

Iara Barreto Bassi

**OCUPAÇÃO E DISFONIA EM SERVIDORES MUNICIPAIS
DE BELO HORIZONTE**

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

2014

Iara Barreto Bassi

**OCUPAÇÃO E DISFONIA EM SERVIDORES MUNICIPAIS
DE BELO HORIZONTE**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito final para obtenção do título de doutor em Saúde Pública (área de concentração em Epidemiologia).

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Ada Ávila Assunção

Belo Horizonte

2014

Bassi, Iara Barreto.
B318o Ocupação e disfonia em servidores municipais de Belo Horizonte
[manuscrito]. / Iara Barreto Bassi. - - Belo Horizonte: 2014.
95f.
Orientador: Ada Ávila Assunção.
Área de concentração: Saúde Pública.
Tese (doutorado): Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de
Medicina.

1. Disfonia. 2. Condições de Trabalho. 3. Saúde do Trabalhador. 4.
Empregados do Governo. 5. Fatores de Risco. 6. Dissertações Acadêmicas.
I. Assunção, Ada Ávila. II. Universidade Federal de Minas Gerais,
Faculdade de Medicina. III. Título.

NLM: WA 400

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

Reitor

Prof. Jaime Arturo Ramírez

Vice-Reitora

Profª. Sandra Regina Goulart Almeida

Pró-Reitor de Pós-Graduação

Prof. Rodrigo Antônio de Paiva Duarte

Pró-Reitora de Pesquisa

Profª. Adelina Martha dos Reis

FACULDADE DE MEDICINA

Diretor

Prof. Tarcizo Afonso Nunes

Chefe do Departamento de Medicina Preventiva e Social

Prof. Humberto José Alves

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA

Coordenadora

Profª. Sandhi Maria Barreto

Subcoordenadora

Profª. Ada Ávila Assunção

Colegiado

Profª. Ada Ávila Assunção

Profª. Sandhi Maria Barreto

Profª. Eli Iola Gurgel Andrade

Profª. Mariângela Leal Cherchiglia

Prof. Mark Drew Crosland Guimarães

Flávia Soares Peres (representante discente)



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA

UFMG

ATA DA DEFESA DE TESE DA ALUNA IARA BARRETO BASSI

Realizou-se, no dia 27 de novembro de 2014, às 13:00 horas, Sala 029, andar térreo da Faculdade de Medicina, da Universidade Federal de Minas Gerais, a defesa de tese, intitulada *OCUPAÇÃO E DISFONIA EM SERVIDORES MUNICIPAIS DE BELO HORIZONTE*, apresentada por IARA BARRETO BASSI, número de registro 2011660615, graduada no curso de FONOAUDIOLOGIA, como requisito parcial para a obtenção do grau de Doutor em SAÚDE PÚBLICA, à seguinte Comissão Examinadora: Prof(a). Ada Avila Assuncao - Orientador (UFMG), Prof(a). Ana Cristina Côrtes Gama (UFMG), Prof(a). Adriano Marçal Pimenta (UFMG), Prof(a). Fernando Garcia Benavides (UPF), Prof(a). Marcus Alessandro Alcantara (UFVJM).

A Comissão considerou a tese:

) Aprovada

) Reprovada

Finalizados os trabalhos, lavrei a presente ata que, lida e aprovada, vai assinada por mim e pelos membros da Comissão.

Belo Horizonte, 27 de novembro de 2014.

Prof(a). Ada Avila Assuncao (Doutora)

Prof(a). Ana Cristina Côrtes Gama (Doutora)

Prof(a). Adriano Marçal Pimenta (Doutor)

Prof(a). Fernando Garcia Benavides (Doutor)

Prof(a). Marcus Alessandro Alcantara (Doutor)



FOLHA DE APROVAÇÃO

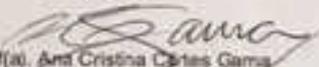
OCUPAÇÃO E DISFONIA EM SERVIDORES MUNICIPAIS DE BELO HORIZONTE

IARA BARRETO BASSI

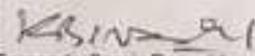
Tese submetida à Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em SAÚDE PÚBLICA, como requisito para obtenção do grau de Doutor em SAÚDE PÚBLICA, área de concentração EPIDEMIOLOGIA.

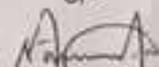
Aprovada em 27 de novembro de 2014, pela banca constituída pelos membros:


Prof(a). Ada Avila Assuncao - Orientador
UFMG


Prof(a). Ana Cristina Cortes Gama
UFMG


Prof(x). Adriano Marçal Pimenta
UFMG


Prof(a). Fernando Garcia Benavides
UPF


Prof(a). Marcus Alessandro Alicantara
UFVJM

Belo Horizonte, 27 de novembro de 2014.

AGRADECIMENTOS

Meus sinceros agradecimentos

À Ada Ávila Assunção pela sublime orientação, sempre disponível e atenciosa. Agradeço toda a confiança e oportunidades ao longo dos anos de convivência.

Aos professores da pós-graduação que abriram horizontes.

Ao Professor Fernando Benavides, pela receptividade e oportunidades oferecidas durante o estágio na Universidade Pompeu Fabra.

À Fundação de Amparo e Pesquisa do Estado de Minas Gerais (FAPEMIG), pela bolsa concedida no primeiro ano de doutorado e pela bolsa concedida em meu estágio na Universidade Pompeu Fabra .

À FHEMIG e principalmente à minha coordenação do Hospital João XXIII por aceitar a flexibilização dos meus horários de trabalho e pela liberação para a realização do doutorado sanduiche. Aos colegas de trabalho, em especial a Camila, pelo grade apoio.

Aos funcionários da Faculdade de Medicina da UFMG, especialmente do Centro de Pós-Graduação, do Centro de Informática e do setor de Áudio-Visual pelo suporte técnico às atividades acadêmicas.

Aos funcionários da PBH pela disponibilidade e presteza em contribuir com informações para este trabalho.

Aos colegas da pós-graduação que não hesitaram em acolher, dividir, ensinar e incentivar.

À minha família pela compreensão nos momentos de ansiedade e ausência e pelos estímulos inesgotáveis.

Ao Igor pela amizade, apoio e carinho.

A Deus que me rodeou de pessoas do bem e competentes.

RESUMO

Antecedentes: está reconhecido o peso da situação socioeconômica quando se estudam os diferenciais na distribuição dos eventos de saúde. As diferenças sociais explicam porque os grupos em desvantagem experimentam sistematicamente pior saúde ou maior risco de adoecimento que os grupos em vantagem. A associação entre categoria ocupacional e adoecimento pode ser atribuída a um diferencial de distribuição das condições de trabalho (tipo e qualidade) para os grupos ocupacionais. Com o crescimento do setor público, a massa de trabalhadores está submetida a novas formas de gestão da força de trabalho. Esse cenário indica uma tendência à precarização nas relações de emprego que promove, com isso, a intensificação do trabalho no serviço público e culmina, muitas vezes, com o adoecimento dos trabalhadores. As diferenças na distribuição das morbidades vocais de acordo com a profissão justificaram medidas de saúde e segurança no ambiente de trabalho em vários países e elas são baseadas em evidências concernentes ao peso dos fatores ambientais e contextuais no desencadeamento ou agravamento dos sintomas vocais. A comparação dos grupos de acordo com os diferenciais de trabalho é útil para se avaliar equidade e amparar a formulação de políticas públicas.

Objetivo: investigar a associação entre disfonia e *status* ocupacional entre servidores municipais de Belo Horizonte.

Métodos: em 2009 obteve-se uma amostra de 5.646 (14%) do universo de 38.304 servidores municipais de Belo Horizonte. Um questionário foi disponibilizado em sítio da internet elaborada com referência na pergunta: “*Algum médico já lhe disse que você tem disfonia?*”, sendo as possíveis respostas sim ou não. As variáveis explicativas selecionadas foram; 1) sociodemográficas: faixa etária, situação conjugal e declaração de filhos; 2) características do trabalho: *status* ocupacional, ruído e características psicossociais; 3) saúde e hábitos de vida: transtorno mental, rinite/sinusite, atividade física. A análise

multivariável foi realizada estratificando a amostra por gênero, pois, no caso da disфония, tal aspecto assume relevância na explicação do desfecho. Estimou-se um modelo de regressão logística baseado no modelo teórico. Permaneceram no modelo final as variáveis com nível de significância de $<0,05$.

Resultados: participaram do estudo 1.729 (32,25%) trabalhadores do sexo masculino e 3.632 (67,75%) do sexo feminino, a maior proporção de trabalhadores foi observada na faixa etária de 40 a 49 anos de idade (29,61% masculino, 36,73% feminino). Evidenciou-se efeito distinto entre homens e mulheres quando as associações com a disфония foram descritas. Diferentemente do sexo masculino, os fatores ocupacionais influenciaram o desfecho no grupo feminino. No grupo masculino, encontraram-se associações significativas entre disфония e características sociodemográficas, aspectos relacionados à saúde e hábitos de vida. No grupo feminino, foram encontradas associações significativas entre disфония e características sociodemográficas, trabalho e aspectos relacionados à saúde e hábitos de vida.

Conclusão: a disфония está relacionada à faixa etária, às características do trabalho (para as mulheres), saúde e hábitos de vida, resultados que sustentam a necessidade de políticas voltadas para a prevenção dos fatores de risco eminentes. Diferenciais de gênero devem ser considerados nas ações de promoção da saúde no grupo de servidores municipais. Ao adotar o conceito de gênero, procurou-se chamar a atenção para construção social e histórica do feminino e do masculino e para as relações sociais entre os sexos, marcadas, em nossa sociedade, por uma forte assimetria.

Palavras-chave: disфония, condições de trabalho, saúde ocupacional, servidores públicos.

ABSTRACT

Background: it is recognized the influence of socioeconomic status when studying the differences in the distribution of health events. Social differences explain why disadvantaged groups systematically experience worse health or increased health risk compared to the groups in advantage. The association between occupational category and the illness can be attributed to a differential distribution of working conditions (type and quality) for the occupational groups. With the growth of the public sector, workers are subjected to new forms of management of the workforce. This scenario indicates a tendency to precariousness employment relations that promote intensification of work in public service and often cause illness among workers. The differences in the distribution of vocal morbidity according to the profession justified measures of health and safety in the workplace in several countries and they are based on evidence of environmental and contextual factors in the development of vocal symptoms. The comparison of groups according to the differential work is useful to assess equity and sustain the formulation of public policies.

Objective: to investigate the association between occupational status and the distribution of dysphonia of municipal employees of Belo Horizonte.

Methods: in 2009, a sample of 5646 (14%) of the population of 38 304 municipal employees of Belo Horizonte was obtained. A questionnaire was made available on an Internet Web site that could be entered only after the respondent had given consent. The response variable was drawn up with reference to the question: “Has a doctor ever told you that you have dysphonia?,” for which the possible responses were yes or no. The explanatory variables were selected; 1) Socio-demographic: age group, conjugal situation and children, 2) work characteristics: occupational status, noise and psychosocial demand, 3) health and lifestyle characteristics: mental disorder, rhinitis/sinusitis and physical

activity. Multivariate analysis was performed by stratifying the sample by gender, as in the case of dysphonia such aspect has some relevant in explaining the outcome. Was estimate logistic regression model based on the theoretical model. The final model included the variables with a significance level of <0.05 .

Results: participated in the study 1,729 (32.25%) male workers and 3,632 (67.75%) were females, the highest proportion of workers was observed in the age group 40-49 years old (29.61% male, 36.73% female). The associations relating to dysphonia were found to be different between men and women. Differing from men, occupational factors influenced the outcome among women. Among men, there were significant associations between dysphonia and sociodemographic characteristics, health-related factors, and lifestyle factors. In the female group, significant associations between dysphonia and sociodemographic characteristics, work and health-related characteristics and lifestyle habits were found.

Conclusion: dysphonia is related to age, the characteristics of the job (for women), health and lifestyle, support the need for policies aimed at the prevention of eminent risk factors. Gender differentials should be taken into consideration in health promotion actions among this group of municipal employees. By adopting the concept of genre, we tried to draw attention to the social and historical construction of feminine and masculine and social relations between the sexes, in our society marked by strong asymmetry.

Key words: Dysphonia, Occupational health, Public servants, Working conditions.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	14
2 ELEMENTOS TEÓRICOS	17
2.1 Ocupação e saúde	17
2.2 Ocupação nos serviços públicos	21
2.3 Disfonia ocupacional	24
3 OBJETIVOS	28
4 METODOLOGIA	29
4.1 Desenho do estudo e pressupostos metodológicos	29
4.2 População do estudo	29
4.3 Procedimento de coleta de dados	34
4.4 Considerações éticas	36
4.5 Instrumento de coleta de dados	36
4.6 Definição do <i>status</i> ocupacional para a amostra estudada	38
4.6.1 Operacionalização do ISEI para a pesquisa de saúde dos servidores municipais	40
4.7 Variáveis selecionadas para o estudo	45
4.8 Análise estatística	47
5 RESULTADOS	49
5.1 Descrições da população do estudo sobre disfonia	49
5.2 Proporções de disfonia entre homens e mulheres	51
5.3 Modelo final	54
6 DISCUSSÃO	57
7 CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES	62
8 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	68
9 ANEXOS	75
9.1 Ata do exame de qualificação	76
9.2 COEP	78
9.3 Questionário	80

LISTA DE FIGURAS, QUADROS E TABELAS

Tabela 1: Distribuição de servidores e empregados públicos que relataram cansaço para falar, segundo o cargo ocupado, 2009.	26
Figura 1: Figura representativa da distribuição da frequência (absoluta e porcentagem) dos respondentes de acordo com regional do serviço (n=5.263).	30
Tabela 2. Distribuição do conjunto de servidores/ empregados Públicos da Prefeitura de Belo Horizonte e respondentes de acordo com as características estudadas em 2009.	31
Tabela 3 – Distribuição dos servidores/empregados públicos e dos questionários respondidos, por local de trabalho, Belo Horizonte, 2009.	33
Quadro 1. Blocos do questionário de saúde do servidor e empregado público municipal, Belo Horizonte, 2009.	37
Tabela 4. Número total de funções por classificações utilizadas.	41
Tabela 5. Distribuição dos cargos e funções da PBH pertencentes ao <i>status</i> ocupacional alto.	42
Tabela 6. Distribuição dos cargos e funções da PBH pertencentes ao <i>status</i> ocupacional médio alto.	43
Tabela 7. Distribuição dos cargos e funções da PBH pertencentes ao <i>status</i> ocupacional médio baixo.	44
Tabela 8. Distribuição dos cargos e funções da PBH pertencentes ao <i>status</i> ocupacional baixo.	45
Figura 2. Modelo estruturado em blocos para análise do diagnóstico de disfonia em servidores municipais de Belo Horizonte.	46
Tabela 9. Distribuição das variáveis sociodemográficas de acordo com sexo, servidores da PBH 2009.	49
Tabela 10. Distribuição das variáveis relacionadas ao trabalho de acordo com sexo, servidores da PBH 2009.	50
Tabela 11. Distribuição das variáveis relacionadas à saúde e hábitos de vida acordo com sexo, servidores da PBH 2009.	51
Tabela 12. Frequência de disfonia e análise univariada segundo características sociodemográficas, servidores da PBH 2009.	52

Tabela 13. Frequência de disfonia e análise univariada segundo características do trabalho, servidores da PBH 2009.	52
Tabela 14. Frequência de disfonia e análise univariada segundo saúde e hábitos de vida, servidores da PBH 2009.	54
Tabela 15. Modelo final das variáveis associadas a disfonia por sexo, servidores da PBH 2009.	56

1 INTRODUÇÃO

Este trabalho, articulado à 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), é parte integrante do estudo intitulado “Diagnóstico de saúde do servidor e do empregado público da prefeitura de Belo Horizonte, 2009”. Busca examinar as associações entre condições de trabalho, percepção do estado de saúde geral e satisfação no trabalho em uma população de servidores públicos municipais. Ações e intervenções serão delineadas, uma vez obtidos e sistematizados os dados sobre a percepção de saúde da população dos servidores e empregados públicos municipais.

As atividades conduzidas desde 2011 incluíram a realização das disciplinas oferecidas em programas de pós-graduação da UFMG, a revisão da literatura, a análise estatística, a qualificação do projeto (Anexo 1), o estágio de doutorado no exterior (Universidade Pompeu Fabra) e a redação e submissão de três artigos científicos. Entre tais artigos, o intitulado *Diagnosis of dysphonia among municipal employees: individual and work factors* (Diagnóstico de disfonia em servidores municipais: fatores individuais e de trabalho) é a principal publicação deste doutorado, cujo o foco diz respeito à associação entre *status* ocupacional e distribuição de disfonia entre servidores municipais de Belo Horizonte.

Os outros dois artigos e um capítulo de um texto técnico em coautoria estão relacionados ao estudo base e foram elaborados com outros pesquisadores do Núcleo de Estudos Saúde e Trabalho da Faculdade de Medicina da UFMG, sendo eles os seguintes:

1 – Artigo em coautoria: *Absenteísmo-doença segundo autorrelato de servidores públicos municipais em Belo Horizonte*. O objetivo do estudo foi analisar o perfil de um conjunto de servidores públicos municipais que relataram, por ocasião de um inquérito, absenteísmo-doença nos últimos 12 meses. Publicado em 2013 no periódico *Revista Brasileira de Estudos de População*.

2 – Artigo em coautoria: *Dysphonia in teachers: individual factors, comorbidities, and occupational context* (Disfonia em professores: fatores individuais, co-morbididades e contexto ocupacional). O objetivo do estudo foi conhecer a proporção de docentes que relataram diagnóstico médico de disfonia e dimensionar as associações entre fatores individuais e de contexto e o evento de interesse. O artigo foi publicado em 2012 no periódico *Occupational Medicine*.

3 – Além dos três artigos, foi publicado um texto de caráter técnico intitulado “Saúde vocal e trabalho docente: evidência empíricas e estratégias de abordagem”, conteúdo da brochura *Promoção de saúde dos servidores municipais: abordagem e estratégias de intervenção, Belo Horizonte 2013*.

O aceite ou publicação de um artigo original em periódico Qualis B1 ou superior é uma condição para a defesa do doutorado, de acordo com o regulamento do PPGSP-UFMG, que foi cumprida. Assim desenvolvidas as atividades, estão contemplados os requisitos para obtenção do título de doutorado em Saúde Pública, área de concentração em Epidemiologia.

Este volume está organizado sob a forma de Tese, de acordo com o regulamento do PPGSP-UFGM (ftp://ftp.medicina.ufmg.br/cpg/arquivos/2012/Regulamento_PPGSP.pdf); sendo incluídas as seguintes seções:

1. Introdução
2. Elementos teóricos
3. Objetivos
4. Métodos
5. Resultados
6. Discussão
7. Conclusões e Recomendações
8. Referências Bibliográficas
9. Anexos: aprovação em Banca de Qualificação no dia 18 de dezembro de 2012, aprovação do comitê de ética e questionário

2 ELEMENTOS TEÓRICOS

2.1. Ocupação e saúde

Classe social refere-se à formação de grupos sociais em decorrência das relações econômicas de uma sociedade. É, portanto, uma relação fundada pelas sociedades, e não algo inerente aos seres humanos. A representação da divisão da sociedade em classes é um modelo empregado por diferentes teorias de estratificação social. O estudo de tal relação social contribui para esclarecer alguns dos mecanismos pelos quais as desigualdades sociais se estabelecem, resultando em iniquidades em saúde (Kringer, 1997).

Dois autores, Marx e Weber, contribuíram para a Sociologia de várias formas, teorizando sobre as bases para a abordagem das classes sociais e apresentando modelos explicativos para as desigualdades identificadas na sociedade. Embora o conceito de classe em cada teoria possa diferir, sua definição é feita com base na inserção dos adultos na esfera da produção (Osorio, 2009).

