disponível para você se alimentar		
3. Lanche oferecido pelo empregador no local de trabalho		
4. Copa/refeitório		
5. Sala de descanso		
6. Acesso a sanitários para os trabalhadores no local de trabalho		
7. Escaninhos para guardar pertences		

34. No caso de não existir copa ou refeitório, três ou mais vezes por semana você almoça ou janta:

Em casa

No próprio local de trabalho em condições confortáveis

No próprio local de trabalho em condições desconfortáveis

Em restaurantes ou lanchonetes próximos ao seu local de trabalho

Em restaurantes ou lanchonetes distantes do seu local de trabalho

Não se aplica

Bloco 4 Características Psicossociais do Trabalho

Para as questões abaixo assinale a resposta que melhor corresponda à sua situação de trabalho.

Às vezes nenhuma das opções de resposta corresponde exatamente a sua situação; neste caso, escolha aquela que mais se aproxima de sua realidade.

1. Meu trabalho requer que eu aprenda coisas novas.	<input type="checkbox"/> Discordo fortemente	<input type="checkbox"/> Discordo	<input type="checkbox"/> Concordo	<input type="checkbox"/> Concordo fortemente
2. Meu trabalho envolve muita repetitividade.	<input type="checkbox"/> Discordo fortemente	<input type="checkbox"/> Discordo	<input type="checkbox"/> Concordo	<input type="checkbox"/> Concordo fortemente
3. Meu trabalho requer que eu seja criativo.	<input type="checkbox"/> Discordo fortemente	<input type="checkbox"/> Discordo	<input type="checkbox"/> Concordo	<input type="checkbox"/> Concordo fortemente
4. Meu trabalho permite que eu tome muitas decisões por minha própria conta.	<input type="checkbox"/> Discordo fortemente	<input type="checkbox"/> Discordo	<input type="checkbox"/> Concordo	<input type="checkbox"/> Concordo fortemente
5. Meu trabalho exige um alto nível de habilidade.	<input type="checkbox"/> Discordo fortemente	<input type="checkbox"/> Discordo	<input type="checkbox"/> Concordo	<input type="checkbox"/> Concordo fortemente
6. Em meu trabalho, eu tenho pouca liberdade para decidir como eu devo fazê-lo.	<input type="checkbox"/> Discordo fortemente	<input type="checkbox"/> Discordo	<input type="checkbox"/> Concordo	<input type="checkbox"/> Concordo fortemente
7. Em meu trabalho, posso fazer muitas coisas diferentes.	<input type="checkbox"/> Discordo fortemente	<input type="checkbox"/> Discordo	<input type="checkbox"/> Concordo	<input type="checkbox"/> Concordo fortemente
8. O que tenho a dizer sobre o que acontece no meu trabalho é considerado.	<input type="checkbox"/> Discordo fortemente	<input type="checkbox"/> Discordo	<input type="checkbox"/> Concordo	<input type="checkbox"/> Concordo fortemente



9. No meu trabalho, eu tenho oportunidade de desenvolver minhas habilidades especiais. <input type="checkbox"/> Discordo fortemente <input type="checkbox"/> Discordo <input type="checkbox"/> Concordo <input type="checkbox"/> Concordo fortemente
10. Meu trabalho requer que eu trabalhe muito rapidamente. <input type="checkbox"/> Discordo fortemente <input type="checkbox"/> Discordo <input type="checkbox"/> Concordo <input type="checkbox"/> Concordo fortemente
11. Meu trabalho requer que eu trabalhe muito duro. <input type="checkbox"/> Discordo fortemente <input type="checkbox"/> Discordo <input type="checkbox"/> Concordo <input type="checkbox"/> Concordo fortemente
12. Meu trabalho exige muito esforço físico. <input type="checkbox"/> Discordo fortemente <input type="checkbox"/> Discordo <input type="checkbox"/> Concordo <input type="checkbox"/> Concordo fortemente
13. Eu não sou solicitado para realizar um volume excessivo de trabalho. <input type="checkbox"/> Discordo fortemente <input type="checkbox"/> Discordo <input type="checkbox"/> Concordo <input type="checkbox"/> Concordo fortemente
14. O tempo para realização das minhas tarefas é suficiente. <input type="checkbox"/> Discordo fortemente <input type="checkbox"/> Discordo <input type="checkbox"/> Concordo <input type="checkbox"/> Concordo fortemente
15. Meu trabalho exige atividade física rápida e contínua. <input type="checkbox"/> Discordo fortemente <input type="checkbox"/> Discordo <input type="checkbox"/> Concordo <input type="checkbox"/> Concordo fortemente
16. Algumas demandas que eu tenho que atender no meu trabalho estão em conflito umas com as outras. <input type="checkbox"/> Discordo fortemente <input type="checkbox"/> Discordo <input type="checkbox"/> Concordo <input type="checkbox"/> Concordo fortemente
17. Eu freqüentemente trabalho durante o meu almoço ou durante as pausas para terminar meu trabalho. <input type="checkbox"/> Discordo fortemente <input type="checkbox"/> Discordo <input type="checkbox"/> Concordo <input type="checkbox"/> Concordo fortemente
18. Meu trabalho me exige muito emocionalmente. <input type="checkbox"/> Discordo fortemente <input type="checkbox"/> Discordo <input type="checkbox"/> Concordo <input type="checkbox"/> Concordo fortemente
19. Em meu trabalho, eu preciso suprimir minhas verdadeiras emoções. <input type="checkbox"/> Discordo fortemente <input type="checkbox"/> Discordo <input type="checkbox"/> Concordo <input type="checkbox"/> Concordo fortemente
20. Meu chefe/coordenador preocupa-se com o bem-estar de sua equipe de trabalho. <input type="checkbox"/> Discordo fortemente <input type="checkbox"/> Discordo <input type="checkbox"/> Concordo <input type="checkbox"/> Concordo fortemente <input type="checkbox"/> Não tenho supervisor.
21. Meu supervisor me trata com respeito. <input type="checkbox"/> Discordo fortemente <input type="checkbox"/> Discordo <input type="checkbox"/> Concordo <input type="checkbox"/> Concordo fortemente <input type="checkbox"/> Não tenho supervisor
22. Meu chefe/coordenador me ajuda a fazer meu trabalho. <input type="checkbox"/> Discordo fortemente <input type="checkbox"/> Discordo <input type="checkbox"/> Concordo <input type="checkbox"/> Concordo fortemente <input type="checkbox"/> Não tenho supervisor
23. Meu chefe/coordenador é bem sucedido em promover o trabalho em equipe. <input type="checkbox"/> Discordo fortemente <input type="checkbox"/> Discordo <input type="checkbox"/> Concordo <input type="checkbox"/> Concordo fortemente <input type="checkbox"/> Não tenho supervisor
24. As pessoas no meu trabalho são amigáveis. <input type="checkbox"/> Discordo fortemente <input type="checkbox"/> Discordo <input type="checkbox"/> Concordo <input type="checkbox"/> Concordo fortemente
25. As pessoas com quem trabalho ajudam-se umas às outras a fazer o trabalho. <input type="checkbox"/> Discordo fortemente <input type="checkbox"/> Discordo <input type="checkbox"/> Concordo <input type="checkbox"/> Concordo fortemente



26. Eu sou tratado/a com respeito pelos meus colegas de trabalho. <input type="checkbox"/> Discordo fortemente <input type="checkbox"/> Discordo <input type="checkbox"/> Concordo <input type="checkbox"/> Concordo fortemente
27. Existe um sentimento de união entre as pessoas com quem eu trabalho. <input type="checkbox"/> Discordo fortemente <input type="checkbox"/> Discordo <input type="checkbox"/> Concordo <input type="checkbox"/> Concordo fortemente
28. Meu grupo de trabalho toma decisões democraticamente. <input type="checkbox"/> Discordo fortemente <input type="checkbox"/> Discordo <input type="checkbox"/> Concordo <input type="checkbox"/> Concordo fortemente
29. Minhas possibilidades de desenvolvimento na carreira e de promoções são boas. <input type="checkbox"/> Discordo fortemente <input type="checkbox"/> Discordo <input type="checkbox"/> Concordo <input type="checkbox"/> Concordo fortemente

Por favor, assinale até que ponto você **concorda** ou **discorda** das afirmativas abaixo.
 Agradecemos por responder a **todas** as afirmativas.

