

UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

PALOMA RODRIGUES SALAZAR

**O USO DO TABACO ENTRE TRABALHADORES TÉCNICOS ADMINISTRATIVOS
EM EDUCAÇÃO DE UMA UNIVERSIDADE PÚBLICA DO ESTADO DE MINAS
GERAIS**

JUIZ DE FORA

2014

PALOMA RODRIGUES SALAZAR

**O USO DO TABACO ENTRE TRABALHADORES TÉCNICOS ADMINISTRATIVOS
EM EDUCAÇÃO DE UMA UNIVERSIDADE PÚBLICA DO ESTADO DE MINAS
GERAIS**

Dissertação apresentada ao programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora como requisito parcial à obtenção do grau de Mestre.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Gírlene Alves da Silva.

JUIZ DE FORA

2014

Ficha catalográfica elaborada através do Programa de geração automática da Biblioteca Universitária da UFJF, com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

Salazar, Paloma Rodrigues.
O Uso do Tabaco entre Trabalhadores Técnicos Administrativos em Educação de Uma Universidade Pública do Estado de Minas Gerais / Paloma Rodrigues Salazar. -- 2014.
135 f. : il.

Orientadora: Girlene Alves da Silva
Dissertação (mestrado acadêmico) - Universidade Federal de Juiz de Fora, Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 2014.

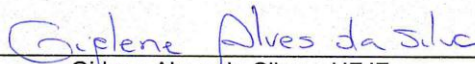
1. Tabagismo. 2. saúde do trabalhador. 3. saúde coletiva. 4. estudo epidemiológico. I. Silva, Girlene Alves da, orient. II. Título.

PALOMA RODRIGUES SALAZAR

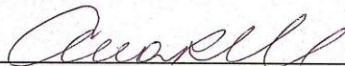
“O Uso do Tabaco entre Trabalhadores Técnico-administrativos em Educação de uma Universidade Pública do Estado de Minas Gerais.”

Dissertação de Mestrado submetida ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade Federal de Juiz de Fora - UFJF, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

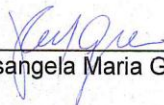
Aprovado em 20/03/2014



Gislene Alves da Silva – UFJF



Ana Regina Noto Faria – UNIFESP



Rosângela Maria Greco – UFJF

AGRADECIMENTOS

A Deus por ter me dado forças para lutar.

Aos meus pais e minha irmã, que, mesmo sem compreender a grandiosidade desta vitória, sentem-se orgulhosos por cada etapa conquistada.

À Grazielle Vecchi, que me ajudou diretamente a tornar realidade este sonho, incentivando-me nos momentos mais difíceis e fazendo acreditar que seria possível. Muito obrigada de todo coração!

À minha filha, Emanuelle, que dedicou momentos de sono para que eu pudesse desenvolver este trabalho. Espero que, futuramente, possa seguir os meus passos.

À minha orientadora, Professora Dr.^a Girlene Alves da Silva, pela sua generosidade e dedicação nas orientações, com competência e brilhantismo.

À professora Rosangela Greco pela atenção e apoio na apresentação do projeto, suporte na coleta de dados e as informações sempre fornecidas de forma precisa.

Ao professor Alfredo Chaoubah pelo apoio nas análises estatísticas.

Ao Programa de Saúde Coletiva, coordenadoras, professores e secretária, que fizeram o melhor para contribuir com minha formação.

Aos colegas de turma pelo companheirismo e trocas, acrescentando conhecimento em vários campos.

Aos dirigentes e colegas de trabalho das Faculdades Doctum, que compreenderam meus momentos de ausência e apoiaram em todo o percurso.

Aos servidores efetivos da UFJF que contribuíram para realização deste estudo.

“Talvez não tenha conseguido fazer o melhor, mas lutei para que o melhor fosse feito. Não sou o que deveria ser, mas, graças a Deus, não sou o que era antes”.