O conceito de classe é central na teoria marxista, que assenta a ideia da dinâmica social derivada do conflito entre as classes que caracterizam um determinado modo de produção. As classes sociais diferenciam seus grupos pela posição nas relações de dominação e exploração travadas nas esferas de produção. Para a teoria marxista, a condição de classe determina o sujeito, sua visão de mundo, suas opções políticas, seus hábitos de consumo. O desenvolvimento da teoria marxista contribuiu para compreender a passagem de uma sociedade feudal, baseada na agricultura, na qual a classe proprietária das terras se diferenciava da classe dos camponeses, para uma nova sociedade, na qual através da Revolução Industrial a classe detentora do capital (proprietários das fábricas) se diferenciou dos operários. Outros indivíduos, tais como escribas, operadores e funcionários

públicos, por não contribuírem para a produção econômica, eram considerados ‘inúteis’ (não produtivos) e, assim não constituíam classes (Osorio, 2009).

O papel destinado à classe na teoria werberiana é mais modesto do que na teoria marxista. Para Weber, a classe é um dos canais de circulação do poder na sociedade, e, em sua concepção, a sociedade é composta de várias camadas e não apenas de duas. Para essa composição social contribuía outros fatores importantes, além do fator material. Ainda de acordo com Weber, a situação econômica semelhante dos trabalhadores de um grupo pode uni-los em torno da defesa de interesses compartilhados. Nessa perspectiva, as classes são grupos de pessoas que compartilham as mesmas condições de mercado, estando, os componentes desses grupos submetidos às mesmas restrições de ordem econômica. As ideias de Weber sobre a estratificação social embasam o uso de múltiplos indicadores nas análises sociológicas, como ocupação, educação e renda, viabilizando a operacionalização de tais dimensões (Galobardes, Lynch & Smith, 2007; Osorio, 2009).

A sociologia e a epidemiologia social consideram as diferenças sociais na definição da saúde e da doença. As diferenças sociais explicam porque os grupos em desvantagem experimentam sistematicamente pior saúde ou maior risco de saúde que grupos em vantagem, fenômeno denominado “diferenciais de saúde”. A comparação dos grupos de acordo com os diferenciais sociais é útil para se avaliar equidade e amparar a formulação de políticas públicas (Buss & Filho, 2007).

As explicações das desigualdades em saúde baseiam-se em duas ideias fundamentais: (1) a saúde é um produto social; (2) algumas formas de organização sociais são mais vantajosas do que outras. Sob esse prisma, entende-se que os mesmos processos determinantes da estruturação da sociedade são aqueles que produzem padrões de distribuição de doenças e mortalidade e geram as desigualdades sociais, visto que

condicionam o risco de exposição, a suscetibilidade, o curso e o resultado da doença em suas manifestações (Barata, 2009; Cockerham, 2007).

Abandonar a comparação entre estratos sociais em favor da comparação entre indivíduos para elaborar indicadores de saúde específicos “solapa”, aos termos de Braveman (2006), as preocupações de justiça distributiva. A invariabilidade das desigualdades em saúde – quanto pior a posição social, tanto pior a saúde – se mantém atual mesmo nos países mais avançados (Braveman, 2006).

A persistência das desigualdades socioeconômicas em saúde é um dos desafios da saúde pública. A maioria dos países, incluindo aqueles com elevado índices de prosperidade econômica e desenvolvimento humano, registra desigualdades sistemáticas na mortalidade e morbidade entre os cidadãos de acordo com suas posições socioeconômicas (educação, ocupação ou renda) (Mackenbach, 2012).

Não é útil ou teoricamente válido procurar um único ou ‘melhor’ indicador socioeconômico. Cada indicador enfoca um aspecto particular da estratificação social, que pode ser mais ou menos importante para diferentes resultados de saúde e em diferentes estágios do curso da vida (Naess, Claussen & Davey, 2004).

Os diferentes indicadores socioeconômicos, em graus variados, no geral, estão associados uns aos outros porque medem aspectos da estratificação social subjacentes. Entretanto, indica-se não abordar renda e educação como dimensões intercambiáveis, porque produzem efeitos distintos na saúde. Ademais correlações entre ambas não são tão fortes a ponto de justificar a sua equiparação. A renda pode variar em semelhantes níveis educacionais devido a diferenças sociais, tais como raça, sexo e idade (Braveman *et al.*, 2005).

A renda tem sido usada como indicador, considerando o fato de ser um preditor forte e robusto da saúde. Não é apropriado usar a renda como simples variável categórica,

uma vez que os intervalos estabelecidos podem não evidenciar o efeito sobre a saúde a cada unidade de mudança da renda (Kringer, 1997).

De acordo com revisão recente da literatura, educação é o indicador socioeconômico que exhibe de modo mais consistente uma associação com várias medidas de saúde e mortalidade por todas as causas e por causa específica em uma ampla variedade de contextos (Braveman *et al.*, 2005). A educação é fácil de mensurar, aplicável a quem não se encontra na população economicamente ativa e está associada a inúmeros indicadores de saúde. Entretanto, a mudança da escolaridade no período de vida adulta pode comprometer a capacidade do indicador em capturar mudanças que afetam a saúde no curso da vida. Além disso, o nível educacional não tem um significado estável, suas implicações econômicas e de saúde estão relacionadas à coorte de nascimento, posição de classe, raça e gênero (Elo, 2009).

Classificações ocupacionais são usadas frequentemente nos estudos epidemiológicos de base populacional. Classificações ocupacionais tanto medem aspectos particulares como se aproximam de mecanismos mais genéricos da posição socioeconômica relacionados às consequências de saúde. As classificações ocupacionais permitem capturar os aspectos relacionados com o trabalho e são fortemente relacionadas à renda. Portanto, qualquer associação entre ocupação e saúde pode indicar uma relação direta entre os recursos materiais e saúde. Ocupações também refletem *status* ou posições sociais, as quais podem estar relacionadas a resultados de saúde por causa das oportunidades, como acesso a melhores serviços de saúde, acesso à educação e às moradias saudáveis. Em contrapartida, trabalhadores desempregados, trabalhadores informais e estudantes não são contemplados nos estudos, gerando subestimação das diferenças sociais (Galobardes, Lynch & Smith, 2007).

A utilização das ocupações em pesquisas epidemiológicas favorece uma análise mais específica das relações entre os problemas de saúde e os agentes ou exposições relacionados ao trabalho. Tal utilização, obviamente, enriquece a análise e aumenta as chances de identificar ligações importantes entre saúde e trabalho, como também disponibiliza informações úteis para o desenvolvimento de recomendações e ações preventivas (Benavides *et al.*, 2009; García *et al.*, 2013).

Nesse cenário, resultados de pesquisas evidenciam associações entre ocupação e desfechos de saúde. Tratando-se de mortalidade por doenças específicas, trabalhadores que realizam tarefas predominantemente manuais têm maior chance de morrer em decorrência de doenças cardíacas e doenças gastrointestinais quando comparados aos trabalhadores não manuais (Kunst *et al.*, 1998). Associações entre ocupação e indicadores de morbidade referida também foram observadas. Trabalhadores com *status* ocupacional baixo declararam autoavaliação negativa de saúde e maior frequência de doenças crônicas quando comparados aos trabalhadores com *status* ocupacional alto (Dahl & Elstad, 2001). Em relação às condições de trabalho, ocupações caracterizadas por elevada carga física estão associadas a maiores frequências de absenteísmo de seus trabalhadores (Sampere *et al.*, 2011).

2.2 Ocupação nos serviços públicos

As tendências contemporâneas na estrutura do emprego influenciam a natureza das tarefas com efeitos diferenciados sobre a saúde dos trabalhadores. Em escala mundial, observa-se redução do proletariado industrial, fabril, tradicional, manual, estável e especializado, concomitante ao aumento da força de trabalho no setor de serviços. Em 2010, a maioria (78,4%) dos empregos formais, no Brasil, concentrou-se neste setor, o qual

foi responsável, em 2012, por 68,5% do Produto Interno Bruto (PIB) brasileiro. Intensivo em trabalho e capital humano, o setor de serviços é cada vez mais demandado como insumo nos demais setores da economia (Brasil, 2013).

Em 2010, os vínculos municipais passaram a representar nada menos que 52,6 % do total do setor público. A desconcentração desses vínculos no período examinado se deu principalmente a partir dos estados aos municípios, criando uma nova realidade para as políticas de controle do gasto público, assim como benefícios consideráveis para a efetividade das políticas sociais. A provisão de serviços públicos pelo município é recente. Os municípios vivem ainda processos de montagem e de aprendizagem na prestação de serviços (Brasil, 2011).

A ocupação no setor municipal brasileiro, campo do presente estudo, envolve um contingente expressivo de cerca de 5 milhões de vínculos. Tal expansão é a principal tendência observada na administração pública, cuja prestação de serviços aos cidadãos encontra-se progressivamente destinada às prefeituras municipais. Nesse âmbito, registram-se áreas importantes na geração de vínculos de trabalho, tais como educação, saúde e assistência social. Tanto os serviços de saúde quanto os de educação caracterizam-se por serem determinantes, geradores do emprego de força de trabalho, e seu impacto tem sido considerável para a expansão da ocupação pública municipal (Brasil, 2011). Diante da relevância desse segmento social, que inclui servidores municipais, é curioso notar as lacunas de intervenção e o desconhecimento ainda existente quanto à situação de saúde e características ocupacionais, justificando o interesse dessa pesquisa.

Mudanças recentes observadas no serviço público municipal podem estar vinculadas à desigualdades em saúde. Atribuições que antes eram realizadas parcial ou exclusivamente na esfera federal, após a Constituição Federal de 1988, passaram a ser realizadas pelos municípios e estados da federação. Entre essas atribuições destacam-se

principalmente as atividades de educação básica, de saúde e de assistência social, as quais geraram um grande número de postos de trabalho (Brasil, 2009; Brasil, 2011).

Vale destacar que, o crescimento da ocupação no setor público de modo geral tem sido feito de modo diferenciado. Em relação ao perfil da força de trabalho, mulheres constituem minoria na administração federal e maioria nos estados e municípios. Essa participação diferenciada pode ser explicada pela preponderância de mulheres em funções nas áreas da saúde, assistência social e educação, as quais, como já referido, são assumidas em maior parte pelos estados e municípios. Além disso, nos municípios, os homens, quando presentes, têm maior chance de ocuparem cargos em hierarquias superiores. O crescimento assim diferenciado introduz disparidades no serviço público que contribuem para vulnerabilidade ocupacional de trabalhadoras da educação, saúde e assistência social (Brasil, 2011).

Com o crescimento do setor público, a massa de trabalhadores, que vivencia uma suposta participação nas decisões quanto à gestão do processo de trabalho, está submetida a novas formas de gestão da força de trabalho. Sabe-se que na atualidade os trabalhadores estão submetidos a maiores exigências de qualificação para darem conta de executar múltiplas tarefas (Borges, 2010). Entretanto, como podemos observar em estudo realizado anteriormente, morbidades ainda são observadas no grupo de trabalhadores com maior qualificação (Fantini, Assunção & Machado, 2014). Esse cenário indica uma tendência à precarização nas relações de emprego que promovem, com isso, a intensificação do trabalho no serviço público e culminam muitas vezes com o adoecimento dos trabalhadores.

Ao considerar os estudos sobre disparidades em saúde, a ocupação tem sido menos explorada em comparação à renda e educação (Dalstra *et al.*, 2005). Não foram encontrados estudos brasileiros atuais interessados em examinar as conexões entre

ocupação e saúde dos servidores públicos, sendo essa a principal contribuição do presente estudo.

2.3 Disfonia ocupacional

A saúde está relacionada a um amplo espectro de fatores no tocante à qualidade de vida, incluindo um padrão adequado de alimentação e nutrição, de habitação e saneamento; boas condições de trabalho; oportunidades de educação ao longo da vida; ambiente físico limpo; apoio social para as famílias dos indivíduos; estilo de vida responsável e cuidados adequados à saúde (Buss, 2000). As atividades de trabalho contemplam e dão sentido à vida, sendo fundamentais para o ser humano posicionar-se como indivíduo. Condições de trabalho adequadas são determinantes para uma boa saúde (Martinez, Paraguay & Latorre, 2004).

Geralmente, a qualidade de trabalho está associada à qualidade do ambiente tanto quanto das condições laborais. A democratização das relações sociais nos locais de trabalho interfere na percepção dos trabalhadores quanto aos referidos fatores. Modelos de gestão que imprimem menos autonomia e controle do trabalho sobre os processos podem explicar condições contraditórias para o desenvolvimento da saúde. Esses incrementos expressam-se em um quadro de queixas, no qual prevalece uma espécie de “mal-estar físico e mental” (Lacaz, 2000). Entre os efeitos localizados na interseção intensidade e autonomia estão as demandas vocais com repercussões negativas sobre o aparelho fonador.

A disfonia é uma alteração da voz falada ou cantada que pode causar desconforto e dor corporal, resultando em restrições da vida cotidiana e limitações da atividade laboral. Fatores agudos e crônicos podem precipitar a disfonia. Citam-se carga vocal provocada

pelas demandas de trabalho, traumas físicos, estilo de vida, características do ambiente, medicações, problemas de saúde etc (ASHA, 2005; Epstein *et al.*, 2009).

Entre os problemas ocupacionais, a disfonia tem se destacado entre as causas de afastamento do trabalho. Foram registrados efeitos negativos tanto no nível profissional quanto nos planos social e econômico (Epstein *et al.*, 2009; Williams, 2003). Apesar da magnitude do problema (Assunção *et al.*, 2012; Medeiros *et al.*, 2008), ainda são necessários estudos que explorem a distribuição e os fatores associados à disfonia entre os servidores de diferentes ocupações de Belo Horizonte.

Com base no conceito clássico de saúde, pode-se afirmar que a saúde vocal representa o estado do equilíbrio entre a forma (sistema fonatório) e a função (fonação), de um lado, e a ação das forças que tendem a perturbá-los, de outro lado. Este inter-relacionamento não é passivo, é uma resposta ativa do organismo no sentido de se adaptar às exigências do ambiente. Entre a adaptação e a não adaptação ao uso profissional da voz existe uma graduação que se estende da eufonia à afonia (Almeida *et al.*, 2010).

De acordo com estimativas mais conservadoras, a incidência é de 7% na população geral, aumentando para 29% quando se considera a prevalência durante a vida. Tais estimativas são duplicadas quando se estudam grupos específicos de risco. De acordo com os registros de clínicas especializadas, alterações vocais são mais comuns em professores, cantores, enfermeiras, radialistas, monitores de ginástica. Os quadros diagnósticos se manifestam com queixas de fadiga vocal e rouquidão, os quais são intensificados em situações de uso intensivo da voz (Cohen *et al.*, 2012). A prevalência de queixas vocais específicas é maior no grupo dos professores quando comparados com outras ocupações. Por isso, esses profissionais enfrentam barreiras para executar suas atividades laborais (Roy *et al.*, 2004).

Em Belo Horizonte, o cenário observado corresponde ao registrado na literatura. A Tabela 1 ilustra a distribuição de servidores e empregados públicos que relataram cansaço para falar, segundo colhido no inquérito-alvo do presente estudo.

Tabela 1. Distribuição de servidores e empregados públicos que relataram cansaço para falar, segundo o cargo ocupado, 2009.

Cargo	N	%
Professor/Educador infantil	285	22
Agente de serviço de saúde	145	11,2
Gerente	97	7,5
Assistente administrativo	94	7,3
Técnico superior de saúde	54	4,2
Médico	48	3,7
Outros	495	38,3
Ignorados	75	5,8
Total	1293	100

Fonte: extraído de Rodrigues *et al.*, 2010.

Na categoria dos servidores públicos, os professores são especialmente vulneráveis aos problemas de voz. Observa-se que o professor faz parte de uma categoria profissional que requer a atenção fonoaudiológica, uma vez que ele depende da audição, da voz, da fala e da linguagem para o seu trabalho (recurso didático e interação professor-alunos). Concomitantemente o professor enfrenta problemas de saúde em função do exercício da profissão. A saúde da voz, dentre vários quesitos que permeiam a saúde do docente, está submetida à estrutura da organização do trabalho e a certos condicionantes provocados pela própria precarização desse exercício profissional (Gonçalves, Penteado & Silvério, 2005).

Quanto aos cofatores, os resultados são inconclusivos. Contudo, sabe-se que o estresse e a intensidade sonora são potentes riscos para a carga vocal, especialmente em mulheres. Pressão psicológica pode exercer papel relevante; de fato, professores que relatam problemas de voz seriam mais vulneráveis às doenças psiquiátricas, como ansiedade ou depressão (Nerrière *et al.*, 2009).

Está reconhecido o peso da situação socioeconômica quando se estudam os diferenciais na distribuição dos eventos de saúde (Mackenbach, 2012). Mas é também provável que a natureza das condições de trabalho modifique os efeitos da situação socioeconômica marcada pela renda e escolaridade (Lipscomb *et al.*, 2006). No tocante à disfonia, não foram encontrados estudos focados na referida problemática. Provavelmente, sobrevive a abordagem de cunho exclusivamente clínico, a qual pode fortalecer barreiras para alcançar novos horizontes explicativos (Medeiros, 2012).

As diferenças na distribuição das morbidades vocais de acordo com a profissão justificaram medidas de saúde e segurança no ambiente de trabalho em vários países; tais medidas são baseadas em evidências concernentes ao peso dos fatores ambientais e contextuais no desencadeamento ou agravamento dos sintomas vocais (Cobzeanu *et al.*, 2013). Em suma, disfonia é um problema de saúde, com desvantagem para as mulheres, de origem multifatorial, com clara predominância em indivíduos expostos a demandas vocais.

O distúrbio vocal é um problema de saúde pública com muitos desafios a serem superados. Até o momento não se conhecem ações dirigidas para mudar as condições reais de trabalho dos servidores. O presente estudo objetivou conhecer as associações entre ocupação e disfonia em uma amostra de servidores municipais.

3 OBJETIVOS

Objetivo geral

Analisar a associação de fatores individuais e ocupacionais com a disfonia em servidores municipais de Belo Horizonte, 2009.

Objetivos específicos

- Identificar a proporção de disfonia entre servidores municipais.
- Caracterizar os servidores municipais segundo variáveis individuais e ocupacionais.
- Conhecer os fatores associados à disfonia em servidores municipais.

4 METODOLOGIA

4.1 Desenho do estudo e pressupostos metodológicos

Esta tese consiste em um estudo epidemiológico de corte transversal do tipo censitário, de natureza descritiva sobre as condições de trabalho e saúde de servidores e empregados públicos municipais. A pesquisa foi coordenada pela Secretaria Municipal de Planejamento, Orçamento e Informação, em parceria com a adjunta de Recursos Humanos, com apoio da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). O diagnóstico faz parte do projeto sustentador “Gestão Estratégica de Pessoas”, que se insere na área de resultados ‘Modernidade’, uma das 12 que compõem o “Programa BH Metas e Resultados”.

Os estudos transversais, ou seccionais, são estudos epidemiológicos nos quais, fator e efeito são observados num mesmo momento histórico. São bastante empregados na saúde pública. Possuem vantagens de terem baixo custo, alto potencial descritivo e simplicidade analítica. Apresentam, no entanto, alguns problemas, quanto à vulnerabilidade a vieses. Ainda assim são apropriados para descrever características das populações e os seus padrões de distribuição (Gordis, 2004).

4.2 População do estudo

A seguir, será descrita a estruturação do serviço público municipal. É possível que tal estrutura favoreça as desigualdades em saúde, ou seja, contribua para o adoecimento entre servidores e empregados públicos. Servidor público é toda pessoa legalmente investida no exercício do cargo ou função pública, isto é, todos os indivíduos que estão a

serviço remunerado de pessoas jurídicas de direito público. São aqueles que ingressaram no serviço através de concurso público, para exercício de um cargo de provimento efetivo, e aqueles nomeados para cargo de provimento em comissão ou função de confiança. Esses ocupam cargo ou função pública (Braz, 1998).

Empregados públicos são ocupantes de emprego público nas sociedades de economia mista, empresas públicas e demais entidades de direito privado sob controle direto ou indireto do Estado, bem como os contratados para a prestação de serviços eventuais, por tempo determinado. Esses são regidos pela Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) e ocupam emprego público (Braz, 1998).