1. No trabalho, eu me sinto facilmente sufocado pela pressão do tempo. <input type="checkbox"/> Discordo fortemente <input type="checkbox"/> Discordo <input type="checkbox"/> Concordo <input type="checkbox"/> Concordo fortemente
2. Assim que acordo pela manhã, já começo a pensar nos problemas do trabalho. <input type="checkbox"/> Discordo fortemente <input type="checkbox"/> Discordo <input type="checkbox"/> Concordo <input type="checkbox"/> Concordo fortemente
3. Quando chego em casa, eu consigo relaxar e "me desligar" facilmente do meu trabalho. <input type="checkbox"/> Discordo fortemente <input type="checkbox"/> Discordo <input type="checkbox"/> Concordo <input type="checkbox"/> Concordo fortemente
4. As pessoas íntimas dizem que eu me sacrifico muito por causa do meu trabalho. <input type="checkbox"/> Discordo fortemente <input type="checkbox"/> Discordo <input type="checkbox"/> Concordo <input type="checkbox"/> Concordo fortemente
5. O trabalho não me deixa; ele ainda está na minha cabeça quando vou dormir. <input type="checkbox"/> Discordo fortemente <input type="checkbox"/> Discordo <input type="checkbox"/> Concordo <input type="checkbox"/> Concordo fortemente
6. Não consigo dormir direito se eu adiar alguma tarefa de trabalho que deveria ter feito hoje. <input type="checkbox"/> Discordo fortemente <input type="checkbox"/> Discordo <input type="checkbox"/> Concordo <input type="checkbox"/> Concordo fortemente
7. No trabalho, levando em conta todo o meu esforço e conquistas, eu recebo o respeito e o reconhecimento que mereço. <input type="checkbox"/> Concordo <input type="checkbox"/> Discordo ⇨ E com isso, eu fico: <input type="checkbox"/> Nem um pouco estressado <input type="checkbox"/> Um pouco estressado <input type="checkbox"/> Estressado <input type="checkbox"/> Muito estressado
8. Minhas chances futuras no trabalho estão de acordo com meu esforço e conquistas. <input type="checkbox"/> Concordo <input type="checkbox"/> Discordo ⇨ E com isso, eu fico: <input type="checkbox"/> Nem um pouco estressado <input type="checkbox"/> Um pouco estressado <input type="checkbox"/> Estressado <input type="checkbox"/> Muito estressado
9. Levando em conta todo o meu esforço e conquistas, meu salário/renda é adequado. <input type="checkbox"/> Concordo <input type="checkbox"/> Discordo ⇨ E com isso, eu fico: <input type="checkbox"/> Nem um pouco estressado <input type="checkbox"/> Um pouco estressado <input type="checkbox"/> Estressado <input type="checkbox"/> Muito estressado
10. Você está satisfeito (a) com o seu trabalho? <input type="checkbox"/> Não estou satisfeito (a) de forma nenhuma <input type="checkbox"/> Não estou satisfeito (a) <input type="checkbox"/> Estou satisfeito (a) <input type="checkbox"/> Estou muito satisfeito (a)
11. Você se candidataria ao seu emprego novamente? <input type="checkbox"/> Sim, sem hesitação <input type="checkbox"/> Sim, depois de refletir sobre isto <input type="checkbox"/> Definitivamente não



Bloco 5 Atividades Domésticas e Hábitos de Vida

Abaixo estão listadas algumas tarefas da casa (atividades domésticas)

Contando com você, quantas pessoas vivem na sua casa?

1. Quais as atividades domésticas, listadas abaixo, que você faz?

Atividade	0 Não	1 Sim	2 Não se aplica
2. Cuidar das crianças?			
3. Cuidar da limpeza?			
4. Cozinhar?			
5. Lavar roupa?			
6. Passar roupa?			
7. Feira/ supermercado			
8. Levar filho à escola			
9. Pequenos consertos			
10. Cuidar de idosos ou de pessoas doentes			

11. Você é o/a principal responsável pelas atividades domésticas na sua casa?

Não Sim

12. Nas últimas duas semanas, você realizou atividades domésticas?

- 1 Todos os dias da semana
 2 Três ou mais dias na semana
 3 Um ou dois dias na semana
 4 Apenas no final de semana
 5 Não realizou atividades domésticas

13. Você participa de atividades regulares de lazer?

1 Sim 2 Não - Se SIM: de qual tipo de atividade?

- 1 Atividades culturais (cinema, teatro, exposição) 2 Atividades sociais (visita amigos, festa, barzinho)
 3 Atividades físicas (caminhadas, exercícios, prática de esportes etc)

Com que frequência você realiza as atividades físicas?

3 Nunca 2 1 a 2 vezes por semana 1 3 ou mais vezes por semana

14. Considerando como fumante quem já fumou pelo menos 100 cigarros, ou 5 maços, você se classifica como:

0 Não fumante 1 Ex-fumante 2 Fumante atual

15. Alguma vez sentiu que deveria diminuir a quantidade de bebida alcoólica ou parar de beber?

1 Sim 2 Não

16. As pessoas o(a) aborrecem porque criticam o seu modo de beber? 1 Sim 2 Não

17. Sente-se aborrecido consigo mesmo (a) pela maneira como costuma beber? 1 Sim 2 Não

18. Costuma beber pela manhã para diminuir o nervosismo ou ressaca? 1 Sim 2 Não

19. Atualmente, você está fazendo uso de medicamento prescrito por médico para (marque quantas opções forem necessárias):

- 1 Hipertensão arterial 2 Depressão ou ansiedade 3 Reumatismo 4 Diabetes
 5 Alterações do sono 6 Outros 7 Nenhum

Bloco 6 Qualidade de Vida

Por favor, circule o número que lhe parece a melhor resposta.

	Muito ruim	Ruim	Nem ruim, nem boa	Boa	Muito boa
1. Como você avaliaria sua Qualidade de vida?	1	2	3	4	5



As questões abaixo abordam o grau de satisfação que você sente e sentiu a respeito de alguns aspectos de sua vida nas últimas duas semanas.

	Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem insatisfeito, nem satisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
2. Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de trabalho?	1	2	3	4	5
3. Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, colegas)?	1	2	3	4	5
4. Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?	1	2	3	4	5

Bloco 7 Aspectos Relacionados à sua Saúde

1. Você possui diagnóstico médico das doenças listadas abaixo?

Diabetes	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	Tuberculose	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Colesterol alto	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	Gastrite	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Obesidade	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	Úlcera	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Pressão alta	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	Hepatite	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Câncer	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	Infecção urinária	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Cardiopatia	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	LER/DORT	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Rinite/sinusite	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	Depressão	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Asma	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	Distúrbios do sono	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Disfonia	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	Lombalgia	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não

Outro(s)? [ANOTAR] _____

2. Abaixo estão listados alguns problemas de saúde. Se você não possui o problema, assinale **Nunca**. Se você sente o problema, assinale com que frequência que ele acontece.

Problema	1 Nunca	2 Raramente	3 Pouco Freqüente	4 Freqüente	5 Muito Freqüente
Dor nos braços					
Dor nas pernas					
Dor nas costas					
Fadiga					
Problemas de pele					
Problemas digestivos					
Cansaço mental					
Nervosismo					
Esquecimento					
Sonolência					
Insônia					
Irritação					

3. Nas duas últimas semanas, você tem sentido cansaço para falar?

Não De vez em quando Diariamente

4. Nas duas últimas semanas, você percebe piora na qualidade de sua voz?

Não De vez em quando Diariamente



5. Nos últimos 12 meses, você faltou ao trabalho por problemas de saúde? Não Sim
Se SIM, por qual motivo? _____

6. Nos últimos 12 meses, você teve licença médica ou foi afastado do trabalho? Não Sim
Se SIM, por qual motivo? _____

7. Já teve alguma doença ocupacional ou profissional (diagnosticada por médico)?
 Não Sim
Em caso afirmativo, qual? _____
Há quanto tempo? _____ anos _____ meses
Houve emissão da CAT? Sim Não Não sei o que é CAT

8. Nos últimos 12 meses, você sofreu algum acidente de trabalho que o colocou em contato direto com sangue, escarro ou outros líquidos corporais do paciente?
Em caso afirmativo, qual tipo de líquido (s) corporal(is) _____
Houve emissão da CAT? Sim Não Não sei o que é CAT

9. Você procurou obter a Orientação para acidente de trabalho com exposição a material biológico de risco na rede municipal de saúde de Belo Horizonte?
 Sim Não Não tenho conhecimento da existência dessa Orientação

10. As próximas questões estão relacionadas a situações que você pode ter vivido nos últimos 30 DIAS. Se você sentiu a situação descrita nos últimos 30 DIAS responda SIM. Se você não sentiu a situação, responda NÃO. Se você está incerto sobre como responder uma questão, dê a melhor resposta que você puder.