(Martin Luther King)

RESUMO

De acordo com a OMS (2011), o uso do tabaco continua sendo a principal causa de morte evitável para 6 milhões de pessoas no mundo a cada ano. O tabagismo acarreta perda de produtividade de trabalho (por doença ou morte), aposentadorias precoces e pensões, gerando danos a fumantes e não fumantes. Muitas estratégias têm sido estabelecidas para limitação da comercialização do tabaco, proteção da exposição à poluição tabagística ambiental e apoio para tratamento dos dependentes. O ambiente profissional é apontado como favorável para abordagem dos trabalhadores e implantação de programas de prevenção que estimulem a mudança no estilo de vida. Os objetivos deste trabalho foram: caracterizar quanto ao perfil sociodemográfico os trabalhadores técnico-administrativos em educação da Universidade Federal de Juiz de Fora - MG; identificar a presença do tabagismo, o grau de dependência ao consumo do tabaco e a frequência da exposição à poluição tabagística entre esses trabalhadores e correlacionar os dados referentes ao grau de dependência ao uso do tabaco com as variáveis socioeconômicas, idade e sexo dos participantes do estudo. Trata-se de um estudo epidemiológico descritivo-exploratório, tipo transversal, do qual participaram 721 técnicos-administrativos em educação efetivos da Universidade Federal de Juiz de Fora - MG. A coleta de dados foi realizada por meio de um questionário autopreenchível. As questões analisadas foram as referentes ao perfil sociodemográfico, ao uso do tabaco, à exposição à poluição tabagística e ao grau de dependência do tabagista, verificado pelo Questionário de Fagerström. Buscou-se associar o grau de dependência com variáveis sociodemográficas. Foram realizadas análises descritivas por medidas de frequência e bivariada com auxílio do programa SPSS versão 15.0. Os resultados apontaram que a população apresenta uma distribuição uniforme entre servidores do sexo masculino e feminino, a faixa etária predominante foi de 51 a 60 anos, de cor branca, pós-graduados, casados ou em união estável, com renda familiar de dez ou mais salários mínimos e trabalham exclusivamente no setor público. Faziam uso do tabaco 12,2% da amostra, com iniciação do hábito na adolescência e juventude. O grau de dependência com maior frequência foi o muito baixo e baixo, com média de idade de 24,1 anos. Não houve significância estatística entre o grau de dependência e as

variáveis sociodemográficas analisadas. A exposição à poluição tabagística ambiental foi de 34,5%. Espera-se que este estudo sustente novas investigações sobre esta temática pouco explorada entre trabalhadores e que subsidie ações de promoção, prevenção e cessação do tabagismo entre os mesmos.

Palavras-chaves: tabagismo, saúde do trabalhador, saúde coletiva, estudo epidemiológico.

ABSTRACT

According to the World Health Organization (2011), tobacco use remains as the leading preventable cause of death for 6 million people worldwide each year. Smoking causes loss of work productivity (due to illness or death) and early retirements and pensions, being harmful to smokers and nonsmokers. Many strategies have been established in order to reduce tobacco sales, to hedge exposure to environmental tobacco pollution and to support treatment for dependents. The professional environment is favorable to approach workers and to implement prevention programs that encourage changes in lifestyle. This study aimed (a) to characterize the sociodemographic profile of the technical and administrative employees of the public University of Juiz de Fora – MG; (b) to identify the occurrence of tobacco use, the degree of dependence on tobacco consumption and the frequency of exposure to tobacco pollution amongst these workers; and (c) to correlate the data on the degree of dependence to tobacco use with socioeconomic, age and sex variables of the study participants. This is a descriptive-exploratory study, cross-sectional, in which participated 721 administrative technicians in effective education of the public University of Juiz de Fora – MG. The data was collected through a self-managed survey. The issues considered were related to the sociodemographic profile, tobacco use, exposure to tobacco pollution and degree of smoking dependence, verified by the Fagerström Questionnaire. We aimed to associate the degree of dependency with the sociodemographic variables. Descriptive statistics for measures of frequency and bivariate were performed with the SPSS software, version 15.0. The results showed that the population is composed similar number of men and women, with ages from 51 to 60 years, white, post-graduated, married or in a stable union, with a family income of ten or more minimum wages and working exclusively in the public sector. 12.2% of them used tobacco, with initiation of the habit in the youth. The predominant degree of dependence was very low and low, with a mean age of 24.1 years. There was no statistical significance between the degree of dependency and the sociodemographic variables analyzed. The exposure to environmental tobacco pollution was 34.5 %. It is hoped that this study supports further investigation of this

underexplored issue amongst workers, and subsidizes health promotion, prevention and the tobacco use cessation among them.