A população-alvo se constituiu de 38.304 servidores e empregados públicos das Administrações Direta e Indireta da Prefeitura de Belo Horizonte (PBH) elegíveis para participar do estudo. Foram excluídos os aposentados, os servidores de licença por motivo de saúde e os servidores cedidos a outras instituições. Todos os demais foram convidados a participar.

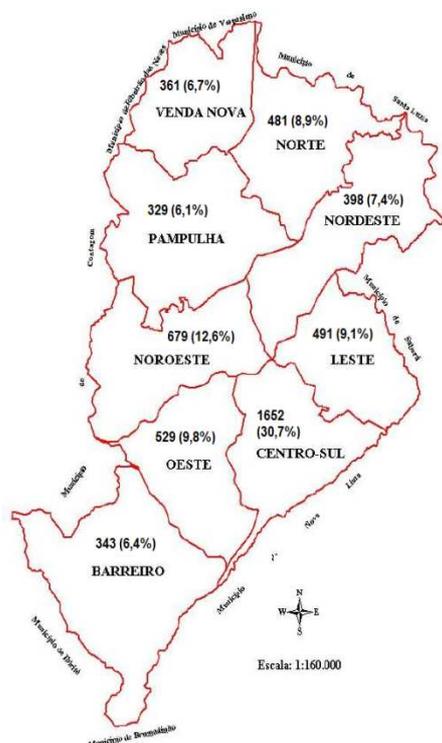


Figura 1: Figura representativa da distribuição da frequência (absoluta e porcentagem) dos respondentes de acordo com regional do serviço (n=5.263)

Acessaram o questionário 6.490 (16,9%), entre os quais 5.646 (14,7%) o responderam efetivamente. As regionais onde estão inseridos os respondentes são apresentadas na Figura 1.

Tabela 2. Distribuição do conjunto de servidores/ empregados Públicos da Prefeitura de Belo Horizonte e respondentes de acordo com as características estudadas em 2009.

	UNIVERSO	AMOSTRA	<i>p</i> *
Sexo N (%)			
Masculino	11.453 (29,9)	1.729 (30,6)	
Feminino	26.851 (70,1)	3.632 (64,3)	<0,001
VP	-	285 (5,0)	
Faixa etária N (%)			
18 – 19	38 (0,1)	5 (0,1)	
20 – 29	5.209 (13,6)	855 (15,1)	
30 – 39	9.768 (25,5)	1.367 (24,2)	
40 – 49	13.445 (35,1)	1.848 (32,7)	<0,001
50 – 59	7.929 (20,7)	1.023 (18,1)	
60 e +	1.915 (5,0)	198 (3,5)	
VP	-	350 (6,2)	
Escolaridade N (%)			
Analfabeto	84 (0,2)	26 (0,5)	
Fundamental	4.765 (12,4)	448 (7,9)	
Segundo grau	13.039 (34,0)	1.336 (23,7)	
Superior	15.433 (40,3)	1.713 (30,3)	<0,001
Pós-Graduação	4.983 (13,0)	1.831 (32,4)	
VP	-	292 (5,2)	

VP (valores perdidos)

*Teste qui-quadrado de Pearson

Extraído de: Rodrigues *et al.*, 2010

A regional Centro-Sul teve maior percentual de participação (30,7%), o que se justifica possivelmente pela concentração, nessa região, das funções e cargos do nível

central de todas as secretarias. Ainda de acordo com número de respondentes por região, oitenta trabalhadores (1,5%) não souberam responder e 33 (0,6%) não quiseram informar a região onde trabalham.

A seguir são apresentadas as porcentagens do universo elegível de trabalhadores e de respondentes de acordo com faixa etária, sexo e escolaridade (Tabela 2). Ambas as populações são homogêneas principalmente no que se refere à distribuição por faixa etária. Contudo, os dados indicam maior concentração de trabalhadores escolarizados se comparados ao universo elegível para o estudo.

Os dados da Tabela 3 explicitam a distribuição entre a população estudada e a elegível para o estudo segundo local de trabalho. Observa-se que, embora alguns locais de trabalho tenham ficado ‘sub’ ou ‘sobre’ representados, a amostra abrange trabalhadores de todos os locais da PBH. Chama a atenção o baixo percentual de resposta dos trabalhadores da Secretaria Municipal de Educação, o que pode ser resultado do apoio insuficiente do sindicato dos professores à época da realização do estudo.

Em relação à amostra, o perfil dos servidores municipais que participaram do estudo é semelhante ao universo em termos de sexo e idade e reflete as características dos servidores públicos municipais brasileiros em relação à escolaridade e participação feminina nos municípios (Rodrigues *et al.*, 2013).

Tabela 3. Distribuição dos servidores/empregados públicos e dos questionários respondidos, por local de trabalho, Belo Horizonte, 2009.

LOCAL DE TRABALHO	Nº de trabalhadores	%	Questionário respondido	%	% de resposta
Administração Direta					
Controladoria Geral do Município	94	0,3	42	0,9	44,7
Prefeitura (Central) e SMGO	280	0,7	35	0,7	12,5
Procuradoria Geral do Município	297	0,8	81	1,6	27,3
Secretarias de Administração Regional Municipal *	2.360	6,2	379	7,7	16,1
Secretaria Municipal de Educação - SMED	13.568	35,4	957	19,4	7,1
Secretaria Municipal de Finanças	664	1,7	133	2,7	20,0
Secretaria Municipal de Meio Ambiente	203	0,5	27	0,6	13,3
Secretaria Municipal de Planejamento	514	1,3	218	4,4	42,4
Secretaria Municipal de Política Social	615	1,6	144	2,9	23,4
Secretaria Municipal de Política Urbana	342	0,9	101	2,1	29,5
Secretaria Municipal de Saúde - SMSA	10.248	26,8	1.511	30,6	14,7
Secretaria Municipal de Segurança Urbana e Patrimonial	1.838	4,8	75	1,5	4,1
Administração Indireta					
Beneficência da Prefeitura Municipal de Belo Horizonte BEPREM	236	0,6	64	1,3	27,1
Companhia Urbanizadora de Belo Horizonte URBEL	232	0,6	70	1,4	30,2
Empresa de Informática e Informação do Município de BH PRODABEL	497	1,3	91	1,8	18,3
Empresa de Transporte e Transito de Belo Horizonte BHTRANS	1.086	2,8	161	3,3	14,8
Empresa Municipal de Turismo Bimotor	139	0,4	29	0,6	20,9
Fundação de Cultura	284	0,7	61	1,2	21,5
Fundação de Parques Municipais	83	0,2	41	0,8	49,4
Fundação Zoobotânica	193	0,5	92	1,9	47,7
Hospital Municipal Odilon Berhens HOB	2.285	6,0	189	3,8	8,3
Superintendência de Desenvolvimento da Capital SUDECAP	709	1,9	173	3,5	24,4
Superintendência de Limpeza Urbana SLU	1.537	4,0	263	5,3	17,1
Não quero responder			439		
Total	38.304		5.376		14,0

*Excluídos os servidores e empregados públicos das Secretarias de Saúde e Educação

Extraído de: Rodrigues *et al.*, 2010

4.3 Procedimento de coleta de dados

Foi disponibilizado na *web* um questionário – cuja construção será explicada mais adiante – a todos os servidores e empregados públicos municipais, o qual foi preenchido no próprio local de trabalho, uma vez tendo-se concordado em participar do inquérito.

O participante acessou o questionário pela intranet. Na página inicial, era solicitada a digitação do boletim de matrícula (BM) e do cadastro de pessoa física (CPF) do respondente. Após completar estes campos, abria-se uma tela com o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE). Ao final da leitura do TCLE apareciam duas opções: 1) Concordo em participar; 2) Não concordo em participar.

A tela com o questionário só era aberta se o indivíduo concordasse com o termo, caso contrário era automaticamente fechada. Apesar da abertura automática das telas, não havia nenhum *link* entre os arquivos que continham os números do BM e CPF e questionário.

A obrigatoriedade de identificação por meio do BM e CPF objetivou evitar duplicidade ou outra dificuldade na coleta de dados. Essa estratégia viabilizaria também o envio da relação dos participantes ao Comitê de Ética em Pesquisa, caso fosse solicitado, tendo em vista que este estudo, de âmbito institucional, previu apenas um TCLE digital. Em caso de não se utilizar esta estratégia, os pesquisadores não teriam como comprovar a aceitação do TCLE.

Vale ressaltar que a coleta de dados foi realizada por meio de questionário eletrônico. Questionários mediados por Internet representam uma nova ferramenta em ascensão para obtenção de dados. Investigações sobre as suas propriedades psicométricas mostraram que questionários *on-line* se equiparam aos confeccionados em papel em termos de confiabilidade e validade interna (Kraut *et al.*, 2004).

Dentre as vantagens da utilização dos questionários *on-line* podemos destacar: baixo custo, fácil disseminação da Internet quando deseja atingir grandes populações e otimização do tempo despendido para a coleta e tratamento dos dados (Evans & Mathur, 2005). A principal desvantagem da pesquisa mediada pela Internet é que as amostras geradas são autosseleccionadas, e portanto, potencialmente enviesadas (Kraut *et al.*, 2004). Tentou-se minimizar as desvantagens realizando os procedimentos descritos a seguir.

Aos trabalhadores com limitação ao uso do computador e/ou àqueles que optaram por participar do inquérito foi facultado o auxílio de facilitadores (estagiários de nível superior), especialmente treinados para a coleta.

A Empresa de Processamento de Dados do Município (Prodabel) avaliou preliminarmente o número e localização dos computadores em toda a PBH, visando identificar possíveis lacunas e conseqüente necessidade de reforço da estrutura. Foram oferecidas assim condições equânimes de participação.

A etapa-piloto avaliou o acesso ao questionário através da intranet, a adequação do instrumento de coleta de dados e a duração da resposta. Oficinas, nas quais foi padronizada a forma de aplicação, foram feitas com vistas a treinar os entrevistadores. Em princípio foi feita coleta física. Os entrevistadores se apresentavam no setor, e posteriormente procediam com a apresentação da lista de trabalhadores, para os quais apresentavam o projeto de pesquisa. No caso de concordância na participação do estudo, assinava-se o TCLE. Após término do preenchimento, eram recolhidos o questionário e o TCLE. Caso o trabalhador tivesse quaisquer dúvidas, estas eram anotadas na ficha 'diário de campo' para serem repassadas ao final do dia para o coordenador do trabalho de campo.

Realizou-se ampla divulgação junto às gerências e trabalhadores através de reuniões com o corpo gestor em todos os órgãos da PBH, chamadas na Internet e intranet e mensagens em contracheques, entre outros, com a finalidade de esclarecer os objetivos e a

importância da participação. Esta divulgação buscou adesão da totalidade dos elegíveis. Os sindicatos representativos dos servidores e empregados públicos municipais foram acionados e sensibilizados.

A fim de obter a representação de todos os órgãos da administração direta e indireta na pesquisa, foi realizado acompanhamento semanal do número de questionários preenchidos por meio de balanços sistematizados elaborados pela Prodabel. Desse modo a equipe de pesquisa pôde reforçar a divulgação com os gestores e trabalhadores dos locais com menor adesão.

4.4 Considerações éticas

Todos os participantes do estudo leram e concordaram com o TCLE. O projeto desta pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (COEP) da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte em 13 de agosto de 2009 (Parecer nº0054.0.410.000-09A) (Anexo 2).

4.5 Instrumento de coleta de dados

Para a coleta de dados, foi utilizado um questionário (Anexo 3) organizado em oito blocos de respostas, de acordo com o Quadro 1.

Quadro 1. Blocos do questionário de saúde do servidor e empregado público municipal, Belo Horizonte, 2009.

BLOCO 1: Dados demográficos e funcionais

Este bloco teve o objetivo de investigar o tempo de atividade e o histórico ocupacional no atual posto de trabalho, o tempo total de vida laborativa e a ocupação exercida no setor saúde.

BLOCO 2: Atividades domésticas e Hábitos de vida

O objetivo desta seção foi verificar a exposição não profissional dos indivíduos à sobrecarga de trabalho físico (principalmente atividades domésticas).

BLOCO 3: Estado de saúde

Figuram questões relativas a diagnósticos médicos firmados. Na sequência havia uma lista que se referia a queixas ou problemas de saúde segundo a percepção do servidor independentemente de diagnósticos. Uma série de perguntas focaliza possíveis confirmações entre sintomas, queixas ou diagnósticos e o trabalho ou profissão.

BLOCO 4: Vacinas

Tratou do calendário vacinal/imunização.

BLOCO 5: Ambiente de trabalho

Esta seção tratou do ambiente de trabalho, dos equipamentos de proteção e da exposição a riscos biológicos, químicos, físicos e organizacionais da atividade, a partir da percepção do trabalhador, das condições de conforto ambiental e da disponibilidade de equipamentos e materiais para o trabalho.

BLOCO 6: Atos de violência - Vitimização

Questões específicas sobre agressões sofridas ou presenciadas no trabalho e fora dele, envolvendo usuários, familiares, colegas ou hierarquia.

BLOCO 7: Demandas do trabalho

Foi utilizada a versão sueca resumida da escala Karasek, denominada *Demand Control Support Questionnaire* (DCSQ), a qual foi adaptada para o português. A referida escala tem o objetivo de contribuir para a investigação de variados desfechos de saúde que podem ter, em seu mecanismo causal, a contribuição do estresse no ambiente de trabalho. Neste bloco encontrou-se também o *Self Reporting Questionnaire* (SRQ-20), instrumento que avalia suspeição para transtornos mentais comuns.

BLOCO 8: Qualidade de vida

Foram utilizadas algumas questões da versão em português dos instrumentos de avaliação de qualidade de vida (WHOQOL), para avaliar relações entre a exposição ocupacional, a saúde e o tipo de vida do sujeito.

4.6 Definição do *status* ocupacional para a amostra estudada

A classificação de ocupações constitui-se hoje importante ferramenta para os pesquisadores na área de estratificação social. As classificações ocupacionais apresentam relevância sociológica, principalmente quando viabilizam projetos com potencialidades para responder a questões elaboradas pelos pesquisadores.

A ocupação se constitui um construto operacional básico para a identificação dos indivíduos e de suas famílias na pirâmide social. A identificação da inserção social dos indivíduos na sociedade com a posição por eles desempenhada no mercado de trabalho marca estudos de diferentes linhagens. Na tradição marxista, as relações de classe seriam determinadas pelas relações de produção, manifestadas pela posse ou não dos meios de produção. Nas abordagens weberianas, a estrutura de classe resultaria das desigualdades de oportunidades dos indivíduos diante do mercado (Jannuzzi, 2003).

Diferentes autores desenvolveram formas particulares de construção de medidas a partir das informações adquiridas das ocupações. Ribeiro (2007) esclarece as duas etapas de tais propostas investigativas: a) a primeira requer informações sobre as ocupações codificadas em milhares de categorias, geralmente fornecidas pelos Censos ou outras fontes; b) a segunda transfere as codificações encontradas nas classificações ocupacionais para medidas com relevância sociológica, preferencialmente aquelas que possam responder substantivamente às questões de interesse.

Por meio do conceito de *status* ocupacional é possível agrupar ocupações segundo suas similaridades quanto ao nível de rendimento proporcionado e de escolaridade requerida (ou observada), permitindo, de acordo com a hierarquização que as combina, classificar as ocupações em grupos segundo sua posição socioeconômica (Carvalhoes, Souza & Costa Ribeiro, 2009).

O Brasil já vem implantando, desde o Censo de 2000, ocupações classificadas de acordo com a Classificação Brasileira de Ocupação (CBO). Nesse sentido, o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) adere às padronizações, nacional e internacional, de classificação de ocupações, uma vez que a CBO tem como referência a Classificação Internacional Uniforme de Ocupação (CIUO 88). Esses movimentos em prol da “padronização” das classificações ocupacionais entre os países têm promovido muitas pesquisas internacionais além de proporcionar maior contato entre os centros de pesquisas em estratificação (Alves & Soares, 2009).

Em relação às escalas ocupacionais destacam-se: medidas de prestígio, classes de categorias nominais e escalas socioeconômicas (Alves & Soares, 2009; Jannuzzi, 2003). Note-se que cada uma das escalas tem uma lógica diferente de construção. As medidas de prestígio refletem a hipótese sociológica clássica de que o *status* ocupacional constitui-se como a única e mais importante dimensão na interação social. As classes de categorias nominais diferem da de prestígio e das socioeconômicas não somente por sua natureza discreta, mas também porque frequentemente combinam informações ocupacionais com aquelas relacionadas à situação de emprego, além de serem relacionadas a tipologias nominais.

Diante das informações sobre educação, ocupação e renda dos indivíduos disponíveis em *surveys* ou censos de 16 diferentes países foi construída uma escala denominada International Socio-Economic Index (ISEI) (Ganzeboom, Graaf & Treiman, 1992). O objetivo dos elaboradores é que o ISEI possa ser aplicado para a atribuição de um valor de nível socioeconômico em qualquer estudo, desde que registrada a ocupação dos indivíduos pesquisados, sem a necessidade de coletar dados primários sobre educação e a renda, características essas que justificam a escolha da referida escala na pesquisa aqui apresentada.

O ISEI foi revisto em outro trabalho (Ganzeboom & Treiman, 1996) para incluir a última revisão publicada do CIUO 88. A escala foi validada quanto à sua aplicabilidade em diferentes contextos e possui forte correlação com outras escalas. Na escala do ISEI, o menor escore, 16, foi atribuído às ocupações manuais, tais como serventes, empregados domésticos e trabalhadores rurais, e o maior, 90, à ocupação de juiz.

Para aplicar o ISEI à realidade brasileira, é preciso converter os códigos ocupacionais classificados pela CBO para CIUO 88. A construção desta escala, que se baseia no *International Stratification and Mobility File*, permite que se compare banco de dados de diferentes países, que vão desde países subdesenvolvidos aos países mais desenvolvidos. Além disso, é possível acompanhar tendências econômicas e mudanças no mercado de trabalho de forma a compreender as condições de oportunidades ocupacionais no contexto dos países. Entende-se, portanto, que configurar o ISEI aos códigos ocupacionais brasileiros abre-se uma porta de entrada para as pesquisas comparativas em estratificação social, identificando, especialmente, os níveis de desigualdade ocupacionais, econômicas, sociais, sensíveis às questões socioterritoriais entre o Brasil e outros países (Alves & Soares, 2009).

4.6.1 Operacionalização do ISEI para a pesquisa de saúde dos servidores municipais

Em 2009 a PBH contava com 384 funções do plano municipal de cargos e carreiras, dentre as quais 255 compuseram a amostra do presente estudo (Tabela 4). De acordo com o nome da função na PBH, procuramos em página da Internet do Ministério do Trabalho e Emprego o código da CBO correspondente. Nos casos em que não foi encontrada a correspondência direta entre PBH/CBO foram utilizadas estratégias para definir código que mais se assemelhasse à função, dentre as quais: (1) atribuições e competências da função;

(2) de escolaridade mínima exigida para exercer a função; (3) salário-base da função; (4) local de trabalho. Após a correspondência PBH/CBO, os códigos foram convertidos para CBO/CIUO88 por meio da tábua de conversão disponibilizada no *site* do Ministério do Trabalho e Emprego. A correspondência CIUO88/ISEI foi realizada por meio da sintaxe disponibilizada no *site International Stratification and Mobility File*.

O processo de codificação dependeu do consenso de três pesquisadores e foi cuidadosamente analisado em cada etapa para garantir a similaridade na definição atribuída aos códigos entre as diferentes classificações utilizadas e também para assegurar a hierarquia socioeconômica entre as funções.

A classificação ISEI apresentou valor mínimo de 23 e máximo 88, sendo a média 49,05 (DP 20,59). A variável foi categorizada em alto, médio-alto, médio-baixo e baixo por meio dos respectivos quartis: ≥ 29 ; 30-38; 39-69 e ≤ 70 (Tabela 4). Por fim, os pesquisadores realizaram pequenas alterações de posicionamento de certas funções que levaram em consideração rendimento básico e escolaridade mínima exigida.