1 - Dorme mal?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
2 - Tem má digestão?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
3 - Tem falta de apetite?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
4 - Tem tremores nas mãos?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
5 - Assusta-se com facilidade?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
6 - Você se cansa com facilidade?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
7 - Sente-se cansado(a) o tempo todo?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
8 - Tem se sentido triste ultimamente?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
9 - Tem chorado mais do que de costume?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
10 - Tem dores de cabeça freqüentemente?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
11 - Tem tido idéia de acabar com a vida?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
12 - Tem dificuldade para tomar decisões?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
13 - Tem perdido o interesse pelas coisas?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
14 - Tem dificuldade de pensar com clareza?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
15 - Você se sente pessoa inútil em sua vida?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
16 - Tem sensações desagradáveis no estômago?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
17 - Sente-se nervoso(a), tenso(a) ou preocupado(a)?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
18 - É incapaz de desempenhar um papel útil em sua vida?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
19 - Seu trabalho diário lhe causa sofrimento?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
20 - Encontra dificuldade de realizar, com satisfação, suas tarefas diárias?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não


Bloco 8 Atos de Violência - Vitimização

1. Você sente sua segurança pessoal ameaçada no seu trabalho? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
2. Você sente-se ameaçado quanto à segurança de seus pertences e bens pessoais no trabalho? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
3. Nos últimos 12 meses, houve algum episódio de agressão ou ameaça praticado por seus chefes ou colegas de trabalho a usuário dos serviços (durante o seu trabalho)? <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Uma vez <input type="checkbox"/> Algumas vezes <input type="checkbox"/> Com freqüência
4. Nos últimos 12 meses, houve algum episódio de agressão ou ameaça praticado por seus chefes ou colegas de trabalho a outro colega de trabalhos (durante o seu trabalho)? <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Uma vez <input type="checkbox"/> Algumas vezes <input type="checkbox"/> Com freqüência
5. Você já pensou em mudar o seu local de trabalho em função de episódios de agressão ou ameaça vivenciada durante o seu trabalho? <input type="checkbox"/> Nunca pensei <input type="checkbox"/> Já pensei algumas vezes <input type="checkbox"/> Pensei com freqüência

Esta seção trata de atos de violência FORA do trabalho dos quais você pode ter sido vítima nos últimos 12 meses. Por favor, responda às seguintes questões:

6. Você sofreu alguma agressão nos últimos 12 meses (fora do trabalho)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Se sim, quem praticou a agressão? <input type="checkbox"/> Paciente/ usuário do serviço de saúde <input type="checkbox"/> Esposo (a) <input type="checkbox"/> Amigo (a) <input type="checkbox"/> Pai <input type="checkbox"/> Irmão/irmã <input type="checkbox"/> Mãe <input type="checkbox"/> Filho (a) <input type="checkbox"/> Vizinho (a) <input type="checkbox"/> Desconhecido (a) <input type="checkbox"/> Outros - Especifique _____
7. Qual foi o tipo de agressão (fora do trabalho)? <input type="checkbox"/> Física - Especifique _____ <input type="checkbox"/> Psicológica - Especifique _____ <input type="checkbox"/> Sexual <input type="checkbox"/> Negligência <input type="checkbox"/> Atos de destruição <input type="checkbox"/> Xingamentos <input type="checkbox"/> Outros - Especifique _____
8. Você foi vítima de algum acidente de trânsito nos últimos 12 meses? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
9. Qual seu vencimento bruto mensal relativo a este trabalho? R\$ _____

10. Se você desejar fazer algum comentário ou registro, por favor, utilize o espaço abaixo:

Muito obrigado por sua colaboração!!



ANEXO C – Artigo submetido à Revista Brasileira de Epidemiologia

Prevalência do tabagismo e seus fatores associados entre trabalhadores do Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte

Smoking prevalence and associated factors among workers in the National Health System in Belo Horizonte

Luiz Fábio Machado Barbosa^I

Carla Jorge Machado^I

Ada Ávila Assunção^I

Tânia Maria de Araújo^{II}

^I Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, Brasil

^{II} Universidade Estadual de Feira de Santana, Feira de Santana, BA, Brasil

Resumo:

Objetivos: Analisar os fatores associados ao tabagismo em trabalhadores da saúde vinculados ao Sistema Único de Saúde de Belo Horizonte, Minas Gerais. **Métodos:** Estudo transversal com base em inquérito realizado em 2008/2009 com amostra estratificada. Variáveis sociodemográficas, de condições de saúde, emprego e trabalho foram analisadas. Utilizou-se regressão logística binária simples e múltipla, com estimativa da razão de chances bruta e ajustada e o nível de significância para inclusão no modelo final foi 5%. **Resultados:** Foram analisados 1808 questionários. A prevalência de tabagismo foi 15,7%. A maioria dos participantes eram mulheres (71,6%), idade média 40,8 anos e 54,2% possuíam ensino médio, técnico ou superior incompleto. A maior parte ocupava cargos administrativos, de serviços gerais e outros (23,0%) e possuía renda média de R\$ 1932,12. Quanto às características do trabalho, a maioria considerou regular a relação entre exigências e recursos disponíveis (50,5%), precárias as condições do ambiente físico de trabalho (35,2%), baixa demanda física (67,4%) e alta demanda emocional (74,7%). Na análise de associações permaneceu no modelo final negativamente associada ao tabagismo a relação regular entre exigências e recursos disponíveis. Permaneceram positivamente associados com o tabagismo a variável sexo masculino e os cargos: administrativos, de serviços gerais e outros; profissionais envolvidos com a vigilância; agentes comunitários de saúde; profissionais técnicos de nível médio; com inclusão de enfermeiros e técnicos de enfermagem ($p < 0,05$). **Conclusão:** É possível identificar subgrupos ocupacionais específicos que devem ser priorizados em programas de prevenção e cessação do tabagismo. **Palavras-chave:** trabalhadores da saúde, tabagismo, prevalência, saúde pública, epidemiologia, saúde do trabalhador.

Abstract:

Aim: To identify the prevalence of, and factors related to, smoking among health workers of the National Health System in Belo Horizonte, Minas Gerais. **Methods:** A cross-sectional study was conducted in 2008/2009 with a stratified sample. Data about socio-demographic, health, employment and work characteristics were analyzed. Logistic regression models were used to determine associations at a level of significance of 5% for inclusion in the final model. **Results:** The overall prevalence of smoking was 15.7% (13.1% among females and 22.2% among males). Out of a total of 1.808 participants in the study, 71.6% were female; with mean age of 40.8 years and 54.2% had high-school, technical or incomplete university education. It was observed that 23.0% occupied administrative positions or other general services and the mean income was R\$ 1932.12. According to workplace conditions, 50.5% felt reasonable the relationship between requirements and available resources; workplace conditions were reported as poor by 35.2% of participants; highly physically demanding tasks were reported by 67.4% of the sample and 74.7% describe your work as highly emotional demanding. Reasonable relationship between requirements and available resources remained negatively correlated to smoking in the final model. The variables that remained positively associated with smoking were: being male; administrative and other general services workers, professionals involved in monitoring, community health workers, technical mid-level workers and were included nurses and practical nurses ($p < .05$). **Conclusion:** Results showed socio-demographic, health, employment and work characteristics of the target population that should be emphasized by intervention programs for prevention and smoking cessation. **Keywords:** health personnel, smoking, prevalence, public health, epidemiology, occupational health.

INTRODUÇÃO

O tabagismo é um problema de grande magnitude na saúde pública mundial e é considerado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como a principal causa de morte prevenível¹. Entre os trabalhadores da saúde (TS) há evidências de que o tabagismo impacta negativamente a saúde dos profissionais e a assistência que prestam.