Keywords: tobacco use, worker health, public health, epidemiological study.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1: Neurotransmissores liberados pela ação da nicotina e seus efeitos.....	21
Figura 2: Evolução das localizações de câncer com relação causal com o tabagismo.....	23
Quadro 1: Escore para avaliação do grau de dependência identificado pelo questionário de Fagerström.....	48
Figura 3: Esquema representativo da distribuição do número de servidores respondente.....	51
Gráfico 1 – Distribuição da variável uso do tabaco por sexo dos servidores técnico-administrativos em educação da Universidade Federal de Juiz de Fora - MG.....	60
Quadro 2 – Doenças relacionadas ao tabagismo dos técnicos-administrativos em educação da Universidade Federal de Juiz de Fora - MG.....	65

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Distribuição da variável sexo, idade, cor ou raça e escolaridade dos servidores técnico-administrativos em educação da Universidade Federal de Juiz de Fora - MG.....	53
Tabela 2 – Distribuição das variáveis estado civil, número de filhos, tipo de residência e número de moradores na residência dos servidores técnico-administrativos em educação da Universidade Federal de Juiz de Fora - MG.....	55
Tabela 3 – Distribuição da variável renda familiar dos servidores técnico-administrativos em educação da Universidade Federal de Juiz de Fora - MG.....	56
Tabela 4 – Distribuição de variáveis relacionadas às características do trabalho exercido pelos servidores técnico-administrativos em educação da Universidade Federal de Juiz de Fora - MG.....	58
Tabela 5 – Distribuição da variável uso do tabaco (cigarro ou cachimbo ou charuto ou cigarro de palha) entre os servidores técnico-administrativos em educação da Universidade Federal de Juiz de Fora - MG.....	59
Tabela 6 – Distribuição de variáveis que representam o comportamento dos servidores técnico-administrativos em educação da Universidade Federal de Juiz de Fora - MG em relação ao consumo do tabaco.....	61
Tabela 7 – Com quantas pessoas moram os técnicos administrativos em educação da Universidade Federal de Juiz de Fora – MG que fazem uso do tabaco.....	63
Tabela 8 – Doença relacionada ao tabagismo entre os servidores técnico-administrativos em educação da Universidade Federal de Juiz de Fora - MG.....	64
Tabela 9 – Distribuição das variáveis relacionadas aos hábitos dos servidores técnico-administrativos em educação da Universidade Federal de Juiz de Fora - MG fumantes em seu local de trabalho.....	66
Tabela 10 – Distribuição das questões quanto ao grau de dependência da escala de	

Fagerström entre os servidores técnico-administrativos em educação da Universidade Federal de Juiz de Fora - MG.....	69
Tabela 11 – Distribuição dos graus de dependência de acordo a escala de Fagerström entre os servidores técnico-administrativos em educação da Universidade Federal de Juiz de Fora - MG.....	70
Tabela 12 – Associação entre o grau de dependência ao tabaco e as variáveis sociodemográficas dos servidores técnico-administrativos em educação da Universidade Federal de Juiz de Fora - MG.....	71
Tabela 13 – Associação entre o grau de dependência ao tabaco e média de idade dos servidores técnico-administrativos em educação da Universidade Federal de Juiz de Fora - MG.....	72
Tabela 14 – Distribuição das variáveis relacionadas ao abandono do tabagismo pelos servidores técnico-administrativos em educação da Universidade Federal de Juiz de Fora - MG.....	73
Tabela 15 – Exposição à poluição tabagística ambiental (fumaça de cigarro de outras pessoas em sua casa, trabalho ou escola) dos servidores técnico-administrativos em educação da Universidade Federal de Juiz de Fora - MG.....	75