Tabela 4. Número total de funções por classificações utilizadas

Classificações	Total
Funções da Prefeitura de Belo Horizonte	255
Classificação Brasileira de Ocupação (CBO)	108
<i>Clasificación Internacional Uniforme de Ocupaciones 88</i> (CIUO 88)	68
<i>International Socio-Economic Index</i> (ISEI)	32

Após criação da variável *status* ocupacional foi observada a representatividade das funções que compuseram cada categoria. Dentre as funções do *status* ‘alto’ os médicos compuseram a maior proporção; no *status* ‘médio-alto’, os professores; no *status* ‘médio-baixo’, os assistentes administrativos e, por fim, no *status* ‘baixo’, os auxiliares e agentes de saúde compuseram a maior proporção (Tabelas 5, 6, 7 e 8).

Tabela 5. Distribuição dos cargos e funções da PBH pertencentes ao status ocupacional alto.

	n	%
Médico	219	73,5
Auditor	30	10,1
Assessor	17	5,7
Advogado	13	4,4
Procurador	6	2,0
Secretário	6	2,0
Superintendente	4	1,3
Diretor presidente	2	0,7
Presidente da junta de julgamento	1	0,3
TOTAL	298	100

Tabela 6. Distribuição dos cargos e funções da PBH pertencentes ao *status* ocupacional médio alto.

	n	%
Professor	647	34,2
Gerente	414	21,9
Enfermeiro	138	7,3
Analista administrativo	121	6,4
Engenheiro	74	3,9
Analista de políticas públicas	71	3,8
Diretor	37	2,0
Psicólogo	33	1,8
Técnico de nível superior	38	2,0
Arquiteto	28	1,5
Analista técnico	28	1,5
Vice-diretor estabelecimento de ensino	26	1,4
Analista de informática	24	1,3
Odontólogo	21	1,1
Farmacêutico bioquímico	21	1,1
Assistente social	30	1,6
Fisioterapeuta	18	1,0
Analista de sistema	15	0,8
Fonoaudiólogo	15	0,8
Veterinário	13	0,7
Biólogo	12	0,6
Chefe de gabinete	10	0,5
Terapeuta ocupacional	9	0,5
Administrador	6	0,3
Turismólogo	5	0,3
Analista de gestão de recursos estratégicos	4	0,2
Bibliotecário	4	0,2
Nutricionista	4	0,2
Informática	3	0,2
Analista de relações comunitárias	2	0,1
Oficial de gabinete do prefeito	2	0,1
Jornalista	2	0,1
Contador	2	0,1
Economista	2	0,1
Epidemiologista	3	0,2
Analista fazendário	1	0,1
Chefe assessoria comunicação social adjunto	1	0,1
Chefe da assessoria de investimentos e parcerias	1	0,1
Contador geral do município	1	0,1
Estatístico	1	0,1
Secretário da junta de recursos fiscalização sanitária 2ª instância	1	0,1
Secretário da junta de julgamento fiscal	1	0,1
Educador físico	1	0,1
Sociólogo	1	0,1
TOTAL	1891	100

Tabela 7. Distribuição dos cargos e funções da PBH pertencentes ao *status* ocupacional médio baixo.

	n	%
Assistente administrativo	501	43,7
Guarda municipal	139	12,1
Técnico de enfermagem	76	6,6
Educador infantil	70	6,1
Atendente	61	5,3
Assistente de procuradoria	35	3,1
Agente de combate a endemias	27	2,4
Chefe de divisão	23	2,0
Assistente técnico	18	1,6
Técnico de informática	17	1,5
Técnico de higiene dental	16	1,4
Técnico de laboratório	15	1,3
Encarregado de serviços	14	1,2
Fiscal municipal de posturas	14	1,2
Técnico de nível médio	14	1,2
Chefe de departamento	13	1,1
Monitor de turma	11	1,0
Motorista	10	0,9
Chefe de seção	8	0,7
Encarregado	8	0,7
Fiscal municipal de controle ambiental	8	0,7
Técnico transporte e trânsito	8	0,7
Fiscal sanitário municipal	6	0,5
Fiscal municipal de obras	5	0,4
Técnico de patologia clínica	5	0,4
Técnico de segurança do trabalho	5	0,4
Telefonista	5	0,4
Fiscal municipal de atividades de vias urbanas	2	0,2
Técnico de contabilidade	2	0,2
Técnico de nível médio agrícola	2	0,2
Técnico de serviço público	2	0,2
Técnico de radiologia	2	0,2
Operador de rádio	1	0,1
Programador visual	1	0,1
Técnico de manutenção de equipamentos	1	0,1
Técnico de nível médio paisagismo	1	0,1
Técnico de recursos estratégicos	1	0,1
TOTAL	1147	100

Tabela 8. Distribuição dos cargos e funções da PBH pertencentes ao *status* ocupacional baixo.

	n	%
Auxiliar de enfermagem	470	25,0
Auxiliar administrativo	254	13,5
Agente comunitário de saúde	239	12,7
Auxiliar de escola	206	10,9
Agente de combate a endemias	96	5,1
Gari	78	4,1
Coordenador	61	3,2
Agente administrativo	57	3,0
Gari de varrição	56	3,0
Agente sanitário	45	2,4
Agente fazendário	38	2,0
Ajudante serviço operacional	36	1,9
Tratador de animais	31	1,7
Auxiliar de operação e controle	26	1,4
Jardineiro	21	1,1
Agente de visitação	20	1,1
Supervisor	20	1,1
Oficial de serviços	19	1,0
Auxiliar de consultório dentário	18	1,0
Agente de operação e controle	15	0,8
Fiscal de transporte e trânsito	12	0,6
Oficial de serviço público	12	0,6
Ajudante de serviço público	10	0,5
Auxiliar de serviços gerais	10	0,5
Auxiliar de laboratório	8	0,4
Fiscal de limpeza urbana	6	0,3
Ajudante serviço operacional público	5	0,3
Auxiliar de gabinete	3	0,2
Vigilância portaria	3	0,2
Cadastrador	2	0,1
Educador social	2	0,1
Operador de central	2	0,1
Auxiliar de manutenção	1	0,1
Funcionário público - conselheiro tutelar	1	0,1
Operador de maquinas pesadas	1	0,1
TOTAL	1884	100

4.7 Variáveis selecionadas para o estudo

A variável resposta foi elaborada com referência na pergunta: “Algum médico já lhe disse que você tem disfonia?”, sendo as possíveis respostas sim ou não.

Ao considerar a natureza multidimensional da disfonia (individual, ambiental e comportamental), o Comitê de Foniatria da Sociedade Europeia de Laringologia s

ugere a utilização de protocolos amplos em estudos sobre alterações vocais (Dejonckere *et al.*, 2001). Acatando tal recomendação, foram incorporadas as dimensões implicadas em domínios específicos, dentre os quais: (1) características individuais e demográficas; (2) características do trabalho; (3) saúde e hábitos de vida. A revisão de literatura (Bassi 2010) possibilitou a construção do modelo teórico (Figura 2) que orientou a seleção das variáveis independentes - classificadas em blocos para elaboração de modelo que estruturou a análise.



Figura 2. Modelo estruturado em blocos para análise do diagnóstico de disfonia em servidores municipais de Belo Horizonte

Para o presente estudo, estruturaram-se blocos de determinação do evento (Figura 2). O primeiro bloco contemplou ‘faixa etária’ em anos completos (até 29, 30 a 39, 40 a 49, 50 ou mais); ‘situação conjugal’ (com companheiro, sem companheiro) e ‘filhos’ (não, sim). A variável situação conjugal foi obtida por meio das respostas solteiro, casado, ‘juntado’, união estável, viúvo, separado, desquitado, divorciado, as quais foram posteriormente dicotomizadas.

O segundo bloco contemplou *status* ocupacional, ruído e demanda psicossocial. Decidiu-se utilizar a categoria ocupação como uma medida que remete à classe social devido a sua influência no posicionamento dos sujeitos na estrutura social. A classe social vincula os indivíduos à distribuição dos recursos econômicos e sociais que afetam as oportunidades em saúde (Santos, 2011). Paralelamente à definição do *status* ocupacional, levou-se em consideração o ‘ruído no local de trabalho’ – avaliado como desprezível, razoável ou elevado; a ‘demanda psicossocial do trabalho’ – trabalho ativo, baixo desgaste, alto desgaste e trabalho passivo; e o ‘suporte social no trabalho’ – alto, baixo. As respostas foram obtidas por meio da versão reduzida do questionário originalmente formulado por Karazek adaptado para o português (Alves *et al.*, 2004).

No terceiro bloco, transtornos mentais comuns (TMC), rinite/sinusite e prática de atividade física foram os eixos que agruparam as respostas sobre a saúde e hábitos de vida. TMC ausente ou presente foi mensurado por meio das respostas a vinte questões que compõem o instrumento *Self Reporting Questionnaire* (SRQ 20) (Santos *et al.*, 2010). A ocorrência de rinite/sinusite foi obtida por meio do autorrelato do diagnóstico médico (não, sim). A menção à prática de atividade física foi obtida por meio de três possíveis respostas, a saber: mais de três vezes na semana, menos de três vezes na semana ou não pratica atividade física.

4.8 Análise estatística

Realizou-se análise descritiva dos dados por meio de medidas absolutas e porcentagens das variáveis explicativas em relação à variável resposta. A análise multivariável foi realizada estratificando a amostra por gênero, pois, no caso da disfonia, tal aspecto assume relevância na explicação do desfecho.

Estimou-se um modelo de regressão logística baseado no modelo teórico (Figura 2). As variáveis que apresentaram significância até 0,20 (valor de p) na análise univariável foram selecionadas para a análise multivariável. Foi realizado um modelo intermediário com significância até 0,10 (valor de p). Ao final, por meio da deleção sequencial, permaneceram no modelo final as variáveis com nível de significância de $<0,05$.

A análise dos fatores associados à disfonia diagnosticada pelo médico foi realizada utilizando-se a Regressão Logística de resposta binária. Esta estratégia permite obter a magnitude da associação de cada por meio da *Odds Ratio* (OR). A significância estatística foi considerada no intervalo de 95% de confiança. A análise utilizou programa STATA, versão 10.0. (Stata Corp., College Station, Estados Unidos).

5 RESULTADOS

5.1 Descrições da população do estudo sobre disfonia

Participaram do estudo 5.646 trabalhadores da PBH, sendo 1.729 (32,3%) do sexo masculino e 3.632 (67,8%) do sexo feminino. Em relação aos dados sociodemográficos, homens e mulheres apresentaram distribuições semelhantes. Maior proporção de trabalhadores foi observada na faixa etária de 40 a 49 anos de idade (29,6% masculino, 36,7% feminino), com companheiro (61% masculino, 53,8% feminino) e com filhos (60,3% masculino, 64,1% feminino) (Tabela 9).

Tabela 9. Distribuição das variáveis sociodemográficas de acordo com sexo, servidores da PBH 2009.

Variáveis	Masculino n (%)	Feminino n (%)
Faixa etária (em anos)		
Até 29	331 (19,1)	528 (14,5)
De 30 a 39	481 (27,8)	886 (24,4)
De 40 a 49	512 (29,6)	1334 (36,7)
50 ou mais	405 (23,4)	884 (24,3)
<i>Total</i>	1729 (100)	3632 (100)
Situação conjugal		
Com companheiro	1052 (61,0)	1949 (53,8)
Sem companheiro	672 (38,9)	1673 (46,2)
<i>Total</i>	1724 (100)	3622 (100)
Com filhos		
Não	685 (39,7)	1302 (35,9)
Sim	1039 (60,3)	2326 (64,1)
<i>Total</i>	1724 (100)	3628 (100)

Observação: Cada variável analisada apresentou dados ausentes de forma que, os totais apresentam diferenças com relação à população final.

Sobre as características do trabalho, a maior proporção dos servidores do sexo masculino estava compreendida no *status* ocupacional “baixo” (33,4%), classificou o ruído

no local de trabalho como razoável (49,6%), apresentou fatores psicossociais relacionados ao trabalho classificados como trabalho passivo (37,00%) e baixo apoio social (51,9%).

A maior proporção das trabalhadoras da PBH estava compreendida no *status* ocupacional “médio-alto” (40,5%), classificou o ruído no local de trabalho como razoável (47,9%). Quanto aos fatores psicossociais, concentrou-se no grupo que relatou trabalho passivo (29,9%) com baixo suporte social (62,5%) (Tabela 10).

Tabela 10. Distribuição das variáveis relacionadas ao trabalho de acordo com sexo, servidores da PBH 2009.

Variáveis	Masculino n (%)	Feminino n (%)
Status ocupacional		
Alto	135 (8,2)	163 (4,7)
Médio alto	478 (29,1)	1392 (40,5)
Médio baixo	482 (29,3)	683 (19,9)
Baixo	550 (33,4)	1201 (34,9)
<i>Total</i>	1645 (100)	3439 (100)
Ruído no local de trabalho		
Desprezível	434 (27,1)	558 (16,7)
Razoável	795 (49,6)	1599 (47,9)
Elevado	374 (23,3)	1178 (35,3)
<i>Total</i>	1603 (100)	3335 (100)
Psicodinâmica		
Baixo desgaste	447 (28,6)	749 (23,2)
Trabalho ativo	247 (15,8)	801 (24,8)
Trabalho passivo	578 (37)	963 (29,9)
Alto desgaste	290 (18,6)	711 (22,1)
<i>Total</i>	1562 (100)	3224 (100)
Apoio social		
Alto	750 (48,0)	1192 (37,4)
Baixo	812 (51,9)	1991 (62,5)
<i>Total</i>	1562 (100)	3183 (100)

Observação: Cada variável analisada apresentou dados ausentes de forma que, os totais apresentam diferenças com relação à população final.

Em relação à saúde e hábitos de vida, homens e mulheres, em sua maioria, não relataram TMC (83,2% homens e 67,4% para as mulheres). Sobre o diagnóstico de rinite/sinusite 65% dos homens não confirmaram terem sido acometidos tal enfermidade,

ao passo que 51,2% das mulheres declararam rinite/sinusite. A maior proporção dos participantes revelou inatividade física, sendo 38% dos homens e 54,6% das mulheres (Tabela 11).

Tabela 11. Distribuição das variáveis relacionadas à saúde e hábitos de vida acordo com sexo, servidores da PBH 2009.

Variáveis	Masculino n (%)	Feminino n (%)
Transtorno mental comum		
Ausente	1284 (83,2)	2087 (67,4)
Presente	260 (16,8)	1009 (32,6)
<i>Total</i>	1544 (100)	3096 (100)
Rinite/Sinusite		
Não	1081 (65)	1682 (48,8)
Sim	581 (35)	1768 (51,2)
<i>Total</i>	1662 (100)	3450 (100)
Prática de atividade física		
3 ou mais vezes por semana	507 (30,2)	748 (21,2)
Menos que 3 vezes por semana	534 (31,8)	849 (24,1)
Não pratica	638 (38)	1923 (54,6)
<i>Total</i>	1679 (100)	3520 (100)

Observação: Cada variável analisada apresentou dados ausentes de forma que, os totais apresentam diferenças com relação à população final.

5.2 Proporções de disfonia entre homens e mulheres

A proporção do autorrelato de disfonia diagnosticada na população estudada foi de 10,9% (n=585), sendo 4,6% (n=76) para o sexo masculino e 14,2% (n=489) para o feminino.

Houve maior frequência de disfonia diagnosticada entre os trabalhadores do sexo masculino que se incluíam na faixa etária de 50 anos ou mais (7,7%) e que tinham filhos (5,1%). Não houve diferenças quanto ao estado civil: 4,6% com companheiro, 4,6% sem companheiro.

No grupo feminino, as servidoras que relataram disфонia concentraram-se na faixa de 40 a 49 anos (19,2%), estado civil sem companheiro (14,4%) e com filhos (15,7%).

Analisando os resultados da análise univariada, para ambos os sexos, apenas a situação conjugal não foi associada ao desfecho (Tabela 12).

Tabela 12. Frequência de disфонia e análise univariada segundo características sociodemográficas, servidores da PBH 2009.

Variáveis	Masculino		Feminino	
	n (%)	OR (IC)	n (%)	OR (IC)
Faixa etária (em anos)				
Até 29	7 (2,2)	1	31 (6,2)	1
De 30 a 39	13 (2,8)	1,29 (0,51 - 3,28)	88 (10,3)	1,76 (1,15 - 2,70)**
De 40 a 49	26 (5,3)	2,52 (1,08 - 5,87)**	242 (19,2)	3,63 (2,46 - 5,37)***
50 ou mais	30 (7,7)	3,75 (1,62 - 8,65)**	128 (15,3)	2,75 (1,83 - 4,15)***
Situação conjugal				
Com companheiro	46 (4,6)	1	257 (14)	1
Sem companheiro	30 (4,6)	1,00 (0,62 - 1,60)	230 (14,4)	1,03 (0,85 - 1,25)
Com filhos				
Não	25 (3,8)	1	144 (11,6)	1
Sim	51 (5,1)	1,38 (0,85 - 2,25)*	345 (15,7)	1,42 (1,15 - 1,74)***

Observação: Cada variável analisada apresentou dados ausentes de forma que, os totais apresentam diferenças com relação à população final. OR: Odds Ratio IC: Intervalo de confiança *p<0,20 **p<0,05 ***p<0,001

Sobre as características do trabalho, a maior proporção dos homens que relatou disфонia pertencia ao grupo *status* ocupacional “alto” (6,1%), se encontrava entre aqueles que classificaram o ruído como elevado (8,1%); relataram alto desgaste no trabalho (6,9%) e baixo apoio social (5,1%).

A maior proporção das mulheres que relatou disфонia pertencia ao grupo de *status* ocupacional “médio-alto” (19,3%) e classificou o ruído no local de trabalho como elevado (19,2%). Quanto aos fatores psicossociais concentrou-se no grupo que relatou trabalho ativo (17,9%) com baixo suporte social (15,5%).

Na análise univariada apenas o suporte social não foi associado ao desfecho para os homens (Tabela 13).

Tabela 13. Frequência de disfonia e análise univariada segundo características do trabalho, servidores da PBH 2009.

Variáveis	Masculino		Feminino	
	n (%)	OR (IC)	n (%)	OR (IC)
Status ocupacional				
Alto	8 (6,1)	1	10 (6,4)	1
Médio alto	23 (5)	0,81 (0,35 - 1,84)	258 (19,3)	3,51 (1,83 - 6,77)***
Médio baixo	10 (2,2)	0,34 (0,13 - 0,88)**	55 (8,5)	1,36 (0,68 - 2,73)
Baixo	29 (5,5)	0,89 (0,40 - 2,00)	141 (12,5)	2,10 (1,08 - 4,09)**
Ruído no local de trabalho				
Desprezível	17 (3,9)	1	45 (8,1)	1
Razoável	24 (3,1)	0,77 (0,41 - 1,45)	201 (12,6)	1,64 (1,17 - 2,31)**
Elevado	30 (8,1)	2,16 (1,17 - 3,98)**	224 (19,2)	2,69 (1,92 - 3,77)***
Psicodinâmica				
Baixo desgaste	16 (3,6)	1	79 (10,6)	1
Trabalho ativo	14 (5,7)	1,63 (0,78 - 3,96)*	143 (17,9)	1,84 (1,37 - 2,47)***
Trabalho passivo	19 (3,3)	0,91 (0,46 - 1,80)	113 (11,8)	1,13 (0,83 - 1,53)
Alto desgaste	20 (6,9)	1,99 (1,02 - 3,92)**	122 (17,4)	1,77 (1,31 - 2,40)***
Apoio social				
Alto	29 (3,9)	1	141 (11,9)	1
Baixo	41 (5,1)	1,33 (0,82 - 2,15)	306 (15,5)	1,35 (1,09 - 1,67)**

Observação: Cada variável analisada apresentou dados ausentes de forma que, os totais apresentam diferenças com relação à população final, OR: Odds Ratio IC: Intervalo de confiança *p<0,20 **p<0,05 ***p<0,001

Em relação à saúde e hábitos de vida, não houve diferenças quando comparados homens e mulheres. A maior proporção concentrou-se no grupo cujo relato foi compatível com TMC (10% homens e 20% para as mulheres), diagnóstico de rinite/sinusite (7,2% e 19,2%, respectivamente) e inatividade física (6,7% e 15,4%, respectivamente).