As prevalências de hábito tabágico entre TS, comparativamente à população geral, variam em âmbito mundial. A literatura internacional revela, em países desenvolvidos, menor prevalência do hábito tabágico entre TS comparativamente à população geral^{2,3}. Contudo, em países em desenvolvimento, a prevalência de tabagismo em TS é semelhante e às vezes até maior que a da população geral^{4,5}.

Estudos no Brasil e em outros países, desenvolvidos e em desenvolvimento, verificaram que o hábito tabágico pode comprometer a credibilidade do profissional, dado que é esperado que sirvam como exemplo aos seus pacientes e à comunidade em relação à adoção de hábitos saudáveis^{6,7,5}. Ademais, o hábito tabágico funciona como preditor negativo para intervenções de prevenção e cessação do vício, pois TS tabagistas tendem a abordar com menor frequência assuntos referentes à prevenção e cessação do hábito de fumar com seus pacientes, em comparação a TS não tabagistas^{4,5}.

Não há estudo brasileiro sobre o tabagismo nesta população específica, mas apenas pesquisas abordando o assunto em categorias profissionais específicas, notadamente médicos^{7,8} e pessoal de enfermagem^{5,9}. No entanto, boa parte dos estudos na área já evidencia as particularidades laborais deste grupo ocupacional, sujeitas a estressores semelhantes àqueles também associados ao hábito tabágico: frustração, trabalho estressante, impotência, desvalorização, fraco reconhecimento, instabilidade empregatícia, alta demanda de trabalho, jornadas extensas, turno de trabalho não diurno^{10,11}. Assim, caracterizar os fumantes por ocupação pode contribuir para o aprimoramento de intervenções de controle e cessação do tabagismo¹⁰.

A maioria dos serviços prestados pelo sistema de saúde pública exige abordagem multiprofissional; logo, há diversas categorias em interação de forma constante. Por isso, estudos que abordem a gama de TS podem contribuir para o conhecimento abrangente dos fatores associados ao hábito nesta população e para fundamentar políticas de prevenção e cessação do tabagismo no ambiente de trabalho e fora dele.

O presente estudo busca preencher esta lacuna existente na literatura por meio da análise de amostra representativa da população de TS vinculados ao SUS de Belo Horizonte, de modo a responder qual a prevalência do hábito tabágico e os fatores relativos às condições de saúde e trabalho que se associam ao tabagismo nesta população.

MATERIAL E MÉTODOS

Participaram do inquérito 1808 trabalhadores da rede municipal de saúde de Belo Horizonte. As questões focalizaram o tema condições de saúde e trabalho. Foram elegíveis todos os profissionais vinculados ao serviço público municipal de saúde, independente do vínculo empregatício (permanente, temporário, estágio), em efetivo exercício profissional na unidade sorteada. Os questionários não identificavam os respondentes. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais (parecer nº 542/07) e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte (parecer nº 054/06).

A amostra foi estratificada por distrito sanitário, nível de complexidade da assistência (centros de saúde, especialidades, urgência e gerências distritais) e ocupação. Em cada estrato, os indivíduos foram selecionados aleatoriamente. Foram substituídos, respeitando-se a função ou cargo, nível de assistência e área geográfica, aqueles que não se encontravam no serviço por motivo de férias, transferência, aposentadoria ou morte. Para o cálculo da amostra, considerou-se o universo de 13.602 TS à época da coleta de dados. Teria sido necessária amostra de 687 trabalhadores, com base na prevalência de fumantes na população geral de 21,6%¹², nível de 95% de confiança e precisão de 3%.

O preenchimento do questionário foi conduzido por entrevistador treinado, que se dirigiu à unidade do participante. Foram realizadas até três tentativas. Considerou-se perda quando o trabalhador não foi encontrado na terceira tentativa.

O banco de dados foi construído no programa SPSS versão 15.

A variável desfecho foi construída com base nas respostas à pergunta: *“considerando como fumante quem já fumou pelo menos 100 cigarros, ou 5 maços, você se classifica como: Não fumante, Ex-fumante ou Fumante atual?”*. A variável foi dicotomizada, sendo definidos fumantes aqueles que se referiram como fumantes atuais e não fumantes aqueles que se autorrelatarem ex-fumantes ou não fumantes.

As variáveis explicativas foram organizadas em três blocos: (i) Características individuais: informações sociodemográficas (sexo, idade, cor da pele, situação conjugal, grau de escolaridade) e condições de saúde (falta ao trabalho por problemas de saúde nos últimos 12 meses e presença de transtorno mental comum); (ii) Características do emprego: cargo, tempo de serviço público e na unidade estudada, regime de trabalho, tipo de vínculo atual, se possui outro emprego, jornada de trabalho semanal na unidade e jornada total, e renda bruta mensal relativa ao trabalho na unidade; (iii) Características

do trabalho: relação entre as exigências das tarefas e os recursos disponíveis, condições do ambiente de trabalho, demanda física do trabalho; e aspectos psicossociais do trabalho (demandas emocional e psicológica do trabalho, controle sobre o trabalho, e suporte social dos colegas e da chefia).

Os transtornos mentais comuns (TMC) foram avaliados de acordo com escores obtidos no *Self Reporting Questionnaire* (SRQ-20), um instrumento que identifica possíveis casos de TMC¹³. Definiu-se o ponto de corte para classificação de suspeitos de TMC em sete ou mais respostas positivas dentre as vinte possíveis^{14,15}.

A variável relação entre as exigências das tarefas e os recursos disponíveis originou-se de pergunta, com quatro opções de respostas: boa, regular, ruim ou muito ruim (as duas últimas alternativas foram agrupadas em ruim/muito ruim). A variável condições do ambiente de trabalho expressa as características do ambiente físico de trabalho dos TS, que incluiu avaliação da ventilação, temperatura, iluminação, recursos técnicos e equipamentos (incluindo cadeiras e mesas) do local de trabalho. Os itens foram avaliados pelos respondentes em escala de 1 a 3: precários (1), razoáveis (2) ou satisfatórios (3); e o ruído originado no trabalho e fora dele, avaliado como desprezível (3), razoável (2), elevado e insuportável (1). Construiu-se um escore global, a partir do somatório das respostas para cada item relativo ao ambiente físico: quanto maior o escore, melhores eram as condições ambientais de trabalho. O escore criado foi categorizado, com base nos quartis: condições precárias (primeiro quartil), razoáveis (segundo quartil), satisfatórias (terceiro quartil) e ótimas (último quartil). A variável demanda física do trabalho foi criada a partir de respostas a questões sobre adoção de posturas relacionadas à dor ou desconforto, ficar de pé ou assentado durante longos períodos, realização de caminhadas, necessidade de levantar, carregar ou empurrar peso excessivo, auxílio na movimentação de pacientes e realização de pausas durante a jornada de trabalho. Cada pergunta continha quatro opções de resposta (1=nunca, 2=raramente, 3=às vezes e 4=sempre). Um escore de demanda física foi criado do somatório dos itens; foi, depois, categorizado pelos tercís, em baixa (valores iguais ou abaixo do segundo tercil) e alta demanda (valores acima do segundo tercil). Os aspectos psicossociais do trabalho foram avaliados por meio do *Job Content Questionnaire* (JCQ), desenvolvido de acordo com o Modelo Demanda- Controle^{16,17} que privilegia duas dimensões psicossociais: o controle sobre o trabalho e a demanda psicológica advinda do trabalho¹⁶. Para demanda psicológica do trabalho foi construído um indicador resultante do somatório dos valores referentes às questões relacionadas ao

ritmo de trabalho, tempo para a realização das tarefas, tarefas conflitantes e volume excessivo de trabalho. Com base na mediana, a variável foi dicotomizada: os valores iguais ou abaixo do ponto de corte foram categorizados como baixa demanda e, os acima, como alta demanda. A variável controle sobre o próprio trabalho incluiu duas dimensões, totalizando 9 questões: seis para mensuração do uso de habilidades (aprendizagem de coisas novas, criatividade, desenvolvimento de habilidades especiais e possibilidade de realização de diferentes tarefas) e três para medir autoridade decisória (liberdade para decidir como realizar as tarefas e possibilidade de tomada de decisões)¹⁶. A variável controle foi obtida do somatório dos itens relativos a essas duas dimensões, a qual foi dicotomizada com base na mediana: valores iguais ou abaixo do ponto de corte foram categorizados como baixo controle e, acima, alto controle. A partir da combinação entre níveis de demanda e controle estabeleceram-se quatro grupos: baixa exigência (combinação de baixa demanda e alto controle), trabalho passivo (baixa demanda e baixo controle), trabalho ativo (alta demanda e alto controle) e alta exigência (alta demanda e baixo controle)^{17,18}. Para o suporte social, foi utilizado uma variável obtida da soma dos valores das questões ligadas ao suporte social dos colegas de trabalho e da chefia. O ponto de corte foi a mediana: valores iguais ou abaixo da mediana foram categorizados como baixo e, acima, como alto suporte. Finalmente, demanda emocional do trabalho originou-se da pergunta “*Meu trabalho me exige muito emocionalmente*” com respostas: discordo fortemente e discordo (agrupadas em baixa demanda), concordo e concordo fortemente (agrupadas em alta demanda).