SUMÁRIO

1 – INTRODUÇÃO.....	15
1.1 – OBJETIVOS.....	19
2 – REFERENCIAL TEÓRICO	
2.1 – CONSIDERAÇÕES ACERCA DO TABAGISMO.....	20
2.1.1 – O tabagismo no Brasil.....	24
2.2 – POLÍTICAS DE CONTROLE DO TABACO NO BRASIL.....	27
2.3 - CONSIDERAÇÕES ACERCA DO TRABALHO E O SERVIÇO PÚBLICO	30
2.4 - A SAÚDE DO SERVIDOR PÚBLICO E O TABAGISMO.....	37
3 – MATERIAIS E MÉTODOS	
3.1- TIPO DE ESTUDO.....	44
3.2 – LOCAL DO ESTUDO.....	45
3.3 - POPULAÇÃO DO ESTUDO.....	45
3.4 – INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS.....	46
3.5 – VARIÁVEIS EM ESTUDO.....	48
3.6 - CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....	49
3.7 – COLETA DE DADOS.....	50
3.8 - PROCESSAMENTO E ANÁLISE DE DADOS.....	51
4 – RESULTADOS E DISCUSSÃO	
4.1 – CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO EM ESTUDO.....	53
4.2 - CARACTERÍSTICAS DO TRABALHO DA POPULAÇÃO EM ESTUDO..	57
4.3 - O CONSUMO E A DEPENDÊNCIA DO TABACO ENTRE OS TAEs.....	59
5– CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	77
REFERÊNCIAS.....	79
ANEXOS.....	89

1 – INTRODUÇÃO

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS) (WHO, 2011), o uso do tabaco continua sendo a principal causa de morte evitável para 6 milhões de pessoas no mundo a cada ano. A maioria das mortes acontece em países de renda baixa e média. Se as tendências atuais continuarem, até 2030, o tabaco matará mais de 8 milhões de pessoas por ano em todo o mundo.

O princípio ativo que causa dependência é a nicotina, um alcaloide vegetal proveniente da planta do tabaco, uma droga de alta toxicidade. A nicotina é introduzida no organismo com milhares de substâncias tóxicas, ao inalar a fumaça do cigarro, o dependente introduz mais de 2,5 mil substâncias lesivas ao organismo. A dependência da nicotina é determinada por fatores orgânicos, genéticos, comportamentais, dentre outros, sendo considerado um mecanismo complexo (ROSEMBERG, 2003).

Todas as formas de consumo do tabaco podem causar danos à saúde, gerando inclusive invalidez e morte. Os fumantes têm risco aumentado para desenvolver diversos tipos de câncer, principalmente o câncer de pulmão, além das doenças coronarianas, acidentes cerebrais, enfisema, dentre outras doenças. Os malefícios do tabaco não se restringem apenas aos dependentes, mas também àqueles que mantêm contato com a fumaça, os denominados fumantes passivos (OMS, 2003).

No Brasil, a última pesquisa de base populacional sobre o uso do tabaco foi realizada em 2008, a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, cujos resultados revelaram que 17,5% das pessoas de 15 anos ou mais de idade faziam uso do tabaco, o que correspondia ao contingente de 25 milhões de pessoas. Dentre os homens, o percentual era de 21,6% (contingente de 14,8 milhões) e mulheres, de 13,1% (ou 9,8 milhões). A grande região em que se registrou o maior percentual de fumantes é a Sul (19,0%) e os menores percentuais foram observados no Centro-Oeste (16,6%) e Sudeste (16,7%). Segundo o nível de instrução, expresso em termos de anos de estudo, no país, as proporções mais expressivas de fumantes estavam entre as pessoas sem instrução ou com menos de um ano de estudo (25,7%), entre aquelas com um a três anos de estudo (23,1%) e entre aquelas com quatro a sete anos de estudo (20,3%). Esse comportamento se repetiu em todas as regiões (IBGE, 2009).

Uma questão relevante para as políticas públicas de saúde é a exposição de pessoas fumantes e não fumantes à fumaça de produtos de tabaco. Na pesquisa de 2008, identificou-se que o local de exposição apontado com maior frequência foi em casa, reportado por 27,9% das pessoas de 15 anos ou mais de idade, proporção que foi mais elevada no Nordeste, onde atingiu 33,0% (IBGE, 2009).