Na análise univariada todas as variáveis foram associadas ao desfecho para homens e mulheres (Tabela 14).

Tabela 14. Frequência de disfonia e análise univariada segundo saúde e hábitos de vida, servidores da PBH 2009.

Variáveis	Masculino		Feminino	
	n (%)	OR (IC)	n (%)	OR (IC)
Transtorno mental comum				
Ausente	41 (3,2)	1	225 (10,8)	1
Presente	26 (10)	3,56 (2,01 - 5,59)***	201 (20)	2,06 (1,67 - 2,53)***
Rinite/Sinusite				
Não	33 (3,1)	1	150 (8,9)	1
Sim	42 (7,2)	2,47 (1,55 - 3,95)***	339 (19,2)	2,43 (1,98 - 2,98)***
Prática de atividade física				
3 ou mais vezes por semana	14 (2,8)	1	81 (11,1)	1
Menos que 3 vezes por semana	19 (3,6)	1,28 (0,64 - 2,59)	117 (14,1)	1,31 (0,97 - 1,77)*
Não pratica	42 (6,7)	2,43 (1,31 - 4,51)**	288 (15,4)	1,45 (1,11 - 1,89)**

Observação: Cada variável analisada apresentou dados ausentes de forma que, os totais apresentam diferenças com relação à população final, OR: Odds Ratio IC: Intervalo de confiança *p<0,20 **p<0,05 ***p<0,001

5.3 Modelo final

No modelo final, a chance de relatar disfonia foi 4,6 e 7,8 no grupo de homens com 40 a 49 anos e naquele com 50 anos ou mais, respectivamente, quando ambos os grupos foram comparados à faixa etária de até 29 anos.

Trabalhadores com relato compatível com TMC apresentam 2,98 mais chance de disfonia comparados aos seus antônimos de condição. Declarar diagnóstico de rinite/sinusite duplicou a chance de relatar diagnóstico de disfonia comparado ao grupo que não informou rinite/sinusite (OR=2,45). Os indivíduos que relataram inatividade física apresentam 2,17 mais chance de relatar disfonia comparados com aqueles que praticam atividade física três ou mais vezes por semana.

O modelo final foi distinto entre os sexos. Diferentemente dos homens, os aspectos do trabalho influenciaram o desfecho no grupo das mulheres. Na faixa etária acima de 30 anos, elas apresentaram maior chance do relato de disfonia, sendo 1,67 a 4,00 (OR=1,67 de 30 a 39 anos, OR=4,00 de 40 a 49 anos e OR=3,60 para 50 anos ou mais) quando o grupo

foi comparado ao das mulheres com até 29 anos de idade. Aquelas classificadas no *status* ocupacional “médio-alto” e “baixo” apresentaram 3,36 e 2,18 (respectivamente) mais chance de disfonia comparadas àquelas de *status* ocupacional “alto”. Sobre o ruído do local de trabalho, observa-se gradiente dose resposta positivo para as mulheres que avaliaram como razoável e elevado (OR 1,55 e 2,31 respectivamente). As trabalhadoras com relato compatível com TMC tiveram 88% mais chance de disfonia comparadas àquelas sem TMC (OR=1,88). Declarar diagnóstico de rinite/sinusite incrementou em aproximadamente duas vezes a chance de relatar diagnóstico de disfonia quando se comparou ao grupo que não declarou rinite/sinusite (OR=2,24). As servidoras que relatam inatividade física tiveram 41% mais (OR=1,41) chance de relatar disfonia comparadas àquelas ativas três ou mais vezes por semana (Tabela 15).

Tabela 15. Modelo final das variáveis associadas a disфонia por sexo, servidores da PBH 2009.

	Masculino OR (IC)	Feminino OR (IC)
<i>Sociodemográfico</i>		
Faixa etária		
Até 29 anos	1	1
De 30 a 39 anos	2,21 (0,70 - 6,99)	1,67 (1,03 - 2,72)**
De 40 a 49 anos	4,60 (1,55 - 13,58)**	4,00 (2,56 - 6,27)***
50 anos ou mais	7,80 (2,63 - 23,10)***	3,60 (2,24 - 5,78)***
<i>Trabalho</i>		
Status ocupacional		
Alto		1
Médio alto		3,36 (1,66 - 6,80) **
Médio baixo		1,49 (0,70 - 3,20)
Baixo		2,18 (1,06 - 4,47)**
Ruído no local de trabalho		
Desprezível		1
Razoável		1,55 (1,06 - 2,26)**
Elevado		2,31 (1,58 - 3,38)***
<i>Saúde</i>		
Transtorno mental comum		
Ausente	1	1
Presente	2,98 (1,72 - 5,14)***	1,88 (1,49 - 2,37)***
Rinite/Sinusite		
Não	1	1
Sim	2,45 (1,45 - 4,14)**	2,24 (1,77 - 2,85)***
Prática de atividade física		
3 ou mais vezes por semana	1	1
Menos que 3 vezes por semana	1,59 (0,73 - 3,45)	1,28 (0,90 - 1,81)
Não pratica	2,17 (1,08 - 4,39)**	1,41 (1,03 - 1,93)**

OR: Odds Ratio IC: Intervalo de confiança *p<0,20 **p<0,05 ***p<0,001

6 DISCUSSÃO

A análise permitiu identificar as características associadas à disfonia em servidores da PBH e evidenciou efeito distinto entre homens e mulheres. Para o sexo masculino, não somente as características sociodemográficas, mas também os aspectos relacionados à saúde e hábitos de vida influenciaram o desfecho. Contudo, os fatores do trabalho contribuíram para a disfonia somente no grupo feminino.

Chama atenção o relato de diagnóstico de disfonia em faixas etárias mais jovens (< 60 anos). *Déficits* na qualidade vocal são menos comuns em jovens, pois as degenerações das estruturas do aparelho fonador são esperadas em idades mais avançadas (Leeuw & Mahieu, 2004; Rowan & Laures-Gore, 2006). É possível que a duração da exposição às demandas vocais ao longo da vida profissional explique os nossos resultados que evidenciaram registro de diagnóstico de disfonia em trabalhadores mais jovens (30 anos para mulheres e 40 anos para homens), caracterizando o desenvolvimento da disfonia de base comportamental nos trabalhadores estudados. É plausível considerar, nesse caso, a idade como indicador de tempo de exposição aos fatores ocupacionais. Nessa linha, trajetória ocupacional explicaria o acúmulo de exposição e desgaste.

A análise de 5.646 servidores públicos da PBH expostos a diferentes níveis de demanda vocal revelou distintas associações quando os resultados foram desagregados por gênero. Na modelagem, as características do trabalho não se mantiveram relacionadas ao diagnóstico de disfonia no grupo masculino, ao contrário das evidências que indicaram forte expressão das características do trabalho para o grupo das mulheres.

Várias agências no nível internacional têm chamado a atenção para os diferentes riscos aos quais trabalhadores e trabalhadoras encontram-se submetidos, quer pela segregação de funções, quer pelas condições de trabalho ou por diferenças biológicas. As

questões de sexo e gênero se interrelacionam dentro e fora do local de trabalho, incidindo diretamente sobre os diferenciais na exposição aos riscos e no desenvolvimento de agravos (Gómez, 2011).

Tratando-se da disfonia, a diferença atribuída ao sexo diz respeito às particularidades fisiológicas e anatômicas da laringe feminina (Smith *et al.*, 1998). Tais particularidades são associadas às dificuldades do indivíduo exposto a demandas de potência vocal para falar (Hammond, 1997).

Além dos aspectos biológicos, diferenciais de gênero determinam a inserção no mercado de trabalho. Na atualidade, registra-se o crescimento da participação das mulheres tanto nas áreas formais quanto nas informais, assim como no setor de serviços, principalmente nos estabelecimentos de educação e saúde. Vale destacar que tais setores são marcados por menor remuneração, precariedade no ambiente de trabalho, falta de autonomia e controle sobre a atividade realizada e maior demanda vocal (Gómez, 2011).

Um dos paradoxos da globalização é o aumento da taxa de emprego remunerado e o simultâneo e crescente fenômeno da precarização e vulnerabilidade no trabalho. Pode-se dizer, de um lado, que as desigualdades de salários, de condições de trabalho e de saúde não diminuíram. As tarefas domésticas, de outro lado, continuam sob responsabilidade das mulheres, a despeito do aumento da proporção do contingente feminino no mercado de trabalho (Hirata, 2002).

O *status* ocupacional “médio-alto” e “baixo” associou-se ao relato de disfonia no grupo das mulheres. Comparado ao grupo de *status* ocupacional “alto”, pertencer à categoria de “médio-alto” *status* ocupacional indicou 3,36 ($p=0,001$) mais chance de relatar diagnóstico de disfonia. Tal associação pode ser explicada pela presença maciça de professores na categoria “médio-alto”. Nesse caso, a atividade e sua decorrente exposição à demanda vocal teriam mais força na expressão dos sintomas do que os efeitos preditores do

status ocupacional “médio-alto”? Vale ressaltar que, no exercício da atividade docente, a combinação uso prolongado da voz e fatores do ambiente aumenta a intensidade da fonação demandada com efeitos conhecidos sobre a saúde vocal (Reyes, 2011; Simberg *et al.*, 2005).

Para as mulheres de *status* ocupacional “baixo” (agente e auxiliar de saúde) houve 2,18 mais chance de relatar diagnóstico de disfonia quando comparadas ao grupo de *status* ocupacional “alto”. Pior *status* ocupacional diz respeito a desvantagens que incidem negativamente sobre a saúde, pois a ocupação modela as condições físicas e psicossociais, modificando o potencial para o trabalho (Piha *et al.*, 2010).

Status ocupacionais mais baixos indicam exposição a piores condições de trabalho e pior estado de saúde para o trabalhador (Benavides *et al.*, 2003). Na presente pesquisa verificou-se que o *status* ocupacional foi um preditor significativo para disfonia, mesmo após o controle por outros fatores de risco. Esse resultado corrobora evidências quanto à vulnerabilidade dos indivíduos expostos a condições laborais precárias (Lahelma, Laaksonen & Aittomäki, 2009).

Quando o nível do ruído ambiental é elevado, a comunicação fica prejudicada, constituindo uma situação de risco para o desenvolvimento da disfonia (Vilkman, 2004). No presente estudo a autoavaliação do ruído no local de trabalho foi associada significativamente ao evento com gradiente dose resposta: mulheres que relataram ruído elevado tiveram 2,31 mais chance de relatar diagnóstico de disfonia se comparadas ao grupo que informou ruído desprezível.

As variáveis do bloco saúde e hábitos de vida (TMC, rinite/sinusite e atividade física) permaneceram associadas à disfonia com gradientes semelhantes independentemente do sexo. De acordo com a literatura, o estresse e a ansiedade podem ter origem primária ou secundária em relação a um problema na voz, gerando assim um

círculo vicioso entre o sintoma emocional e o vocal. Indivíduos com disfonia podem manifestar limitações na capacidade de comunicação, resultando na dificuldade de engajamento de atividades sociais e profissionais. Como consequência, pode haver redução do bem-estar e da qualidade de vida, com efeitos negativos, como depressão, isolamento social, ausência no trabalho (Oliveira *et al.*, 2012; Seifert & Kollbrunner, 2005).

A exposição da laringe a irritantes de mucosa altera o delicado mecanismo vocal. Indivíduos com maior exposição ao alérgeno são mais propensos aos sintomas vocais do que aqueles com menor exposição. De onde se deduz a importância de se avaliar o ambiente do profissional para evitar agravamento do quadro (Randhawa *et al.*, 2010).

Entre os profissionais que não praticam atividade física foi maior a chance de disfonia, o que reforça o debate cujo tema é o prejuízo do sedentarismo sobre o aparelho fonador (Hallal *et al.*, 2007). Vale ressaltar que os benefícios da atividade física sobre o bem-estar geral do indivíduo repercutem positivamente sobre a voz. A resistência vocal é determinada por fatores anatômicos e histológicos e, pelo bem-estar físico. Portanto, quanto melhor esta condição, maior a capacidade de o indivíduo suportar suas demandas vocais de origem social ou profissional (Assunção *et al.*, 2009).

Nas sociedades modernas, cerca de um terço da força de trabalho está inserida em profissões cujas atividades dependem do uso da voz. Em geral, problemas de voz são muito comuns, mas são mais frequentes em grupos ocupacionais específicos (Verdolini & Ramig, 2001). A maior parte das pessoas que referem problemas de voz alegam impacto negativo no trabalho e na qualidade de vida. A Academia Brasileira de Laringologia e Voz estima que de 20 a 30% dos brasileiros são acometidos por algum tipo de lesão nas pregas vocais (Guimarães *et al.*, 2010). A literatura é bastante esclarecedora sobre este tema, porém, até o presente momento não foram encontrados estudos sobre disfonia em trabalhadores públicos municipais.

Alguns limites desta pesquisa devem ser mencionados. Os resultados podem ter sido influenciados pela baixa taxa de resposta, pelos valores perdidos e pelo viés do trabalhador sadio, tendo em vista que os aposentados e trabalhadores de licença por motivo de saúde foram excluídos das análises. Diante disso não podemos generalizar e estender esses resultados para o conjunto total dos servidores da PBH. É importante considerar o caráter homogêneo quanto ao padrão de emprego estável que permitiu descartar hipóteses explicativas quanto aos efeitos das condições precárias de vida que o emprego instável ou o desemprego costumam determinar (Benach & Muntaner, 2007).

Os resultados obtidos revelam um significativo montante de trabalhadores que relatam diagnóstico de disfonia. Eles sustentam o conhecimento quanto à relação com a faixa etária, características do trabalho (para as mulheres), saúde e hábitos de vida. Indicam a necessidade de políticas voltadas para a prevenção dos fatores de risco eminentes não somente para os professores, mas também para todos os profissionais que utilizam a voz como recurso para o trabalho.

Abordagens centradas no indivíduo em detrimento de uma reflexão mais aprofundada sobre o contexto do adoecimento têm sido questionadas (WHO, 1986). A prevenção da disfonia baseada nos princípios de promoção de saúde que focam a melhoria das condições de trabalho seria potente para evitar a evolução desfavorável dos sintomas vocais. O debate e a consequente elucidação de tais questões podem contribuir para embasar medidas de transformação das situações, pois, se por um lado, as características dos indivíduos não são passíveis de ações externas, por outro lado, as políticas públicas podem modificar os fatores localizados em torno do núcleo individual (Morin, 2008).

7 CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES

As reformas setoriais que caracterizam o cenário atual do setor público, além de constituírem um processo que se realiza por meio de formulação de políticas públicas, se efetivam essencialmente no cotidiano. Os caminhos das reformas setoriais no Brasil aumentaram as responsabilidades dos serviços públicos. Estimulou-se uma reengenharia dos processos para a execução das novas metas sem que os efeitos das transformações dos sistemas de trabalho e de suas articulações com as vivências cotidianas dos profissionais tenham sido considerados (Alves, 2005).

Resultados já publicados que integram o projeto maior denominado “Saúde do servidor e do empregado público da prefeitura de Belo Horizonte” dizem respeito às informações colhidas diretamente dos trabalhadores, sendo assim ampliam o conhecimento sobre o cotidiano de trabalho, tal como eles são vivenciados e representados pelos sujeitos (Rodrigues *et al.*, 2013; Fantini, Assunção & Machado, 20104).

Foi realizado estudo com objetivo de analisar fatores associados ao absenteísmo-doença autorrelatado por servidores públicos municipais ativos que, por ocasião do inquérito, comunicaram absenteísmo-doença nos últimos 12 meses (Rodrigues *et al.*, 2013). A probabilidade de ficar doente reflete a distribuição desigual dos determinantes sociais, culturais e ambientais das doenças, o acesso diferenciado dos diversos grupos sociais aos serviços e aos cuidados de saúde.

Os resultados obtidos confirmam os dados apresentados na literatura sobre o tema (Eriksson *et al.*, 2008; Hooftman *et al.*, 2008): encontrou-se proporção significativamente maior entre as mulheres e entre os trabalhadores mais jovens. Também foi constatada associação positiva entre absenteísmo-doença e condições inadequadas de trabalho e também insatisfação quanto à capacidade para o trabalho (Rodrigues *et al.*, 2013). Os

problemas de saúde podem surgir como resultado de uma discrepância entre a carga de trabalho (exigências e necessidades) e a capacidade do trabalhador (aptidões e competências). Mas esses problemas também são oriundos de influências organizacionais que interferem na motivação para não faltar e na pressão para comparecer, que se referem à oportunidade e à necessidade do absenteísmo (Roelen *et al.*, 2010).

Diante da proporção de 44,6% de trabalhadores da PBH que relataram absenteísmo-doença (Rodrigues *et al.*, 2013), estudos com enfoque em distintos desfechos de saúde, como também em categoria ocupacional específica, foram realizados e serão apresentados a seguir.

A proporção do autorrelato de disfonia diagnosticada na população estudada foi de 10,9% (n=585), sendo 4,6% (n=76) para o sexo masculino e 14,2% (n=489) para o feminino. O estudo apresentado na presente tese evidenciou que a disfonia em servidores da PBH está relacionada à faixa etária, às características do trabalho (para as mulheres), saúde e hábitos de vida. O *status* ocupacional “médio-alto” e “baixo” associaram-se ao relato de disfonia no grupo das mulheres. Comparado ao grupo de *status* ocupacional “alto”, pertencer à categoria de “médio-alto” *status* ocupacional indicou 3,36 (p=0,001) mais chance de relatar diagnóstico de disfonia (Assunção *et al.*, 2012).

Vale destacar que o distúrbio vocal se manifesta fisicamente e expressa uma vivência de sofrimento no trabalho que enfrenta barreiras institucionais no reconhecimento da doença. As barreiras no processo de declaração e reconhecimento de uma doença relacionada ao trabalho atrasam o conhecimento científico e geram obstáculos para a adoção de medidas de prevenção (Thébaud-Mony, 1991).

Diante dos quatro *status* ocupacionais, constatou-se a presença maciça de professores na categoria “médio-alto”, explicando, desse modo, a associação do referido *status* com o relato de disfonia (Assunção *et al.*, 2012). O professor é considerado

profissional da voz porque depende de certa produção e/ou qualidade vocal específica para sua sobrevivência profissional. Um dos principais objetivos dos professores é transmitir conhecimento, e, ao fazerem isto, usam a voz como a ferramenta preliminar do seu trabalho (Rogerson & Dodd, 2005). A prevalência de queixas vocais específicas é maior no grupo dos professores quando comparados com outras ocupações (Roy *et al.*, 2004).

A prevalência e a evolução da disfonia em docentes são preocupantes em nível mundial, mesmo em países considerados desenvolvidos. Esse questionamento, enquanto reflexivo ao aspecto individual do evento, nos direciona também para a dimensão epidemiológica do tema. A prevalência de disfonia é considerada um problema de saúde pública, em que pese a ausência de proteção ou de reconhecimento legal (Sala *et al.*, 2001; Simberg *et al.*, 2005).

Diante disso, foram estudados somente os professores que participaram do inquérito em questão. O estudo buscou conhecer a proporção de docentes que relataram diagnóstico médico de disfonia e dimensionar as associações entre fatores individuais e de contexto e o evento de interesse. Entre os docentes que participaram do estudo, 31,63% relataram diagnóstico médico de disfonia. Tal prevalência é significativamente maior entre os docentes do sexo feminino e nos grupos que referiram recursos técnicos e equipamentos precários, diagnóstico de gastrite, não convocação para exame periódico e absenteísmo (Assunção *et al.*, 2012).

O reconhecimento da importância do trabalho para a saúde tem avançado para além das doenças ocupacionais tradicionais. A discussão sobre o impacto das demandas físicas no trabalho, da exposição a substâncias físicas e químicas, da influência sobre estilos de vida e comportamentos, e mais recentemente, a contribuição de fatores psicossociais no trabalho para o gradiente de saúde e doença têm influenciado significativamente o conceito

e as práticas de promoção de saúde em locais de trabalho (Moysés, Moysés & Krempel, 2004).