Primeiramente, executou-se a análise descritiva dos dados (proporções e o percentual de sujeitos, distribuídos nas categorias de cada variável estudada). Posteriormente, obteve-se a distribuição dos TS na amostra, para cada nível da variável explicativa, estratificada por presença ou ausência do hábito tabágico. Já a análise univariável foi feita por meio da regressão logística binária simples, com estimativa das *odds ratio* brutas e seus respectivos intervalos de 95% de confiança para avaliação da magnitude de associação. Variáveis significativas ao nível de $p < 0,02$ na análise univariável foram agrupadas em um modelo multivariável e avaliadas por análise de deleção sequencial, considerando-se $p < 0,05$ e um intervalo de 95% de confiança. O processo é repetido até obter-se um modelo final, em que todas as variáveis 'resistem' à análise ao nível de significância de 5%. Utilizou-se o software estatístico STATA 12.0.

RESULTADOS

Dos 2.205 TS sorteados, 1.808 responderam ao questionário. Destes, 1.759 informaram sua situação quanto ao tabagismo (taxa de resposta 79,8%). A proporção de fumantes correspondeu a 276 indivíduos (15,7%). A maioria eram mulheres; não brancos; viviam com companheiro(a). A idade média foi de 40,8 anos (DP+-11,1) e amplitude de 16 a 73. A maioria possuía ensino médio, técnico ou superior incompleto; negou falta, licença ou afastamento do trabalho nos últimos 12 meses; não apresentou escore compatível com presença de transtorno mental comum (Tabela 1). A maior parte ocupava cargos administrativos, de serviços gerais e outros; estava no serviço público há menos de 10 anos; e estava na unidade atual há até 5 anos. Quase todos relataram trabalhar em regime diurno e a maioria era concursada. A jornada semanal média na unidade estudada era de 32,4 horas (DP+-10,2). A maior parte relatou outro emprego e jornada semanal total de 37 a 44 horas. A renda média era de R\$1932,12 e a mediana R\$1000,00. A maioria relatou relação regular entre exigências e recursos disponíveis e que eram precárias as condições do ambiente físico de trabalho. A maioria julgou como baixa a demanda física do trabalho, se enquadrando em trabalho passivo, considerou o suporte social baixo e a demanda emocional do trabalho alta.

A prevalência de tabagismo foi maior entre os homens, na faixa etária de até 34 anos, não brancos e que viviam sem companheiro(a). Em relação à escolaridade, no grupo de fumantes, predominaram aqueles com ensino fundamental. Houve maior prevalência de fumantes que relataram ausência de falta, afastamento ou licença do trabalho por motivo de saúde. Quanto às características do emprego, houve maiores prevalências de tabagismo entre profissionais envolvidos com a vigilância, seguidos daqueles em cargos administrativos, de serviços gerais e outros e de agentes comunitários de saúde. A prevalência de tabagismo foi superior nos TS que trabalhavam no período diurno e sob vínculo celetista. Quanto à jornada semanal total, maior prevalência de tabagismo ocorreu naqueles que relataram até 36 horas de trabalho. Maior prevalência de tabagismo foi observada no estrato intermediário de renda. Quanto às características do trabalho, maior prevalência de tabagismo foi observada entre aqueles que relataram boa relação entre as exigências e recursos disponíveis; aqueles que relataram ótimas condições de trabalho; os que relataram baixa demanda física no trabalho. Quanto à demanda emocional do trabalho, maior prevalência de tabagismo foi observada entre aqueles que a declararam como baixa (Tabela 2).

Quanto à análise univariável ($p < 0,05$) houve associação positiva entre tabagismo e sexo masculino; grau de escolaridade fundamental e médio, técnico ou superior incompleto. O relato de absenteísmo nos últimos doze meses esteve associado negativamente ao evento. Quanto ao emprego, estiveram positivamente associadas ao tabagismo possuir cargo de profissional envolvido com a vigilância, agente comunitário de saúde, profissional de nível médio e administrativos, serviços gerais e outros; tipo de vínculo contratado sem concurso e municipalizado. Estrato superior de remuneração associou-se negativamente ao evento. Quanto às características do trabalho, relação regular entre exigências e recursos disponíveis, condições do ambiente de trabalho subótimas, alta demanda física do trabalho e alta demanda emocional do trabalho estiveram negativamente associadas ao evento. Permanecerem no modelo final sexo masculino; enfermeiros e técnicos de enfermagem; ocupações de profissionais envolvidos com a vigilância; agentes comunitários de saúde; profissionais técnicos de nível médio e profissionais administrativos, de serviços gerais e outros, associados positivamente. De forma negativa esteve associada a relação regular entre exigências e recursos disponíveis ($p < 0,05$).

DISCUSSÃO

A prevalência de tabagismo atual na amostra de TS vinculados à rede pública municipal de Belo Horizonte (15,7%) foi ligeiramente superior àquela estimada para a população geral do município (15,4%) em 2009. Esta proporção é alta, dada a especificidade da amostra composta de TS, os quais estariam mais cientes dos efeitos nocivos do consumo de tabaco, comparados à população geral. No caso dos TS em cargos administrativos e de serviços gerais, apesar de não necessariamente possuírem formação acadêmica em saúde, convivem com os profissionais da área e com as mazelas dos efeitos do vício. Este fato é preocupante, já que estudos evidenciam maior interesse e implicação dos TS em estimular os pacientes a adotarem práticas cujos benefícios são conhecidos¹⁹. Estudos indicam que os TS ao aplicarem os protocolos de intervenção em saúde aos usuários, extraem aprendizados para si mesmos. Portanto, a alta prevalência de tabagismo entre TS pode também indicar ausência ou falha na aplicação dos protocolos de prevenção e cessação do tabagismo nos serviços¹⁹.

Convergente com a literatura, houve maior prevalência de fumo entre os homens, como observado nos países em desenvolvimento^{19,20}. Este resultado, que foi estatisticamente significativo, manteve-se no modelo final.

No tocante ao grau de escolaridade, encontrou-se um gradiente de exposição, caracterizado por uma relação inversa, gradual e significativa na análise univariável entre menor escolaridade e maior chance de ser tabagista. Estes achados foram convergentes com a literatura referente aos TS em países em desenvolvimento e à população geral brasileira^{7,12,22}. A baixa escolaridade pode ser considerada marcador de baixo acesso ao conhecimento e de baixa compreensão sobre os efeitos deletérios do tabaco sobre a saúde²². Contudo, o achado não se sustentou na análise multivariável.

Quanto à ocupação, os achados concordaram com estudos anteriores, que estabeleceram associação entre tabagismo e cargos em que há exigência de menor nível de escolaridade e maior esforço braçal¹⁰. Concordaram também com estudos que apontaram associação do tabagismo com TS dedicados a atividades administrativas, de serviços gerais e outros^{4,6,10}. Cabe salientar, comparativamente aos médicos, a chance aumentada de agentes comunitários de saúde e dos enfermeiros e técnicos de enfermagem obtida no modelo final, profissionais que lidam diretamente com os usuários de serviços de saúde.

Com relação ao tipo de vínculo empregatício, os achados também foram compatíveis à literatura correlata²³. A precariedade do vínculo esteve positivamente associada ao tabagismo e, em escala crescente, do tipo municipalizado para o contratado no modelo univariável. Contudo, o resultado não se manteve no modelo final.