O tabagismo passivo é hoje considerado fator de risco ocupacional, uma vez que trabalhadores ficam expostos cerca de oito horas diárias à fumaça do tabaco. Na maioria das vezes, estes trabalhadores não podem optar pela não exposição. Ao se tratar de ambiente de trabalho, a exposição à poluição tabagística neste local alcançou 24,4% das pessoas que trabalhavam em ambientes fechados (INCA, 2011), o que indica o descumprimento da Lei Federal número 9.294/1996 (BRASIL, 1996).

O tabagismo acarreta custos referentes ao tratamento nos serviços de saúde devido às doenças relacionadas ao tabaco, à perda de produtividade de trabalho (por doença ou morte) e às aposentadorias precoces e pensões, resultando em mortes de fumantes e não fumantes, o que gera o sofrimento destas pessoas e de seus familiares (BRASIL, 2009).

Para conter esta pandemia, a Organização Mundial de Saúde tem imprimido esforços neste sentido. A estratégia mais expressiva foi a criação, em 1999, da Convenção-Quadro para Controle do Tabaco (CQCT), um acordo de cooperação internacional, com base e disposições jurídicas, que estabelece um roteiro para um controle global do consumo de tabaco (WHO, 2013a).

Com o objetivo de auxiliar os países a cumprirem as obrigações determinadas pela CQCT, a OMS introduziu em 2008 a MPOWER, um pacote de seis medidas de controle com eficiência comprovada para redução do uso do tabaco e salvar vidas. Estas medidas têm como objetivo proteger os jovens contra o início do consumo do tabaco, auxiliar os fumantes a abandonarem o vício, e proteger os não fumantes da exposição à fumaça ambiental do tabaco (WHO, 2011). As políticas são: 1) monitoramento do uso do tabaco e aplicação de políticas de prevenção; 2) proteção das pessoas em relação à fumaça produzida pelo tabaco; 3) oferta de auxílio para tratamento dos dependentes; 4) aplicação de leis que proíbem publicidade do tabaco, a promoção e patrocínio; 5) elevação dos impostos sobre o tabaco; 6) advertências sobre

os perigos do tabaco (advertências gráficas impressas na embalagem pacote do tabaco) (WHO, 2013 a).

Como resultado desta iniciativa, centenas de milhões de usuários de tabaco estão protegidos contra os malefícios do tabaco, podendo melhorar a sua saúde com apoio dos governos, e centenas de milhões de não fumantes são menos propensos a iniciar o consumo do tabaco. Os resultados são bons, mas ainda existem lacunas significativas para estabelecer um controle ainda mais eficaz na maioria dos países (WHO, 2013b).

O relatório da OMS (WHO, 2013b) apontou que a criação de locais públicos livres de fumo, incluindo os locais de trabalho, continua sendo a medida mais comumente estabelecida, com alto nível de realização, nos países signatários da CQCT. A proibição de fumar em todos os locais de trabalho, locais públicos e transporte público significou, entre 2007 e 2012, a proteção de quase 900 milhões de pessoas.

O consumo do tabaco constitui-se um importante problema de saúde pública, pois, além de gerar ônus no sistema de saúde, também causa sérios danos ao indivíduo, o que repercute em sua vida familiar, social e econômica. Os danos causados podem interferir nas relações pessoais e na capacidade para o trabalho.

O Programa Nacional de Controle do Tabagismo e outros Fatores de Risco estabelece estratégias para tornar o ambiente de trabalho livre da poluição do tabaco e reduzir o número de funcionários fumantes por meio do apoio a estes na cessação de fumar. O objetivo deste módulo é disseminar entre os trabalhadores informações sobre os malefícios da dependência de nicotina, tabagismo passivo e benefícios da cessação de fumar. O ambiente profissional é apontado como favorável para abordagem dos trabalhadores e implantação de programas de prevenção que estimulem a mudança no estilo de vida. Assim, reduziriam os sérios danos provocados pelo tabagismo, além das faltas ao trabalho, gastos com doenças, perdas de produtividade e aposentadorias precoces (BRASIL, 2001a).