Em suma, diante das pesquisas realizadas com os referidos servidores da PBH, observamos proporção de absenteísmo-doença de 44,6% e proporção do autorrelato de disfonia diagnosticada de 10,9%. Em relação aos professores, foi constatada proporção de 31,63% que relataram diagnóstico médico de disfonia. Há uma característica comum entre os estudos que chama atenção, as maiores proporções foram encontradas entre as mulheres e entre trabalhadores que ocupam cargos e funções com piores condições de trabalho.

Constata-se que o distúrbio de voz é um problema de saúde pública com muitos desafios a serem superados. Em Minas Gerais, a Política Estadual de Saúde Vocal foi instituída em 2006 pela lei n. 16.077, tendo como principal ação a promoção de palestras de capacitação de saúde vocal para professores, transmitidas de forma presencial ou por teleconferências. No nível municipal e estadual, as leis ordenam o curso anual para qualificação de professores antes do ingresso e em serviço, que muitas vezes não é oferecido por falta de verbas (Ferreira et al., 2009).

Considerando as indicações da Organização Mundial de Saúde (OMS, 2010) juntamente com resultados de investigação prévias sobre o tema (Jardim et al., 2006; Vianello et al., 2006), é plausível recomendar: (1) implementação de medidas com vistas a diminuir a hipersolicitação da comunicação oral, (2) planejamento de pausas visando o descanso vocal ao longo da jornada de trabalho, (3) ampliação do espaço de discussão visando o conhecimento e evitar a disfonia no trabalho.

O serviço público investe mais no controle individual do adoecimento do que nas ações coletivas de saúde, que aparecem como experiências isoladas, produzindo pouco impacto e padecendo da descontinuidade administrativa que caracteriza boa parte das políticas públicas. Os setores responsáveis pelas áreas de perícia, assistência médica, saúde

e segurança (promoção à saúde) no setor público, em geral, são separados administrativamente, o que dificulta a elaboração de políticas de saúde do servidor mais amplas (Carneiro, 2006).

Atuar em promoção à saúde do trabalhador requer sair do foco da doença para o da saúde. Isso significa construir ações que interfiram no ambiente e na organização de trabalho. Importante ressaltar que promoção à saúde não é um conjunto de receitas que devem ser observadas pelo trabalhador. Ela exige envolvimento e responsabilização de diversos atores: a administração, o gestor local, o corpo técnico, os trabalhadores e seus representantes (Carneiro, 2006).

Ações de promoção de saúde combinadas com a abordagem da saúde ocupacional e práticas de segurança no trabalho têm efeito sobre o aumento na produtividade, qualidade de produtos e processos, e no controle de custos. Além disso, o aumento do nível de conscientização individual sobre saúde e comportamentos saudáveis são resultados positivos das práticas de promoção de saúde (Ioshii, Belotti & Sztajn, 2002).

Ações voltadas para melhoria ergonômica e organizacional dos ambientes de trabalho são benéficas para os trabalhadores. Abordar as tendências das condições de trabalho e as tendências das disparidades em saúde é uma prática de promoção da saúde (WHO, 1986) que poderia favorecer o trabalho e os trabalhadores da PBH. Medidas recentes intensificam o otimismo: o programa *Saúde Mais* (Prefeitura Municipal de Belo Horizonte, 2013) foi elaborado pela gestão municipal com a finalidade de promover, proteger e recuperar a saúde individual e coletiva dos servidores e empregados públicos municipais, com vistas a uma melhor qualidade de vida e redução do absenteísmo.

Diante das diferenças ocupacionais e de sua articulação com a saúde dos trabalhadores do serviço público municipal, políticas distintas para cada *status* ocupacional

seriam apropriadas para reduzir as iniquidades em saúde. Conforme anunciado por Barata (2009) três níveis distintos de ação política são desejáveis:

- 1) políticas macrossociais, tais como políticas econômicas e sociais com efeitos sobre a estratificação social;
- 2) políticas dirigidas para a modificação das condições de exposição e vulnerabilidade dos grupos sociais;
- 3) políticas de saúde destinadas a enfrentar as consequências negativas das desigualdades.

As abordagens coletivas deslocam o alvo de suas intervenções, tradicionalmente focadas no plano individual, para o plano das suscetibilidades socialmente configuradas. Nessa direção, não basta agir com a intenção informar as pessoas sobre as morbidades e estilos nocivos de vida, mas, sobretudo, abrir as vias para oferecer oportunidades de boas escolhas e fortalecer as práticas de mobilização visando à transformação de situações estruturais que tornam essas pessoas suscetíveis ao adoecimento.

8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALMEIDA, S. I. C. *et al.* Questionário de autoavaliação vocal: instrumento epidemiológico de controle da síndrome disfônica ocupacional em professores. *Arquivos Internacionais de Otorrinolaringologia*, 14(3): 316-321, 2010.
- ALVES, M. G. M. *et al.* Versão resumida da “*job stress scale*” adaptação para o português. *Revista de Saúde Pública*, 38(2): 164-171, 2004.
- ALVES, M. T. G. & SOARES, J. F. Medidas de nível socioeconômico em pesquisas sociais: uma aplicação aos dados de uma pesquisa educacional. *Opinião Pública*, 15(1): 1-30 2009.
- ALVES, V. S. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. *Interface (Botucatu)*, 9(16): 39-52, 2005.
- AMERICAN SPEECH-LANGUAGE-HEARING ASSOCIATION (ASHA). *The use of voice therapy in the treatment of dysphonia* [Technical Report], 2005. Disponível em: <<http://www.asha.org/policy/TR2005-00158.htm>>.
- ASSUNÇÃO, A. A. & OLIVEIRA, D. A. Intensificação do trabalho e saúde dos professores. *Educação & Sociedade*, 30(107): 349-372, 2009.
- ASSUNÇÃO, A. A.; MACHADO, A. F. & ARAÚJO, T. M. Vulnerabilidades ocupacionais e percepção de saúde em trabalhadores do SUS. *Revista Brasileira de Estudos de População*, 29(1): 147-167, 2012.
- ASSUNÇÃO, A. A. *et al.* Does regular practice of physical activity reduce the risk of dysphonia? *Preventive Medicine*, 49(6): 487-489, 2009.
- ASSUNÇÃO, A. A. *et al.* Occupational and individual risk factors for dysphonia in teachers. *Occupational Medicine*, 62(7): 553-559, 2012.
- BARATA, R. B. *Como e por que as Desigualdades Sociais Fazem Mal à Saúde*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009.
- BASSI, I. B. Disfonia em professores municipais: aspectos clínicos, ocupacionais e de qualidade de vida. 2010. 63 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Departamento de Saúde Pública, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte. 2010.
- BENACH, J. & MUNTANER, C. Precarious employment and health: developing a research agenda. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 7(6): 276-277, 2007.
- BENAVIDES, F. G. *et al.* Effectiveness of occupational injury prevention policies in Spain. *Public Health Reports*, 124 Suppl 1:180-7, 2009.

- BENAVIDES, F. G. *et al.* Occupational categories and sickness absence certified as attributable to common diseases. *The European Journal of Public Health*, 13(1): 51-55, 2003.
- BORGES, L. H. Trabalho de caixa bancário, saúde mental e lesão por esforço repetitivo. In: GLINA, D. M. R. & ROCHA, L. E. (Orgs.). *Saúde Mental no Trabalho: da teoria à prática*. São Paulo: Rocca, 2010.
- BRAVEMAN, P. Health disparities and health equity: concepts and measurement. *Annual Review of Public Health*, 27: 167-194, 2006.
- BRAVEMAN, P. A. *et al.* Socioeconomic status in health research: one size does not fit all. *JAMA*, 294(22): 2.879-2.888, 2005.
- BRASIL. Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Comunicados do Ipea. *Emprego Público no Brasil: Comparação Internacional e Evolução Recente*, n. 19, mar. 2009.
- BRASIL. Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Comunicados do Ipea. *Ocupação no Setor Público Brasileiro: tendências recentes e questões em aberto*, n. 110, set. 2011.
- BRASIL. Ministério do Desenvolvimento, Indústria e Comércio Exterior. *Panorama do Comércio Internacional de Serviços. Dados Coletados de 2012*. Brasília: Departamento de Políticas de Comércio e Serviços, 2013.
- BRAZ, P. *O Servidor Público na Reforma Administrativa*. São Paulo: LED – Editora de Direito, 1998.
- BUSS, P. M. Promoção da saúde e qualidade de vida. *Ciência & Saúde Coletiva*, 5(1): 163-177, 2000.
- BUSS, P. M. & FILHO, A. P. A saúde e seus determinantes sociais. *Physis – Revista de Saúde Coletiva*, 17(1): 77-93, 2007.
- CARNEIRO, S. A. M. Saúde do trabalhador público: questão para a gestão de pessoas – a experiência na Prefeitura de São Paulo. *Revista do Serviço Público*, 57(1): 23-49, 2006.
- CARVALHAES, F.; SOUZA, P. & COSTA-RIBEIRO, C. A. *Micro ou Macro? Análise de classes e a evolução da desigualdade de renda do trabalho no Brasil de 1981 a 2007*. In: 33º Encontro Anual da ANPOCS, 2009.
- COBZEANU, M. D. *et al.* Environmental factors associated with dysphonia in professional voice users. *Environmental Engineering and Management Journal*, 12(6): 1.265-1.270, 2013.
- COCKERHAM, W. C. *Social Causes of Health and Disease*. Cambridge: Polity, 2007.
- COHEN, S. M. *et al.* Prevalence and causes of dysphonia in a large treatmentseeking population. *Laryngoscope*, 122(2): 343-348, 2012.

COSTA, L. Medidas de status ocupacional e vantagens da comparação internacional. Disponível em: <<http://web.observatoriodasmetroles.net/>>.

DAHL, E. & ELSTAD, J. I. Recent changes in social structure and health inequalities in Norway. *Scandinavian Journal of Public Health Supplement*, 55: 7-17, 2001.

DALSTRA, J. A. *et al.* Socioeconomic differences in the prevalence of common chronic diseases: an overview of eight European countries. *International Journal of Epidemiology*, 34(2): 316-326, 2005.

DEJONCKERE, P. H. *et al.* A basic protocol for functional assessment of voice pathology, specially for investigating the efficacy of (phonosurgical) treatments and evaluating new assessment techniques: guideline elaborated by the Committee on Phoniatics of the European Laryngological Society (ELS). *European Archives of Otorhinolaryngology*, 258(2): 77-82, 2001.

ELO, I. T. Class differentials in health and mortality: patterns and explanations in comparative perspective. *Annual Review of Sociology*, 35: 553-572, 2009.

EPSTEIN, R. *et al.* How Do Individuals Cope With Voice Disorders? *Journal of Voice*, 23(2): 209-217, 2009.

ERIKSSON, H. G. *et al.* Sickness absence and self-reported health a population-based study of 43,600 individuals in central Sweden. *BMC Public Health*, 8: 426, 2008.

EVANS, J. R. & MATHUR, A. The value of online surveys. *Internet Research*, 15(2):195-219, 2005.

FANTINI, A. J. E.; ASSUNÇÃO, A. A. & MACHADO, A. F. Dor musculoesquelética e vulnerabilidade ocupacional em trabalhadores do setor público municipal em Belo Horizonte, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 19(12): 4.725-4.736, 2014.

GALOBARDES, B.; LYNCH, J. & SMITH, G. D. Measuring socioeconomic position in health research. *British Medical Bulletin*, 81(1): 21-37, 2007.

GANZEBOOM, H. B. G.; GRAAF, P. M. D. E. & TREIMAN, D. J. A Standard International Socio-Economic Occupational Status Index of With an Appendix. *Social Science Research*, 56(1): 1-56, 1992.

GANZEBOOM, H. G. & TREIMAN, D. J. Internationally Comparable Measures of Occupational Status for the 1988 International Standard Classification of Occupations. *Social Science Research*, 25(3): 201-239, 1996.

GARCÍA, A. M. *et al.* A job-exposure matrix for research and surveillance of occupational health and safety in Spanish workers: MatEmESp. *American Journal of Industrial Medicine*, 56(10): 1.226-1.238, 2013.

- GÓMEZ, M. F. G. Salud laboral y género. Apuntes para la incorporación de la perspectiva de género em le ámbito de la prevención de riesgos laborales. *Medicina y Seguridad del Trabajo*, 57(1): 89-114, 2011.
- GONÇALVES, C. G. O.; PENTEADO, R. Z. & SILVÉRIO, K. C. A. Fonoaudiologia e saúde do trabalhador: a questão da saúde vocal do professor. *Saúde em Revista*, 7(15): 45-51, 2005.
- GORDIS, L. *Epidemiologia*. 2.ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2004.
- GUIMARÃES, V. C. *et al.* Vocal care: question of prevention and health. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(6): 2.799-2.803, 2010.
- HALLAL, P. C. *et al.* Evolution of the epidemiological research on physical activity in Brazil: a systematic review. *Revista de Saúde Pública*, 41(3): 453-460, 2007.
- HAMMOND, T. H. *et al.* The intermediate layer: a morphologic study of the elastin e hyaluronic acid constituents of normal human vocal folds. *Journal of Voice*, 11(1): 59-66, 1997.
- HIRATA, H. Globalization and the sexual division of labour. *Cadernos Pagu*, 2: 139-156, 2002.
- HOOFTMAN, W. E. *et al.* What makes men and women with musculoskeletal complaints decide they are too sick to work? *Scandinavian Journal of Work Environmental & Health*, 34(2): 107-112, 2008.
- IOSHII, S. H.; BELOTTI, M. L. P. & SZTAJN, M. *O Agir e o Pensar em Qualidade de Vida no Trabalho*. Curitiba: Edição do Autor, 2002.
- JANNUZZI, P. M. Estratificação sócio-ocupacional para estudos de mercado e pesquisa social no Brasil. *São Paulo Perspect*, 17(3-4): 247-54, 2003.
- KRAUT, R. *et al.* Psychological research online: report of board of scientific affairs' advisory group on the conduct of research on the Internet. *American Psychologist*, 59(2): 105-117, 2004.
- KUNST, A. E. *et al.* Occupational class and cause specific mortality in middle aged men in 11 European countries: comparison of population based studies. EU Working Group on socioeconomic inequalities in health. *BMJ*, 316(7.145): 1.636-1.642, 1998.
- KRINGER, N. Measuring social class in US public health research: concepts, methodologies, and guidelines. *Annual Review of Public Health*, 18: 341-378, 1997.
- LACAZ, F. A. C. Qualidade de vida no trabalho e saúde/doença. *Ciência & Saúde Coletiva*, 1(5): 151-161, 2000.
- LAHELMA, E.; LAAKSONEN, M. & AITTOMÄKI, A. Occupational class inequalities in health across employment sectors: the contribution of working conditions. *International Archives of Occupational Environmental Health*, 82(2): 185-190, 2009.

- LEEuw, I. M. V. & MAHIEU, H. F. Vocal aging and the impact on daily life: a longitudinal study. *Journal of Voice*, 18(2): 193-202, 2004.
- LIPSCOMB, H. J. *et al.* Conceptual model of work and health disparities in the U.S. *International Journal of Health Service*, 36(1): 25-50, 2006.
- MACKENBACH, J. P. The persistence of health inequalities in modern welfare states: the explanation of a paradox. *Social Science & Medicine*, 75(4): 761-769, 2012.
- MARCHAND, A.; DEMERS, A. & DURAND, P. Does work really cause distress? The contribution of occupational structure and work organization to the experience of psychological distress. *Social Science & Medicine*, 61(1): 1-14, 2005.
- MARTINEZ, M. C.; PARAGUAY, A. I. B. B. & LATORRE, M. R. D. O. Relações entre satisfação com aspectos psicossociais e saúde dos trabalhadores. *Revista de Saúde Pública*, 1(38): 55-61, 2004.
- MEDEIROS, A. M. *Dimensões do Distúrbio Vocal em Professores*, 2012. Tese de Doutorado em Saúde Pública. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais.
- MEDEIROS, A. M.; BARRETO, S. M. & ASSUNÇÃO, A. A. Voice disorder (dysphonia) in public school female teachers working in Belo Horizonte: prevalence and associated factors. *Journal of Voice*, 22(6): 676-687, 2008.
- MORIN, E. *Sens du Travail, Santé Mentale et Engagement Organisationnel*. Université de Montréal, Institut de Recherche Robert-Sauvé em Santé et en Sécurité du Travail. Rapport R-543, 2008.
- MOYSÉS, S. J.; MOYSÉS, S. T. & KREMPEL, M. C. Avaliando o processo de construção de políticas públicas de promoção de saúde: a experiência de Curitiba. *Ciência & Saúde Coletiva*, 9(3): 627-641, 2004.
- NAESS, O.; CLAUSSEN, B. & DAVEY, S G. Relative impact of childhood and adulthood socioeconomic conditions on cause specific mortality in men. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 58(7): 597-598, 2004.
- NERRIÈRE, E. *et al.* Voice disorders and mental health in teachers: a cross-sectional nationwide study. *BMC Public Health*, 9: 370-378, 2009.
- OLIVEIRA, G. *et al.* Coping strategies in voice disorders of a Brazilian population. *Journal of Voice*, 26(2): 205-213, 2012.
- OSORIO, R. G. *A Desigualdade Racial de Renda no Brasil: 1976-2006*, 2009. Tese de Doutorado em Sociologia. Brasília: Universidade de Brasília.
- PIHA, K. *et al.* Interrelationships between education, occupational class, income and sickness absence. *European Journal of Public Health*, 20(3): 276-280, 2010.
- PREFEITURA MUNICIPAL DE BELO HORIZONTE. Decreto n. 15.199, de 22 abr. 2013. Programa de Atenção Integrada à Saúde e Segurança do Servidor – Saúde Mais.

- RANDHAWA, P. *et al.* Allergic laryngitis as a cause of dysphonia: a preliminary report. *Logopedics Phoniatrics Vocology*, 35(4):169-174, 2010.
- REYES, A. V. Voice disorders in the metropolitan area of San Juan, Puerto Rico: profiles of occupational groups. *Journal of Voice*, 25(1): 83-87, 2011.
- RIBEIRO, C. A. C. *Estrutura de Classe e Mobilidade Social no Brasil*. Bauru: Edusc, 2007.
- ROELEN, C. A. M. *et al.* Recurrence of medically certified sickness absence according to diagnosis: a sickness absence register study. *Journal of Occupation Rehabilitation*, 20(1): 113-121, 2010.
- RODRIGUES, C. S. *et al.* Absenteísmo doença segundo autorrelato de servidores públicos municipais em Belo Horizonte. *Revista Brasileira de Estudos de População*, 30: 135-154, 2013.
- RODRIGUES, C. S. *et al.* *Saúde do Servidor e do Empregado Público da Prefeitura Municipal de Belo Horizonte*. Belo Horizonte: Secretaria Municipal de Planejamento, Orçamento e Informação (SMPL) da Prefeitura Municipal de Belo Horizonte e Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, 2010.
- ROGERSON, J. & DODD, B. Is there an effect of dysphonic teachers' voices on children's processing of spoken language? *Journal of Voice*, 19(1): 47-60, 2005.
- ROWAN, M. M. G. & LAURES-GORE, J. Acoustic-perceptual correlates of voice quality in elderly men and women. *Journal of Communication Disorders*, 39(3): 171-184, 2006.
- ROY, N. *et al.* Prevalence of voice disorders in teachers and the general population. *Journal of Speech Language and Hearing Research*, 47(2): 281-293, 2004.
- SALA, E. *et al.* The prevalence of voice disorders among day care center teachers compared with nurses: a questionnaire and clinical study. *Journal of Voice*, 15(3): 413-423, 2001.
- SAMPERE, M. *et al.* Effect of working conditions on non-work-related sickness absence. *Occupational Medicine*, 2: 1-4, 2011.
- SANTOS, J. A. F. Classe social e desigualdade em saúde no Brasil. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, 26(75): 27-55, 2011.
- SANTOS, K. *et al.* Avaliação de um instrumento de mensuração de morbidade psíquica: estudo de validação do self-reporting questionnaire (srq-20). *Revista Baiana de Saúde Pública Miolo*, 34(3): 554-560, 2010.
- SEIFERT, E. & KOLLBRUNNER, J. Stress and distress in non-organic voice disorders. *Swiss Medical Weekly*, 135(27-28): 387-397, 2005.