Quanto às condições de saúde, houve associação negativa entre tabagismo e episódio de absenteísmo nos últimos 12 meses no modelo univariável. Embora grande parte dos estudos apontem relação positiva entre absenteísmo e comportamentos nocivos^{24,25}, este resultado pode ser explicado por um possível efeito de confusão promovido pela variável vínculo, conforme relatado em pesquisas anteriores^{26,27}. Considerando que há associação positiva entre vulnerabilidade do vínculo e tabagismo, possivelmente, a maior proporção de tabagistas encontrada no grupo contratado explica a menor chance de absenteísmo. A situação encontrada é compatível com o presenteísmo relacionado à ameaça de perda do emprego, ou seja, a insegurança do vínculo é um fator que pode levar à diminuição do absenteísmo entre contratados²⁸.

Também houve associação negativa entre tabagismo e renda na análise univariável, situação esperada segundo a literatura^{10,12,29}.

Quanto às características do trabalho, os resultados da análise univariável evidenciaram associação negativa entre piores condições de trabalho e tabagismo. Foi menor a chance de relato de condições ambientais sub-ótimas, relação regular entre exigências e recursos disponíveis, alta demanda física e alta demanda emocional do trabalho. De fato, alguns estudos apontam associação positiva entre tabagismo e relato de situação de trabalho estressante^{30,31}, além de efeito atenuador do suporte social sobre a relação entre tabagismo e alta demanda de trabalho³². Radi e colaboradores³³ verificaram associação entre fatores estressores no trabalho e tabagismo na população australiana, com diferentes padrões por sexo. Estes autores encontraram associação negativa entre trabalho ativo ou com alta exigência e prevalência de tabagismo, apenas em mulheres. O mesmo estudo, entretanto, encontrou associação positiva entre tabagismo e alta pressão no trabalho apenas em homens e, entre tabagismo, demanda física e demanda psicológica apenas em mulheres. Já Andersen e colaboradores³⁴ não encontraram associação entre condições de trabalho e prevalência de tabagismo entre trabalhadores empregados da população geral dinamarquesa e sueca.

No presente estudo a relação regular entre exigências e recursos disponíveis, comparativamente à boa relação, revelou-se protetora ao hábito tabágico na análise univariável e multivariável e a magnitude do efeito foi semelhante e estatisticamente

significativa nos dois modelos. Este resultado não é intuitivo. Não foram encontrados estudos sobre a relação entre tabagismo e condições de trabalho especificamente em TS, mas segundo Boeuf-Cazou e colaboradores³⁵ indivíduos sujeitos a responsabilidades profissionais sobre pressão de tempo são trabalhadores mais vulneráveis ao tabagismo. Nossos resultados indicam, entretanto, que o controle por variáveis de categoria profissional, que poderia ser uma *proxy* a esta pressão do tempo, não modificou o efeito.

Este estudo possui limitações. O delineamento seccional limita a possibilidade de se estabelecer relação de causalidade direta, apesar de boa parte das associações encontradas serem consistentes com a literatura. A informação derivada de questionários autoaplicáveis pode não corresponder à frequência real de uso de tabaco na população. Ressalte-se ainda que, entre os fumantes atuais, a ausência de dados relativos à frequência do uso de tabaco, a idade em que iniciaram o vício, o tipo e quantidade de cigarros fumados por dia impedem a hierarquização do gradiente de exposição. Isto também ocorre entre os ex-fumantes, pois não há informações sobre o tempo transcorrido entre o abandono do hábito até a realização da pesquisa. Os resultados do estudo também podem sofrer influência do efeito do trabalhador sadio, fenômeno este observado em pesquisas que abordam saúde ocupacional.

CONCLUSÃO

A despeito das limitações, trata-se de estudo pioneiro no Brasil e que mostrou características associadas ao tabagismo entre TS e evidenciou grupos que devem ser considerados como alvos prioritários das ações de prevenção e cessação do hábito tabágico. As políticas de saúde já estabelecidas ou em implementação devem considerar, assim, os aspectos revelados neste trabalho para melhor eficácia das intervenções em saúde do trabalhador do SUS, levando em consideração grupos ocupacionais específicos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1- World Health Organization. *WHO Report on the global tobacco epidemic, 2011: Warning about the dangers of tobacco*. Geneva: World Health Organization; 2011.
- 2- Antal M, Forster A, Zalai Z et al. Attitudes of Hungarian dental professionals to tobacco use and cessation. *Cent Eur J Public Health* 2012;20:45-9.
- 3- Sarna L, Bialous SA, Nandy, K et al. Are quit attempts among U.S. female nurses who smoke different from female smokers in the general population? An analysis of the 2006/2007 tobacco use supplement to the current population survey. *BMC Women's Health* 2012;12:1-9.
- 4- Bello S, Soto M, Michalland S et al. Encuesta nacional de tabaquismo en funcionarios de salud. *Rev Méd Chile* 2004; 132:223-32.
- 5- Lugo, NS, Hernández MC, Negrín SH. El tabaquismo en los profesionales de la salud en el municipio Habana Vieja. *Rev Cubana Salud Pública* 2010;36.
- 6- Al-Eisa IS, Al-Terkit AM, Radwan MM et al. Smoking among health care workers of the Capital Governorate Health Region, Kuwait: prevalence and attitudes. *Kuwait Medical Journal* 2006;38:100-106.
- 7- Balbani APS, Montovani JC, Carvalho LR et al. Tabagismo, abandono do fumo e os otorrinolaringologistas do Estado de São Paulo. *Revista Brasileira de Otorrinolaringologia* 2006;72:96-103.
- 8- Viegas CA, Andrade APA, Silvestre RS. Características do tabagismo na categoria médica do Distrito Federal. *J Bras Pneumol* 2007;33:76-80.
- 9- Eriksen, W. Work factors as predictors of smoking relapse in nurses' aides. *Int Arch Occup Environ Health* 2006;79:244-50.
- 10- Barros AJD, Cascaes AM, Wehrmeister FC et al. Tabagismo no Brasil: desigualdades regionais e prevalência segundo características ocupacionais. *Ciência e Saúde Coletiva* 2011;16:3707-16.
- 11- Dawson AP, Cargo M, Stewart H et al. "I know it's bad for me and yet I do it" - exploring the factors that perpetuate smoking in Aboriginal Health Workers – a qualitative study. *BMC Health Services Research*. v. 12, n.102, 21 p., apr 2012.
- 12- Ministério da Saúde (Brasil). *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD): tabagismo 2008*. Instituto Nacional do Câncer. Rio de Janeiro, 2009.
- 13- Santos KOB, Araújo TM, Oliveira NF. Estrutura fatorial e consistência interna do *Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20)* em população urbana. *Cad Saúde Pública* 2009;25:214-222.

- 14- Araújo TM, Aquino E, Menezes G et al. Aspectos psicossociais do trabalho e distúrbios psíquicos entre trabalhadoras de enfermagem. *Rev Saúde Pública* 2003a;37:424-33.
- 15- Araújo TM, Pinho PS, Almeida MM. Prevalência de transtornos mentais comuns em mulheres e sua relação com as características sociodemográficas e o trabalho doméstico. *Rev Bras Saúde Matern Infant* 2005;5:337-48.
- 16- Araújo TM, Graça CC, Araújo EA. Estresse ocupacional e saúde: contribuições do Modelo Demanda-Controlle. *Ciênc Saúde Coletiva*, 2003b;8:991-1003.
- 17- Karasek RA, Theorell T. *Healthy work-stress, productivity, and the reconstruction of working life*. New York: Basic Books, 1990.
- 18- Souza SF, Carvalho FM, Araújo TM et al. Fatores psicossociais do trabalho e transtornos mentais comuns em eletricitários. *Rev Saúde Pública* 2010;44:710-7.
- 19- Machado JMH, Assunção AA. (orgs.) *Panorama da saúde dos trabalhadores da saúde*. Belo Horizonte, 2012.
- 20- World Health Organization. *WHO Report on the global tobacco epidemic, 2008*. Geneva, 2008.
- 21- Monteiro CA, Cavalcante TM, Moura EC et al. Population-based evidence of a Strong decline in the prevalence of smokers in Brazil (1989-2003). *Bull World Health Orga* 2007; 85:527-534.
- 22- Opaleye ES, Sanchez ZM, Moura YG et al. The Brazilian smoker: a survey in the largest cities of Brazil. *Rev Bras Psiquiatr* 2012;34:43-51.
- 23- Giatti L, Barreto SM. Tabagismo, situação no mercado de trabalho e gênero: análise da PNAD 2008. *Cadernos de Saúde Pública* 2011;27:1132-42.
- 24- Torres Lana AT, Cabrera de León A, Marco García MT et al. Smoking and sickness absence among public health workers. *Public Health* 2005;119:144-149.
- 25- Gorman E, Yu S, Alamgir H et al. When healthcare workers get sick: Exploring sickness absenteeism in British Columbia, Canada. *Work* 2010;35:117-123.
- 26- Roelen CA, Van der Pol TR, Koopmans PC et al. Identifying workers at risk of sickness absence by questionnaire. *Occupational Medicine* 2006;56:442-446.
- 27- Virtanen M, Kivimaki M, Elovainio M et al. Selection from fixed term to permanent employment: prospective study on health, job satisfaction, and behavioural risks. *J Epidemiol Community Health* 2002;56:693-699
- 28- Virtanen M, Kivimaki M, Elovainio M et al. From insecure to secure employment: changes in work, health, health related behaviours, and sickness absence. *Occup Environ Med* 2003;60:948-953.