A preocupação com o consumo de tabaco no ambiente de trabalho vem motivando a realização de alguns estudos, como o de Sabry (1999), *“Tabagismo e etilismo em funcionários da Universidade Estadual do Ceará”*, que encontrou uma baixa prevalência do consumo do tabaco entre estes servidores quando comparada à média

nacional da época, a média de cigarros consumidos entre pessoas do sexo feminino foi maior, 49,2% dos servidores pesquisados nunca fumaram e o tempo médio de consumo do tabaco foi considerado longo 23,2 Ribaldo (2011) pesquisou “*O uso do tabaco, estresse e fatores associados entre trabalhadores de uma universidade pública*”, como no estudo de Sabry a população predominante foi de mulheres, a prevalência de consumo do tabaco foi menor nesta população do que a média nacional, este estudo apontou as características dos servidores com maior nível de associação ao consumo do tabaco: ter mais de 50 anos, possuir ensino fundamental completo, tempo de trabalho entre 6 a 20 anos, ser solteiro, ter filhos, morar com eles e fazer o uso de álcool.

Estes estudos apontaram a necessidade de se implementar novas investigações acerca desta temática que vem sendo pouco explorada, sobretudo entre este grupo específico de trabalhadores: os servidores públicos, a fim de subsidiar ações de intervenção para cessação do tabagismo e prevenção do uso do tabaco entre os mesmos.

Seguindo esta perspectiva, e conhecendo o trabalho que já vem sendo desenvolvido por um grupo de pesquisadores da UFJF com os servidores técnicos administrativos em educação, foi que se vislumbrou a oportunidade de investigar a temática consumo do tabaco na nesta pesquisa que encontra-se em curso. Tornou-se, então, parte do estudo intitulado: “Trabalhadores Técnico-administrativos em Educação da UFJF: condições de trabalho e de vida”. A finalidade deste projeto é conhecer as condições de trabalho e vida, bem como o perfil epidemiológico dos trabalhadores da UFJF, a fim de subsidiar ações de prevenção, promoção e controle do processo saúde-doença destes trabalhadores.

Dentro da proposta de conhecer a saúde do servidor, o projeto em desenvolvimento já apresentou alguns temas que trazem dados e instrumentos importantes para conduzir a análise das condições de vida e trabalho dos técnicos-administrativos em educação da UFJF como os estudos realizados por Corrêa (2012) que realizou um estudo de confiabilidade de uma escala sobre situações incômodas no trabalho, utilizando uma nova metodologia denominada de Coeficiente Alfa Ordinal. A escala citada foi extraída do instrumento “Inquérito Saúde e Trabalho” – INSAT,

elaborado originalmente em Portugal e adaptado linguisticamente para o Brasil, passando a ser denominado INSATS-BR. E Guerra (2013) que teve como objetivos analisar o impacto das condições de saúde bucal na qualidade de vida de trabalhadores de uma universidade pública através do Oral Health Impact Profile, na sua versão reduzida (OHIP-14) e os fatores associados a esse impacto.

Ainda como parte do inquérito sobre as condições de trabalho e de vida dos trabalhadores da UFJF, o estudo de Gomes (2011) abordou o eixo do tabagismo, cujo objetivo foi identificar a presença do tabagismo e o grau de dependência entre trabalhadores terceirizados que ocupavam cargo de apoio administrativo na UFJF. Os resultados apontaram que 10% desta população se declararam como tabagistas, e o grau de dependência à nicotina variava entre baixa e média intensidade.

A análise de Gomes (2011) motivou a continuação da investigação dessa temática, propondo-se o seguinte objeto: *“O consumo do tabaco entre trabalhadores Técnico-administrativos em Educação (TAEs) da Universidade Federal de Juiz de Fora do quadro efetivo, o grau de dependência e os fatores associados”*.

1.1 – OBJETIVOS:

Os objetivos dessa investigação são:

- Caracterizar, quanto ao perfil sociodemográfico, os trabalhadores técnico-administrativos em educação da Universidade Federal de Juiz de Fora - MG;
- Identificar a presença do tabagismo e o grau de dependência ao consumo do tabaco entre os trabalhadores técnico-administrativos em educação da Universidade Federal de Juiz de Fora - MG; conhecer a frequência da exposição à poluição tabagística entre os trabalhadores técnico-administrativos em educação da Universidade Federal de Juiz de Fora - MG
- Correlacionar os dados referentes ao grau de dependência ao uso do tabaco com as variáveis socioeconômicas, idade e sexo dos participantes do estudo.