SIMBERG, S. *et al.* Changes in the prevalence of vocal symptoms among teachers during a twelve-year period. *Journal of Voice*, 19(1): 95-102, 2005.

SMITH, E. *et al.* Frequency of voice problems among teachers and other occupations. *Journal of Voice*, 12(3): 480-488, 1998.

THÉBAUD-MONY, A. *La Reconnaissance des Maladies Professionnelles: acteurs et logiques sociales*. Paris: La Documentation Française, 1991.

VERDOLINI, K. & RAMIG, L. O. Review: occupational risks for voice problems. *Logopedics Phoniatrics Vocology*, 26: 37-46, 2001.

VILKMAN, E. Occupational safety and health aspects of voice and speech professions. *Folia Phoniatica Logopaedica*, 56: 220-253, 2004.

WILLIAMS, N. R. Occupational groups at risk of voice disorders: a review of the literature. *Occupational Medicine*, 53(7): 456-460, 2003.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. (WHO). *The Ottawa Charter for Health Promotion First International Conference on Health Promotion*. Ottawa, 21 nov. 1986.



FACULDADE DE MEDICINA
CENTRO DE PÓS-GRADUAÇÃO

Av. Prof. Alfredo Balena 190 / sala 533
Belo Horizonte - MG - CEP 30.130-100
Fone: (031) 3409.9641 FAX: (31) 3409.9640
cpg@medicina.ufmg.br



Ata do exame de qualificação a que se submeteu a doutoranda Iara Barreto Bassi.

Aos deztoito dias do mês de dezembro de dois mil e doze, convocada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública - Área de Concentração em Epidemiologia compareceu a doutoranda **Iara Barreto Bassi** para submeter-se ao exame de qualificação com o projeto de tese intitulado: **“STATUS OCUPACIONAL NO SETOR PÚBLICO MUNICIPAL DE BELO HORIZONTE E SAÚDE DOS SERVIDORES”**, perante a Comissão Examinadora composta pelos professores doutores: Ada Ávila Assunção/orientadora – UFMG, Carla Jorge Machado/coorientadora – UFMG, Fabiana Caetano Martins Silva – UFTM, Anaclaudia Gastal Fassa – UFPEL, Mariângela Furlan Antigo – UFMG como membros titulares e Gilda Aparecida Ferreira – UFMG, Rosana Ferreira Sampaio – UFMG como membros suplentes. A sessão iniciou-se às 14h00, na sala 722, 7º andar da Faculdade de Medicina, com a presença dos professores acima citados, tendo se dado a participação da professora Anaclaudia Gastal Fassa por vídeo conferência. Após a exposição da candidata, os professores participantes da Comissão Examinadora fizeram comentários sobre a apresentação oral, do conteúdo, relevância, metodologia e viabilidade da Proposta de Tese. Após a arguição a Comissão Examinadora considerou a aluna APROVADA a prosseguir a sua investigação. Para constar, lavrou-se a presente ATA, que segue assinada pela Comissão Examinadora. Belo Horizonte, 18 de dezembro de 2012.

Profa. Ada Ávila Assunção

Ada Ávila Assunção

Profa. Carla Jorge Machado

Carla Jorge Machado

Profa. Fabiana Caetano Martins Silva

Fabiana Caetano Martins Silva

Profa. Anaclaudia Gastal Fassa

Anaclaudia Gastal Fassa

Profa. Mariângela Furlan Antigo

Mariângela Furlan Antigo

Profa. Sandhi Maria Barreto/subcoordenadora

Sandhi Maria Barreto

Para uso da banca:

Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte
Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos

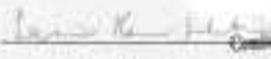
Parecer: 0054.0.410.000-09A

Pesquisadora Responsável: Celeste de Souza Rodrigues

O Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte – CEP/SMSA/BH aprovou em 13 de agosto de 2009, o projeto de pesquisa intitulado “Diagnóstico de saúde do servidor e do empregado público da Prefeitura Municipal de Belo Horizonte, 2009”

Pelas características do estudo – não amostral – e do universo estudado, bem como pautado nas garantias de sigilo oferecidas pelos pesquisadores responsáveis, acreditamos que o formato digital do TCLE não fere as normas previstas na Res. CNS/MS 196/96 e suas complementares. Assim o TCLE também foi aprovado.

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.


 Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos
 Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte
 Lenice Harumi Ishitani CEP/SMSA/BH
Coordenadora Adjunta do CEP-SMSA/PBH

Identificação: _____

QUESTIONÁRIO DE SAÚDE DO SERVIDOR E EMPREGADO PÚBLICO MUNICIPAL, BELO HORIZONTE, 2009**I - Dados demográficos e funcionais**

1. Você trabalha em qual região da cidade de Belo Horizonte?
- | | |
|--------------|--------------|
| 1 Barreiro | 6 Norte |
| 2 Centro Sul | 7 Oeste |
| 3 Leste | 8 Pampulha |
| 4 Nordeste | 9 Venda Nova |
| 5 Noroeste | 10 Não sei |
- 99 Não quero responder
2. Qual o seu local de trabalho? (Atenção: Se você trabalha em unidade de saúde, escola ou unidade municipal de educação infantil digite qual; se você trabalha em qualquer outro local digite o nome da secretaria ou órgão no qual trabalha); String
3. Há quanto tempo você trabalha nesse local? ____ anos ____ meses
Não quero responder
4. Qual é o seu cargo? Não quero responder String
(Atenção: se você ocupar cargo comissionado selecione esse cargo comissionado na tabela)
5. Você encontra-se em desvio de função que não seja por laudo médico?
1 Sim 0 Não 99 Não quero responder
Se Não, passe para a questão 7
6. Há quanto tempo você trabalha nessa função? ____ anos ____ meses
Não quero responder
7. Qual a sua idade? ____ anos Não quero responder
8. Sexo: 0 Masculino 1 Feminino 99 Não quero responder
9. Você está grávida?
1 Sim 0 Não 99 Não quero responder 88 Não se aplica
10. Você tem filhos?
1 Sim 0 Não 99 Não quero responder
Se Não, passe para a questão 12
11. Quantos filhos você tem? Se não quiser informar, digite 99
12. Qual o curso mais elevado que você frequentou?
- | |
|---|
| 1 Antigo primário |
| 2 Antigo ginásio |
| 3 Antigo clássico/técnico/normal/colegial |
| 4 Ensino fundamental/1º grau |
| 5 Ensino médio/2º grau |
| 6 Curso superior/graduação/3º grau |
| 7 Especialização/Mestrado/doutorado/ |
| 8 Nunca estudou |
| 99 Não quero responder |
- Se nunca estudou**, passe para a questão 14
13. Qual o último ano concluído com aprovação?
- | | |
|------------------------|----------|
| 1 Primeiro | 5 Quinto |
| 2 Segundo | 6 Sexto |
| 3 Terceiro | 7 Sétimo |
| 4 Quarto | 8 Oitavo |
| 88 Não se aplica | |
| 99 Não quero responder | |

14. Qual seu estado civil atual?
- 1 Solteiro
 - 2 Casado / juntado / união estável
 - 3 Viúvo
 - 4 Separado / desquitado / divorciado
 - 99 Não quero responder
15. Qual a sua cor/raça?
- 1 Branca
 - 2 Preta
 - 3 Amarela (apenas com ascendência oriental)
 - 4 Indígena
 - 5 Parda
 - 99 Não quero responder
16. Qual o seu peso?.
- _____ Kg _____ g
17. Quanto tempo faz que se pesou pela última vez?
- 1 Menos de 1 semana
 - 2 Entre 1 semana e 1 mês
 - 3 Entre 1 e 3 meses
 - 4 Entre 3 e 6 meses
 - 5 6 meses ou mais
 - 6 Nunca me pesei
 - 7 Não me lembro
 - 99 Não quero responder
18. Qual a sua altura?
- _____ m _____ cm

II - Atividade doméstica e hábitos de vida

19. Abaixo estão listadas algumas atividades domésticas (tarefas da casa). Quais as atividades domésticas listadas abaixo que você faz?

19.1	Cuidar das crianças	1 Sim	0 Não	99 Não quero responder
19.2	Cuidar da limpeza	1 Sim	0 Não	99 Não quero responder
19.3	Cozinhar	1 Sim	0 Não	99 Não quero responder
19.4	Lavar roupa	1 Sim	0 Não	99 Não quero responder
19.5	Passar roupa	1 Sim	0 Não	99 Não quero responder
19.6	Fazer feira/supermercado	1 Sim	0 Não	99 Não quero responder
19.7	Levar filho à escola	1 Sim	0 Não	99 Não quero responder
19.8	Pequenos consertos	1 Sim	0 Não	99 Não quero responder
19.9	Cuidar de idosos ou pessoas doentes	1 Sim	0 Não	99 Não quero responder

20. Nas últimas duas semanas, com que frequência você realizou atividades domésticas?
- 4 Todos os dias da semana
 - 3 Três ou mais dias na semana
 - 2 Um ou dois dias na semana
 - 1 Apenas no final de semana
 - 0 Não realizei atividades domésticas
 - 99 Não quero responder
21. Você participa de atividades de lazer? (São exemplos de atividades de lazer ir ao cinema, shows, visitar amigos, ir a barzinho, fazer caminhadas, praticar esportes e outras)
- 0 Sim 1 Não 99 Não quero responder
- Se Não**, passe para a questão 26

Você participa de qual tipo de atividade?

22. Atividades culturais (cinema, teatro, show, exposição)

- 0 Sim 1 Não 99 Não quero responder 88 Não se aplica
- 23.** Atividades sociais (visita a amigos, festa, barzinho)
0 Sim 1 Não 99 Não quero responder 88 Não se aplica
- 24.** Atividades físicas (caminhadas, exercícios, prática de esportes, dança, outras)
0 Sim 1 Não 99 Não quero responder 88 Não se aplica
Se Não, passe para a questão 27
- 25.** Nos últimos três meses, com que frequência você praticou atividade física?
1 Menos que 3 vezes por semana
2 De 3 a 5 vezes por semana
3 De 6 a 7 vezes por semana
99 Não quero responder
88 Não se aplica
- 26.** E quanto tempo durou essa atividade física?
1 Menos que 20 min
2 Entre 20 e 29 min
3 Entre 30 e 44 min
4 Entre 45 e 59 min
5 60 min ou mais
99 Não quero responder
88 Não se aplica
- 27.** Você costuma ir a pé ou de bicicleta para o trabalho?
1 Sim 0 Não 99 Não quero responder
Se Não, passe para a questão 29
- 28.** Quanto tempo você gasta, a pé ou de bicicleta, para ir e voltar do trabalho?
1 Menos que 20 min
2 Entre 20 e 29 min
3 30 min ou mais
99 Não quero responder
88 Não se aplica
- 29.** Qual das seguintes frases define melhor seu hábito em relação ao cigarro?
0 Nunca fumei
1 Sou ex-fumante
2 Sou fumante atual
99 Não quero responder
Se fumante atual, passe para a questão 30
- 30.** Quantos cigarros você fuma por dia?
1 1-4 2 5-9 3 10-14 4 15-19 5 20-29 6 30-39 7 40 ou mais
99 Não quero responder
88 Não se aplica
- 31.** Nos últimos 30 dias, quantos dias por semana você comeu frutas, verduras ou legumes crus?
1 Menos de 1 dia por semana
2 De 1 a 3 dias por semana
3 De 4 a 5 dias por semana
4 De 6 a 7 dias por semana
99 Não quero responder
- 32.** Quantas porções de frutas, verduras ou legumes você consumiu por dia nos últimos 30 dias?
1 Uma porção por dia
2 Duas porções por dia
3 Três porções por dia
4 Quatro porções por dia

- 5 Cinco ou mais porções por dia
99 Não quero responder

33. Em quantos dias da semana você costuma comer carne vermelha (boi, porco, cabrito, outras)?

- 1 1 a 2 dias por semana
2 3 a 4 dias por semana
3 5 a 6 dias por semana
4 Todos os dias
5 Não come toda semana
6 Nunca come
99 Não quero responder

Se **Nunca**, passe para a questão 35

34. Quando você come carne vermelha você costuma:

- 0 Tirar sempre o excesso de gordura visível
1 Comer com a gordura
88 Não se aplica
99 Não quero responder

35. Em quantos dias da semana você costuma comer frango?

- 1 1 a 2 dias por semana
2 3 a 4 dias por semana
3 5 a 6 dias por semana
4 Todos os dias
5 Não come toda semana
6 Nunca come
99 Não quero responder

Se **Nunca**, passe para a questão 37

36. Quando você come frango, você costuma?

- 0 Tirar sempre a pele
1 Comer com a pele
88 Não se aplica
99 Não quero responder

37. Você costuma adicionar sal na comida pronta, no seu prato, sem contar a salada?

- 2 Sim, sempre ou quase sempre
1 Sim, de vez em quando
0 Não
99 Não quero responder

III - Estado de saúde

38. Você classificaria seu estado de saúde como:

- 1 Muito bom 4 Ruim
2 Bom 5 Muito ruim
3 Regular 99 Não quero responder

39. Algum médico já lhe disse que você tem alguma das doenças listadas abaixo?

39.1	Diabetes	1 Sim	0 Não	99 Não quero responder
39.2	Colesterol alto	1 Sim	0 Não	99 Não quero responder
39.3	Obesidade	1 Sim	0 Não	99 Não quero responder
39.4	Pressão alta	1 Sim	0 Não	99 Não quero responder
39.5	Câncer	1 Sim	0 Não	99 Não quero responder
39.6	Cardiopatía	1 Sim	0 Não	99 Não quero responder
39.7	Rinite/sinusite	1 Sim	0 Não	99 Não quero responder
39.8	Asma	1 Sim	0 Não	99 Não quero responder
39.9	Disfonia	1 Sim	0 Não	99 Não quero responder
39.10	Tuberculose	1 Sim	0 Não	99 Não quero responder
39.11	Gastrite	1 Sim	0 Não	99 Não quero responder

39.12	Úlcera	1 Sim	0 Não	99 Não quero responder
39.13	Hepatite	1 Sim	0 Não	99 Não quero responder
39.14	Infecção urinária	1 Sim	0 Não	99 Não quero responder
39.15	LER/DORT	1 Sim	0 Não	99 Não quero responder
39.16	Depressão/ansiedade	1 Sim	0 Não	99 Não quero responder
39.17	Distúrbios do sono	1 Sim	0 Não	99 Não quero responder
39.18	Lombalgia	1 Sim	0 Não	99 Não quero responder

40. Atualmente, você está fazendo uso de medicamento, **prescrito por médico**, para algum(a) dos(as) problemas/doenças abaixo?

40.1	Pressão alta	0 Sim	1 Não	99 Não quero responder
40.2	Depressão ou ansiedade	0 Sim	1 Não	99 Não quero responder
40.3	Reumatismo	0 Sim	1 Não	99 Não quero responder
40.4	Diabetes	0 Sim	1 Não	99 Não quero responder
40.5	Alterações do sono	0 Sim	1 Não	99 Não quero responder
40.6	Outros	0 Sim	1 Não	99 Não quero responder

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

	Problema	Nunca 1	Raramente 2	Pouco Frequente 3	Frequente 4	Muito Frequente 5	99
41.1	Dor nos braços						Não quero responder
41.2	Dor nas pernas						Não quero responder
41.3	Dor nas costas						Não quero responder
41.4	Fadiga						Não quero responder
41.5	Problemas de pele						Não quero responder
41.6	Problemas digestivos						Não quero responder
41.7	Cansaço mental						Não quero responder
41.8	Nervosismo						Não quero responder
41.9	Esquecimento						Não quero responder
41.10	Sonolência						Não quero responder
41.11	Insônia						Não quero responder
41.12	Irritação						Não quero responder

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

0 Não 1 De vez em quando 2 Diariamente 99 Não quero responder

43. Nas duas últimas semanas, você percebeu piora na qualidade da sua voz?

0 Não 1 De vez em quando 2 Diariamente 99 Não quero responder

44. Nos últimos 30 dias você deixou de realizar suas tarefas habituais (trabalho, escola, lazer ou tarefas domésticas) devido a algum problema de saúde?

0 Sim 1 Não 2 Não me lembro 99 Não quero responder

45. Você teve alguma licença/atestado médico por motivo de doença nos últimos 12 meses?

0 Não
1 Sim, 1 ou 2 licenças/atestados médicos
2 Sim, 3 licenças/atestados médicos
3 Sim, 4 ou mais licenças/atestados médicos
99 Não quero responder

46. Você já teve alguma doença diagnosticada por médico que poderia estar relacionada ao trabalho?

1 Sim 0 Não 99 Não quero responder

47. Você está em readaptação funcional/reabilitação profissional por motivo de doença?

1 Sim 0 Não 99 Não quero responder

48. No último ano você sofreu algum acidente de trabalho na Prefeitura de Belo Horizonte (considerar os acidentes de trajeto como acidentes de trabalho)?
1 Sim 2 Não 99 Não quero responder
49. Você usa os serviços oferecidos pela BEPREM (serviço médico, odontológico, atendimento por psicólogo, por nutricionista ou por fonoaudiólogo)?
1 Sim 2 Não 99 Não quero responder
50. Você tem plano de saúde ou convênio médico?
1 Sim 2 Não 99 Não quero responder

IV - Vacinas:

51. Você já tomou vacina contra febre amarela?
1 Sim 0 Não 2 Não sei/não me lembro 99 Não quero responder
Se Sim, passe para a questão 52
52. Há quanto tempo você tomou a vacina contra febre amarela?
1 Menos de 10 anos 2 Mais de 10 anos 3 Não sei/não me lembro
88 Não se aplica 99 Não quero responder
53. Você já tomou vacina antirrábica (contra raiva)?
1 Sim 0 Não 2 Não sei/não me lembro
99 Não quero responder
Se Sim, passe para a questão 54
54. Quantas doses você recebeu da vacina antirrábica (contra raiva)?
1 1 dose 2 2 doses 3 3 doses ou mais 4 Não sei/não me lembro
88 Não se aplica 99 Não quero responder
55. Você já tomou vacina contra hepatite B?
1 Sim 0 Não 2 Não sei/não me lembro
99 Não quero responder
Se Sim, passe para a questão 56
56. Quantas doses você recebeu da vacina contra hepatite B?
1 1 dose 2 2 doses 3 3 doses ou mais 4 Não sei/não me lembro
88 Não se aplica 99 Não quero responder
57. Você já tomou vacina contra rubéola, sarampo e caxumba (tríplice viral) ou vacina contra rubéola e sarampo (dupla viral)?
1 Sim 0 Não 2 Não sei/não me lembro
99 Não quero responder
Se Sim, passe para a questão 58
58. Quantas doses você recebeu da vacina contra rubéola, sarampo e caxumba (tríplice viral) ou da vacina contra rubéola e sarampo (dupla viral)?
1 1 dose 2 2 doses 3 Não sei/não me lembro 88 Não se aplica
99 Não quero responder
59. Você já tomou vacina contra tétano ou dupla adulto (tétano e difteria)?
1 Sim 0 Não 2 Não sei/não me lembro
99 Não quero responder
Se sim, passe para a questão 60
60. Quantas doses você recebeu da vacina contra tétano ou dupla adulto (tétano e difteria)?
0 Menos de 3 doses
1 3 doses ou mais, sendo a última há mais de 10 anos
2 3 doses ou mais, sendo a última há menos de 10 anos
3 Não se aplica

- 88 Não sei/não me lembro
 99 Não quero responder
61. Você já tomou a vacina contra tuberculose (BCG)?
 1 Sim 0 Não 2 Não sei/não me lembro
 99 Não quero responder

V - Ambiente de trabalho

62. Qual a sua jornada diária de trabalho - considerar extensão de jornada, dobra, jornada complementar ou outras? _____ horas (Se não quiser responder, digite 99)
63. Você possui outro vínculo de emprego?
 1 Sim 0 Não 99 Não quero responder
Se Não, passe para a questão 65
64. Você exerce a mesma atividade nos dois vínculos?
 1 Sim 2 Não 88 Não se aplica 99 Não quero responder
65. Em geral, a ventilação do seu local de trabalho é:
 1 Precária
 2 Razoável
 3 Satisfatória
 99 Não quero responder
66. Em geral, a temperatura do seu local de trabalho é:
 1 Precária
 2 Razoável
 3 Satisfatória
 99 Não quero responder
67. Em geral, a iluminação em seu local de trabalho é:
 1 Precária
 2 Razoável
 3 Satisfatória
 99 Não quero responder
68. Em geral, as cadeiras e mesas do seu local de trabalho são:
 1 Precárias
 2 Razoáveis
 3 Satisfatórias
 88 Não se aplica
 99 Não quero responder
69. Em geral, os recursos técnicos e equipamentos do seu local de trabalho são:
 1 Precários
 2 Razoáveis
 3 Satisfatórios
 88 Não se aplica
 99 Não quero responder
70. No seu setor, existem equipamentos de proteção individual (EPI) a sua disposição?
 0 Sim 1 Não 2 Não sei o que é isso 88 Não se aplica
 99 Não quero responder
Se Sim, passe para a questão 71
71. Você utiliza esses equipamentos de proteção individual (EPI)?
 0 Sim 1 Não 88 Não quero responder 99 Não se aplica
Se Sim, passe para a questão 72
72. Quais equipamentos de proteção individual (EPI) você utiliza?