- 29- World Health Organization. *Adult tobacco surveys in WHO member states*. Geneva, 2012.
- 30- Heikkila K, Nyberg ST, Fransson EI et al. Job Strain and Tobacco Smoking: An Individual-Participant Data Meta- Analysis of 166 130 Adults in 15 European Studies. *PLoS ONE* 2012;7:1-7.
- 31- Peretti-Watel P, Constance J, Seror V et al. Working conditions, job dissatisfaction and smoking behaviours among French clerks and manual workers. *Occup Environ Med* 2009;51:343-50.
- 32- Sapp AL, Kawachi I, Sorensen G et al. Does workplace social capital buffer the effects of job stress? A cross-sectional, multilevel analysis of cigarette smoking among U.S. manufacturing workers. *J Occup Environ Med* 2010;52:740-50.
- 33- Radi S, Ostry A, Lmaontagne AD. Job Stress and Other Working Conditions: Relationships with Smoking Behaviors in a Representative Sample of Working Australians. *American Journal of Industrial Medicine* 2007;50:584–596.
- 34- Andersen I, Rasmussen NK, Ostergren PO et al. Does job strain mediate the effect of socioeconomic group on smoking behaviour? The impact of different health policies in Denmark and Sweden. *Scandinavian Journal of Public Health* 2008;36:598-606.
- 35- Boeuf-Cazou O, Lapeyre-Mestre M, Niezborala M et al. Profile of psychoactive substances consumption in workplace. *Therapie* 2011;66:155-65.

Tabela 1: Descrição da amostra do estudo. Trabalhadores municipais da saúde de Belo Horizonte, M.G. – 2009.

Table 1: Description of the study sample. Health personnel in Belo Horizonte, M.G. – 2009.

CARACTERÍSTICAS INDIVIDUAIS	N	%
Características sociodemográficas		
Sexo	1788	
Feminino	1281	71,6
Masculino	507	28,4
Idade	1783	
Até 34 anos	567	31,8
De 35 a 46 anos	608	34,1
47 anos ou mais	608	34,1
Cor	1749	
Branco	739	42,3
Não branco	1010	57,8
Situação conjugal	1793	
Com companheiro (a)	975	54,4
Sem companheiro (a)	818	45,6
Grau de escolaridade	1785	
Superior completo ou pós graduação	662	37,1
Médio, técnico ou superior incompleto	968	54,2
Fundamental	155	8,7
Condições de saúde		
Falta/afastamento/licença por motivo saúde (últimos 12 meses)	1770	
Não	908	51,3
Sim	862	48,7
Transtorno mental comum	1664	
Ausente	1265	76,0
Presente	399	24,0
Tabagismo	1759	
Não fumante	1187	67,5
Ex fumante	296	16,8
Fumante atual	276	15,7
CARACTERÍSTICAS DO EMPREGO		
Cargo	1643	
Médicos	234	14,2
Enfermeiros e técnico de enfermagem	228	13,9
Dentistas e técnicos de odontologia	77	4,7
Bioquímicos e técnicos de laboratório	44	2,7
Profissionais envolvidos com a vigilância	113	6,9
Agentes comunitários de saúde	223	13,6
Fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, psicólogos e afins	23	1,4
Profissionais técnicos de nível superior	57	3,5
Profissionais técnicos de nível médio	266	16,2
Administrativos, serviços gerais e outros	378	23,0
Tempo de trabalho no serviço público (em anos)	1758	
Até 10	942	53,6
Acima de 10	816	46,4
Tempo de trabalho na unidade atual (em anos)	1733	
Até 5	879	50,7
Acima de 5	854	49,3

(continuação) Tabela 1

CARACTERÍSTICAS DO EMPREGO	N	%
Regime de trabalho	1719	
Diurno	1664	96,8
Noturno	55	3,2
Vínculo atual	1758	
Municipal com concurso	1035	58,9
Municipalizado	190	10,8
Contratado sem concurso	486	27,7
Estagiário	47	2,7
Possui outro trabalho	1576	
Não	985	62,5
Sim	591	37,5
Jornada neste trabalho (em horas)	1763	
Até 36	822	46,6
40 a 44	941	53,4
Jornada total (em horas)	1549	
Até 36	318	20,5
37 a 44	745	48,1
45 ou mais	486	31,4
Rendimento bruto mensal (em reais)	1654	
Até 600	473	28,6
De 601 a 1200	516	31,2
Acima de 1201	665	40,2
CARACTERÍSTICAS DO TRABALHO		
Relação entre exigências e recursos disponíveis	1782	
Boa	617	34,6
Regular	900	50,5
Ruim/muito ruim	265	14,9
Condições do ambiente de trabalho	1711	
Ótimas	275	16,1
Satisfatórias	374	21,9
Razoáveis	460	27,0
Precárias	602	35,2
Demanda física do trabalho	1740	
Baixa	1172	67,4
Alta	568	32,6
Aspectos psicossociais do trabalho		
Modelo demanda-controle	1630	
Baixa exigência	318	19,5
Trabalho passivo	499	30,6
Trabalho ativo	407	25,0
Alta exigência	406	24,9
Suporte social	1665	
Baixo	894	53,7
Alto	771	46,3
Demanda emocional do trabalho	1781	
Baixa demanda	451	25,3
Alta demanda	1330	74,7

Observação: Houve discrepâncias nas taxas de resposta para cada variável, explicando as diferenças internas.

Tabela 2: Prevalência de tabagismo e resultados da análise univariável. Trabalhadores municipais da saúde de Belo Horizonte, M.G. – 2009.

Table 2: Prevalence of smoking and results of bivariate analysis. Health personnel in Belo Horizonte, M.G. – 2009.

CARATERÍSTICAS INDIVIDUAIS	P (%)	RC (IC 95%)	Valor-p
Características Sociodemográficas			
Sexo			
Feminino	13,1	1,00	
Masculino	22,2	1,90 (1,45-2,48)	<,001***
Idade (em anos)			
Até 34	17,2	1,00	
De 35 a 46	14,0	0,79 (0,57-1,08)	0,144
47 ou mais	16,3	0,94 (0,69-1,28)	0,701
Cor			
Branco	13,7	1,00	
Não branco	16,5	1,24 (0,95-1,63)	0,118
Situação conjugal			
Com companheiro (a)	15,2	1,00	
Sem companheiro (a)	16,3	1,09 (0,84-1,41)	0,515
Grau de escolaridade			
Superior completo ou pós graduação	11,7	1,00	
Médio, técnico ou superior incompleto	17,4	1,59 (1,18-2,13)	0,002**
Fundamental	22,5	2,20 (1,40-3,45)	<,001***
Condições de saúde			
Falta/afastamento/licença por motivo saúde (últimos 12 meses)			
Não	17,5	1,00	
Sim	13,7	0,75 (0,58-0,97)	0,029*
Transtorno mental comum			
Ausente	15,9	1,00	
Presente	15,7	0,99 (0,72-1,35)	0,932
CARACTERÍSTICAS DO EMPREGO			
Cargo			
Médicos	7,9	1,00	
Enfermeiros e técnico de enfermagem	12,8	1,72 (0,92-3,21)	0,089
Dentistas e técnicos de odontologia	11,8	1,57 (0,68-3,67)	0,293
Bioquímicos e técnicos de laboratório	9,3	1,20 (0,39-3,74)	0,751
Profissionais envolvidos com a vigilância	24,3	3,77 (1,97-7,20)	<,001***
Agentes comunitários de saúde	18,6	2,68 (1,49-4,84)	0,001**
Fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, psicólogos e afins	8,7	1,12 (0,24-5,15)	0,888
Profissionais técnicos de nível superior	8,8	1,13 (0,40-3,18)	0,821
Profissionais técnicos de nível médio	14,5	1,99 (1,10-3,59)	0,023*
Administrativos, serviços gerais e outros	20,1	2,94 (1,71-5,07)	<,001***
Tempo de trabalho no serviço público (em anos)			
Até 10	16,2	1,00	
Acima de 10	15,0	0,91 (0,70-1,18)	0,478
Tempo de trabalho na unidade atual (em anos)			
Até 5 anos	16,6	1,00	
Acima de 5 anos	14,7	0,86 (0,66-1,12)	0,274

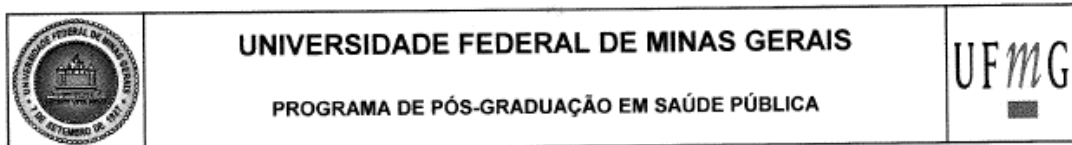
(continuação) Tabela 2

CARACTERÍSTICAS DO EMPREGO	P (%)	RC (IC 95%)	Valor-p
Regime de trabalho			
Diurno	16,0	1,00	
Noturno	11,3	0,67 (0,28-1,59)	0,364
Vínculo atual			
Municipal com concurso	12,7	1,00	
Municipalizado	18,4	1,56 (1,03-2,36)	0,037*
Contratado sem concurso	21,0	1,83 (1,37-2,44)	<,001***
Estagiário	13,3	1,06 (0,44-2,56)	0,893
Possui outro trabalho			
Não	15,6	1,00	
Sim	14,6	0,93 (0,69-1,24)	0,606
Jornada neste trabalho (em horas)			
Até 36	15,3	1,00	
40 a 44	15,6	1,02 (0,78-1,32)	0,887
Jornada total (em horas)			
Até 36	17,2	1,00	
37 a 44	14,8	0,84 (0,59-1,20)	0,342
45 ou mais	16,0	0,92 (0,62-1,35)	0,661
Rendimento bruto mensal (em reais)			
Até 600	17,7	1,00	
De 601 a 1200	18,5	1,06 (0,76-1,47)	0,738
Acima de 1201	12,6	0,67 (0,48-0,93)	0,017*
CARACTERÍSTICAS DO TRABALHO	P (%)	RC (IC 95%)	Valor-p
Relação entre exigências e recursos disponíveis			
Boa	18,4	1,00	
Regular	13,7	0,70 (0,53-0,93)	0,013*
Ruim/muito ruim	16,4	0,87 (0,59-1,28)	0,477
Condições do ambiente de trabalho			
Ótimas	21,4	1,00	
Satisfatórias	13,8	0,59 (0,39-0,89)	0,012*
Razoáveis	15,4	0,67 (0,46-0,99)	0,044*
Precárias	14,5	0,63 (0,43-0,91)	0,013*
Demanda física do trabalho			
Baixa	17,3	1,00	
Alta	12,4	0,67 (0,50-0,91)	0,009*
Aspectos psicossociais do trabalho			
Modelo demanda-controle			
Baixa exigência	14,0	1,00	
Trabalho passivo	17,2	1,27 (0,85-1,89)	0,237
Trabalho ativo	16,2	1,18 (0,78-1,79)	0,426
Alta exigência	14,9	1,07 (0,70-1,63)	0,750
Suporte social			
Baixo	14,7	1,00	
Alto	15,3	1,05 (0,80-1,38)	0,736
Demanda emocional do trabalho			
Baixa	19,4	1,00	
Alta	14,2	0,69 (0,52-0,91)	0,009*

Tabela 3: Prevalência de tabagismo e resultados da análise multivariável. Trabalhadores municipais da saúde de Belo Horizonte, MG – 2009.

Table 3: Prevalence of smoking and results of bivariate analysis. Health personnel in Belo Horizonte, MG – 2009.

Variáveis	RC (IC 95%)	Valor-p
Sexo		
Feminino	1,00	
Masculino	1,98 (1,45-2,70)	<0,001***
Cargo		
Médicos	1,00	
Enfermeiros e técnicos de enfermagem	2,31 (1,21-4,41)	0,011*
Dentistas e técnicos de odontologia	1,88 (0,80-4,44)	0,149
Bioquímicos e técnicos de laboratório	1,04 (0,29-3,74)	0,958
Profissionais envolvidos com a vigilância	3,59 (1,87-6,91)	<0,001***
Agentes comunitários de saúde	3,58 (1,94-6,61)	<0,001***
Fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, psicólogos e afins	1,33 (0,29-6,22)	0,713
Profissionais técnicos de nível superior	1,38 (0,48-3,93)	0,550
Profissionais técnicos de nível médio	2,45 (1,33-4,51)	0,004**
Administrativos, serviços gerais e outros	2,87 (1,64-5,01)	0,001**
Relação entre exigências e recursos disponíveis		
Boa	1,00	
Regular	0,70 (0,51-0,94)	0,020*
Ruim/Muito Ruim	0,86 (0,56-1,33)	0,499



FOLHA DE APROVAÇÃO

Prevalência do tabagismo e seus fatores associados entre trabalhadores do Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte

LUIZ FÁBIO MACHADO BARBOSA

Dissertação submetida à Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em SAÚDE PÚBLICA, como requisito para obtenção do grau de Mestre em SAÚDE PÚBLICA, área de concentração SAÚDE PÚBLICA.

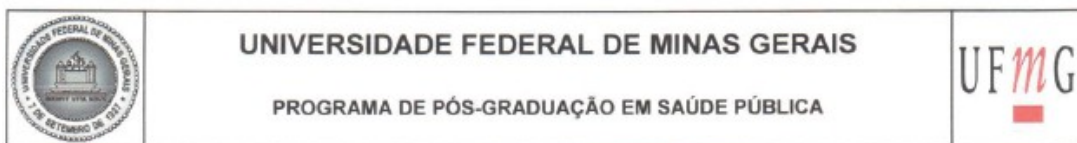
Aprovada em 11 de fevereiro de 2014, pela banca constituída pelos membros:


Prof(a). Carla Jorge Machado - Orientador
UFMG


Prof(a). Adriane Mesquita de Medeiros
UFMG


Prof(a). Luiz Sergio Silva
UFV

Belo Horizonte, 11 de fevereiro de 2014.



ATA DA DEFESA DA DISSERTAÇÃO DO ALUNO **LUIZ FÁBIO MACHADO BARBOSA**

Realizou-se, no dia 11 de fevereiro de 2014, às 14:00 horas, Faculdade de Medicina, da Universidade Federal de Minas Gerais, a defesa de dissertação, intitulada *Prevalência do tabagismo e seus fatores associados entre trabalhadores do Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte*, apresentada por LUIZ FÁBIO MACHADO BARBOSA, número de registro 2012653787, graduado no curso de TERAPIA OCUPACIONAL, como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em SAÚDE PÚBLICA, à seguinte Comissão Examinadora: Prof(a). Carla Jorge Machado - Orientador (UFMG), Prof(a). Adriane Mesquita de Medeiros (UFMG), Prof(a). Luiz Sergio Silva (UFV).

A Comissão considerou a dissertação:

Aprovada

Reprovada

Finalizados os trabalhos, lavrei a presente ata que, lida e aprovada, vai assinada por mim e pelos membros da Comissão.
Belo Horizonte, 11 de fevereiro de 2014.



Prof(a). Carla Jorge Machado (Doutora)



Prof(a). Adriane Mesquita de Medeiros (Doutora)



Prof(a). Luiz Sergio Silva (Doutor)