***código se aplica a tabela inteira**

72.1	Proteção para a cabeça	1 Sim	0 Não	88 Não se aplica	99 Não quero responder
72.2	Proteção para os olhos	Sim	Não	Não se aplica	Não quero responder
72.3	Proteção para os ouvidos	Sim	Não	Não se aplica	Não quero responder
72.4	Proteção para a face	Sim	Não	Não se aplica	Não quero responder
72.5	Proteção respiratória	Sim	Não	Não se aplica	Não quero responder
72.6	Proteção para o tronco	Sim	Não	Não se aplica	Não quero responder
72.7	Proteção para os braços	Sim	Não	Não se aplica	Não quero responder
72.8	Proteção para as mãos	Sim	Não	Não se aplica	Não quero responder
72.9	Proteção para as pernas	Sim	Não	Não se aplica	Não quero responder
72.10	Proteção para os pés	Sim	Não	Não se aplica	Não quero responder
72.11	Proteção para a pele	Sim	Não	Não se aplica	Não quero responder
72.12	Cinto de segurança para altura	Sim	Não	Não se aplica	Não quero responder

73. Durante seu horário de trabalho, você adota posturas que podem gerar dores ou desconforto muscular no trabalho ou fora do trabalho?

0 Nunca 1 Raramente 2 Às vezes 3 Sempre
99 Não quero responder

74. Seu trabalho exige que você fique em pé por muito tempo?

0 Nunca 1 Raramente 2 Às vezes 3 Sempre
99 Não quero responder

75. Seu trabalho exige que você fique sentado por muito tempo?

0 Nunca 1 Raramente 2 Às vezes 3 Sempre
99 Não quero responder

76. Seu trabalho exige que você ande muito?

0 Nunca 1 Raramente 2 Às vezes 3 Sempre
99 Não quero responder

77. Seu trabalho exige que você levante, carregue ou empurre peso excessivo?

0 Nunca 1 Raramente 2 Às vezes 3 Sempre
99 Não quero responder

78. Você fica sem fazer pausas durante a sua jornada de trabalho?

0 Nunca 1 Raramente 2 Às vezes 3 Sempre
99 Não quero responder

79. Você trabalha em rodízio de turnos?

0 Nunca 1 Raramente 2 Às vezes 3 Sempre
99 Não quero responder

80. Você trabalha no turno noturno?

0 Nunca 1 Raramente 2 Às vezes 3 Sempre
99 Não quero responder

81. Em geral, o ruído originado no seu local de trabalho é:

0 Desprezível 1 Razoável 2 Elevado 3 Insuportável
99 Não quero responder

82. Em geral, o ruído originado fora do seu local de trabalho é:

0 Desprezível 1 Razoável 2 Elevado 3 Insuportável
99 Não quero responder

83. No setor onde você trabalha existe:

***o código se aplica para a tabela inteira**

	Recursos			
83.1	Recursos materiais suficientes para realizar as tarefas	0 Sim	1 Não	99 Não quero responder
83.2	Tempo disponível para você se alimentar	Sim	Não	Não quero responder
83.3	Lanche oferecido pelo empregador no local de trabalho, a todos os trabalhadores	Sim	Não	Não quero responder
83.4	Copa/refeitório	Sim	Não	Não quero responder
83.5	Sala de descanso	Sim	Não	Não quero responder
83.6	Acesso a sanitário para os trabalhadores no local de trabalho	Sim	Não	Não quero responder
83.7	Escaninhos para guardar pertences	Sim	Não	Não quero responder

84. Você trabalha na Prefeitura de Belo Horizonte na área de saúde (Secretaria Municipal de Saúde, Hospital Odilon Berhens, CLISERVE, CLISAM, Serviço de Odontologia da BEPREM, Gerência de Saúde do Servidor e Perícia Médica/GSPM ou Serviços de Medicina do trabalho)?

1 Sim 0 Não 99 Não quero responder

Se Sim, passe para a questão 85

85. Você entra em contato com materiais biológicos, como sangue, fezes, urina, saliva, líquido amniótico etc?

0 Nunca 1 Raramente 2 Às vezes 3 Sempre 88 Não se aplica 99 Não quero responder

86. Você entra em contato com radiação ionizante (raio x, tomografia, radioterapia, radiofármacos)?

0 Nunca 1 Raramente 2 Às vezes 3 Sempre 88 Não se aplica 99 Não quero responder

87. Você entra em contato com gases anestésicos?

0 Nunca 1 Raramente 2 Às vezes 3 Sempre 88 Não se aplica 99 Não quero responder

88. Você entra em contato com antissépticos, como PVP-I, álcool iodado, clorexidina, álcool etílico a 70?

0 Nunca 1 Raramente 2 Às vezes 3 Sempre 88 Não se aplica 99 Não quero responder

89. Você entra em contato com agentes citotóxicos (medicamentos para quimioterapia)?

0 Nunca 1 Raramente 2 Às vezes 3 Sempre 88 Não se aplica 99 Não quero responder

90. Você prepara e ou administra medicamentos?

0 Nunca 1 Raramente 2 Às vezes 3 Sempre 88 Não se aplica 99 Não quero responder

91. Você trabalha na Prefeitura de Belo Horizonte como professor ou educador infantil?

1 Sim 0 Não 99 Não quero responder

Se Sim, passe para a questão 96

92. Você atua em que etapa do ensino? 99 Não quero responder

1 a 40 ... 88 = não se aplica

01 Educação Infantil

02 1º Ciclo

03 2º Ciclo

04 3º Ciclo

05 Educação de Jovens e Adultos (EJA)

06 Ensino Médio

07 Educação Infantil e 1º Ciclo

08 Educação Infantil e 2º Ciclo

09 Educação Infantil e 3º Ciclo

10 Educação Infantil e Educação de Jovens e Adultos (EJA)

11 Educação Infantil e Ensino Médio

12 1º Ciclo e 2º Ciclo

- 13 1º Ciclo e 3º Ciclo
- 14 1º Ciclo e Educação de Jovens e Adultos (EJA)
- 15 1º Ciclo e Ensino Médio
- 16 2º Ciclo e 3º Ciclo
- 17 2º Ciclo e Educação de Jovens e Adultos (EJA)
- 18 2º Ciclo e Ensino Médio
- 19 3º Ciclo e Educação de Jovens e Adultos (EJA)
- 20 3º Ciclo e Ensino Médio
- 21 Educação de Jovens e Adultos (EJA) e Ensino Médio
- 22 Educação Infantil, 1º Ciclo e 2º Ciclo
- 23 Educação Infantil, 1º Ciclo e 3º Ciclo
- 24 Educação Infantil, 2º Ciclo e 3º Ciclo
- 25 Educação Infantil, 1º Ciclo e Educação de Jovens e Adultos (EJA)
- 26 Educação Infantil, 1º Ciclo e Ensino Médio
- 27 Educação Infantil, 2º Ciclo e Educação de Jovens e Adultos (EJA)
- 28 Educação Infantil, 2º Ciclo e Ensino Médio
- 29 Educação Infantil, 3º Ciclo e Educação de Jovens e Adultos (EJA)
- 30 Educação Infantil, 3º Ciclo e Ensino Médio
- 31 Educação Infantil, Educação de Jovens e Adultos (EJA) e Ensino Médio
- 32 1º Ciclo, 2º Ciclo e 3º Ciclo
- 33 1º Ciclo, 2º Ciclo e Educação de Jovens e Adultos (EJA)
- 34 1º Ciclo, 2º Ciclo e Ensino Médio
- 35 1º Ciclo, 3º Ciclo e Educação de Jovens e Adultos (EJA)
- 36 1º Ciclo, 3º Ciclo e Ensino Médio
- 37 2º Ciclo, 3º Ciclo e Educação de Jovens e Adultos (EJA)
- 38 2º Ciclo, 3º Ciclo e Ensino Médio
- 39 3º Ciclo, Educação de Jovens e Adultos (EJA) e Ensino Médio
- 40 Centro de Línguas

93. Você foi convocado para o exame periódico de voz alguma vez?

1 Sim 0 Não 2 Não me lembro 88 Não se aplica

99 Não quero responder

Se Não, Não me lembro ou Não se aplica, passe para a questão 96

94. Você compareceu ao exame?

1 Sim 2 Não 3 Não me lembro 88 Não se aplica

99 Não quero responder

Se Sim, passe para a questão 96

95. Você não compareceu por qual motivo?

1 Estava sem sintomas

2 Não achei necessário

3 Recebi a convocação com atraso

4 Esqueci a data marcada

5 Não pude me ausentar do trabalho

6 Outro

99 Não quero responder

88 Não se aplica

96. Em geral, o ruído originado na sala de aula é:

0 Desprezível 1 Razoável 2 Elevado 3 Insuportável

88 Não se aplica 99 Não quero responder

97. Em geral, o ruído originado dentro da escola, mas fora da sala de aula é:

0 Desprezível 1 Razoável 2 Elevado 3 Insuportável

99 Não quero responder 88 Não se aplica

98. Em geral, o ruído gerado fora da escola é:

0 Desprezível 1 Razoável 2 Elevado 3 Insuportável

99 Não quero responder 88 Não se aplica

99. Em geral, a ventilação da sua sala de aula é:
 0 Precária 1 Razoável 2 Satisfatória 3 Não se aplica
 99 Não quero responder
100. Em geral, a iluminação em sua sala de aula é:
 0 Precária 1 Razoável 2 Satisfatória 3 Não se aplica
 99 Não quero responder
101. Em geral as condições das paredes da sua sala de aula são:
 0 Precária 1 Razoável 2 Satisfatória 3 Não se aplica
 99 Não quero responder

VI - Atos de violência – vitimização

102. Você sente sua segurança pessoal ameaçada no seu local de trabalho?
 1 Sim 0 Não 99 Não quero responder
103. Você se sente ameaçado(a) quanto à segurança de seus pertences e bens pessoais no seu local de trabalho?
 1 Sim 0 Não 99 Não quero responder
104. Nos últimos 12 meses houve algum episódio de agressão ou ameaça no seu local de trabalho, praticado por um usuário (paciente, aluno, cidadão, outro) desse serviço?
 0 Nunca 1 Uma vez 2 Algumas vezes 3 Com frequência
 99 Não quero responder
105. Nos últimos 12 meses houve algum episódio de agressão ou ameaça no seu trabalho, praticado por parentes ou acompanhantes do usuário (paciente, aluno, cidadão, outro) desse serviço?
 0 Nunca 1 Uma vez 2 Algumas vezes 3 Com frequência
 99 Não quero responder
106. Nos últimos 12 meses houve algum episódio de agressão ou ameaça praticado por seus chefes ou colegas de trabalho a algum usuário (paciente, aluno, cidadão, outro) desse serviço?
 0 Nunca 1 Uma vez 2 Algumas vezes 3 Com frequência
 99 Não quero responder
107. Nos últimos 12 meses houve algum episódio de agressão ou ameaça praticado por seus chefes ou colegas de trabalho a outro colega de trabalho?
 0 Nunca 1 Uma vez 2 Algumas vezes 3 Com frequência
 99 Não quero responder
108. Você já pensou em mudar o seu local de trabalho em função de episódios de agressão ou ameaça?
 0 Nunca 1 Uma vez 2 Algumas vezes 3 Com frequência
 99 Não quero responder

Por favor, agora responda sobre os atos de violência dos quais você pode ter sido vítima **fora do trabalho**

109. Você sofreu alguma agressão nos últimos 12 meses?
 1 Sim 0 Não 99 Não quero responder

Se não, passe para a questão 112

110. Quem praticou a agressão?

110.1	Usuário(a) do serviço	1 Sim	0 Não	88 Não se aplica	99 Não quero responder
110.2	Esposo(a)	Sim	Não	Não se aplica	Não quero responder
110.3	Algum parente	Sim	Não	Não se aplica	Não quero responder
110.4	Amigo(a)	Sim	Não	Não se aplica	Não quero responder
110.5	Vizinho(a)	Sim	Não	Não se aplica	Não quero responder
110.6	Desconhecido(a)	Sim	Não	Não se aplica	Não quero responder
110.7	Outro	Sim	Não	Não se aplica	Não quero responder

111. Qual foi o tipo de agressão?

111.1	Física	1 Sim	0 Não	88 Não se aplica	99 Não quero responder
111.2	Sexual	Sim	Não	Não se aplica	Não quero responder
111.3	Psicológica	Sim	Não	Não se aplica	Não quero responder
111.4	Negligência	Sim	Não	Não se aplica	Não quero responder
111.5	Xingamentos	Sim	Não	Não se aplica	Não quero responder
111.6	Atos de destruição (bens móveis e imóveis)	Sim	Não	Não se aplica	Não quero responder
111.7	Outro	Sim	Não	Não se aplica	Não quero responder

112. Você foi vítima de algum acidente de trânsito nos últimos 12 meses?

1 Sim 0 Não 99 Não quero responder

VII - Demanda do trabalho**113. Com que frequência você tem que fazer suas tarefas de trabalho com muita rapidez?**

3 Frequentemente
2 Às vezes
1 Raramente
0 Nunca ou quase nunca
99 Não quero responder

114. Com que frequência você tem que trabalhar intensamente (isto é, produzir muito em pouco tempo)?

3 Frequentemente
2 Às vezes
1 Raramente
0 Nunca ou quase nunca
99 Não quero responder

115. Seu trabalho exige demais de você?

3 Frequentemente
2 Às vezes
1 Raramente
0 Nunca ou quase nunca
99 Não quero responder

116. Você tem tempo suficiente para cumprir todas as tarefas do seu trabalho?

3 Frequentemente
2 Às vezes
1 Raramente
0 Nunca ou quase nunca
99 Não quero responder

117. O seu trabalho costuma apresentar exigências contraditórias ou discordantes?

3 Frequentemente
2 Às vezes
1 Raramente
0 Nunca ou quase nunca
99 Não quero responder

118. Você tem possibilidade de aprender coisas novas no seu trabalho?

3 Frequentemente
2 Às vezes
1 Raramente
0 Nunca ou quase nunca
99 Não quero responder

119. Seu trabalho exige muita habilidade ou conhecimentos especializados?

3 Frequentemente

- 2 Às vezes
 - 1 Raramente
 - 0 Nunca ou quase nunca
 - 99 Não quero responder
- 120.** Seu trabalho exige que você tome iniciativas?
- 3 Frequentemente
 - 2 Às vezes
 - 1 Raramente
 - 0 Nunca ou quase nunca
 - 99 Não quero responder
- 121.** No seu trabalho, você tem que repetir muitas vezes as mesmas tarefas?
- 3 Frequentemente
 - 2 Às vezes
 - 1 Raramente
 - 0 Nunca ou quase nunca
 - 99 Não quero responder
- 122.** Você pode escolher COMO fazer o seu trabalho?
- 3 Frequentemente
 - 2 Às vezes
 - 1 Raramente
 - 0 Nunca ou quase nunca
 - 99 Não quero responder
- 123.** Você pode escolher O QUE fazer no seu trabalho?
- 3 Frequentemente
 - 2 Às vezes
 - 1 Raramente
 - 0 Nunca ou quase nunca
 - 99 Não quero responder
- 124.** Existe um ambiente calmo e agradável onde trabalho
- 0 Concordo totalmente
 - 1 Concordo mais que discordo
 - 2 Discordo mais que concordo
 - 3 Discordo totalmente
 - 99 Não quero responder
- 125.** No trabalho, nos relacionamos bem uns com os outros
- 0 Concordo totalmente
 - 1 Concordo mais que discordo
 - 2 Discordo mais que concordo
 - 3 Discordo totalmente
 - 99 Não quero responder
- 126.** Eu posso contar com o apoio dos meus colegas de trabalho
- 0 Concordo totalmente
 - 1 Concordo mais que discordo
 - 2 Discordo mais que concordo
 - 3 Discordo totalmente
 - 99 Não quero responder
- 127.** Se eu não estiver num bom dia, meus colegas compreendem
- 0 Concordo totalmente
 - 1 Concordo mais que discordo
 - 2 Discordo mais que concordo
 - 3 Discordo totalmente
 - 99 Não quero responder

128.No meu trabalho eu me relaciono bem com meus chefes

- 0 Concordo totalmente
- 1 Concordo mais que discordo
- 2 Discordo mais que concordo
- 3 Discordo totalmente
- 99 Não quero responder

129.Eu gosto de trabalhar com meus colegas

- 0 Concordo totalmente
- 1 Concordo mais que discordo
- 2 Discordo mais que concordo
- 3 Discordo totalmente
- 99 Não quero responder

130.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 marque **Sim**. Se você não sentiu a situação, marque **Não**. Se não se sentir a vontade para responder marque **Não quero responder**

***o código se aplica para a tabela inteira**

130.1	Dorme mal?	1 Sim	0 Não	99 Não quero responder
130.2	Tem má digestão?	Sim	Não	Não quero responder
130.3	Tem falta de apetite?	Sim	Não	Não quero responder
130.4	Tem tremores nas mãos?	Sim	Não	Não quero responder
130.5	Assusta-se com facilidade?	Sim	Não	Não quero responder
130.6	Você se cansa com facilidade?	Sim	Não	Não quero responder
130.7	Sente-se cansado(a) o tempo todo?	Sim	Não	Não quero responder
130.8	Tem se sentido triste ultimamente?	Sim	Não	Não quero responder
130.9	Tem chorado mais do que de costume?	Sim	Não	Não quero responder
130.10	Tem dores de cabeça frequentemente?	Sim	Não	Não quero responder
130.11	Tem tido ideia de acabar com a vida?	Sim	Não	Não quero responder
130.12	Tem dificuldade para tomar decisões?	Sim	Não	Não quero responder
130.13	Tem perdido o interesse pelas coisas?	Sim	Não	Não quero responder
130.14	Tem dificuldade de pensar com clareza?	Sim	Não	Não quero responder
130.15	Você se sente pessoa inútil em sua vida?	Sim	Não	Não quero responder
130.16	Tem sensações desagradáveis no estômago?	Sim	Não	Não quero responder
130.17	Sente-se nervoso(a), tenso(a) ou preocupado(a)?	Sim	Não	Não quero responder
130.18	É incapaz de desempenhar um papel útil em sua vida?	Sim	Não	Não quero responder
130.19	Seu trabalho diário lhe causa sofrimento?	Sim	Não	Não quero responder
130.20	Encontra dificuldade de realizar, com satisfação, suas tarefas diárias?	Sim	Não	Não quero responder

VIII - Qualidade de vida

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

	Muito Ruim	Ruim	Nem ruim, nem boa	Boa	Muito boa	NQR
Como você avaliaria sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5	99

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

		Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem insatisfeito nem satisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito	99
		1	2	3	4	5	
132.1	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de trabalho?						NQR

132.2	Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, colegas)?						NQR
132.3	Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?						NQR