2 – REFERENCIAL TEÓRICO

Iniciaremos este referencial teórico apresentando algumas considerações acerca do tabagismo no que tange aos efeitos da nicotina no organismo, como se estabelece o grau de dependência, os números do tabagismo no Brasil e as políticas públicas de controle ao consumo do tabaco. A seguir, faremos uma breve reflexão sobre o trabalho, o trabalho do servidor público e a saúde do trabalhador, traçando um panorama do cenário atual da atenção à saúde deste trabalhador.

2.1 - CONSIDERAÇÕES ACERCA DO TABAGISMO

O tabaco é obtido através da secagem de folhas da planta *Nicotina tabacum*, e sua descoberta ocorreu há aproximadamente 18 mil anos. Quando Cristóvão Colombo chegou à América, o cultivo e o uso do tabaco já estavam disseminados entre os índios de todo o continente. Era fumado em cachimbos, aspirado, mascado, comido ou ingerido na forma de chás. Seu uso era muito variado, como para fins rituais religiosos, inseticida, planta medicinal, lavagem intestinal, combate de piolhos, instilado como colírio, analgésico, antisséptico e outros (MUSK e DE KLERK, 2003).

O componente ativo que provoca dependência na prática do tabagismo é a nicotina. Trata-se de um alcaloide vegetal que tem como fonte principal a planta do tabaco. É sintetizado nas raízes, subindo pelo caule até as folhas. As maiores concentrações estão armazenadas nas áreas mais altas e próximas ao talo. Todavia, o conteúdo de nicotina varia com os tipos da planta (ROSEMBERG, 2003).

As formas de consumo do tabaco são variadas: inalado através do cigarro, cachimbo, charuto, cigarro de palha, narguilé; aspirado (rapé) e mascado (fumo de rolo). Todas estas formas podem gerar dependência e trazer malefícios à saúde, o que torna o tabagismo um sério problema de saúde pública (VIEGAS, 2008).

O cérebro dependente da nicotina tem sua neurobiologia modificada pelo uso constante desta substância. Sua estrutura molecular é semelhante à da acetilcolina. Logo os receptores colinérgicos são os mais sensibilizados, além de serem os que estão mais distribuídos no sistema nervoso central (BALFOUR, 1982 *apud*

KIRCHENCHTEJN e CHATKIN, 2004).

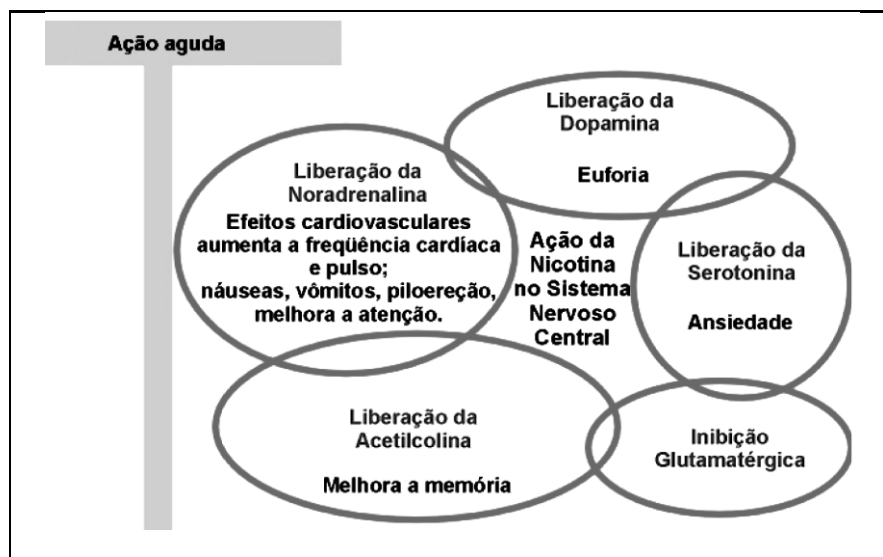
A dependência à nicotina é reconhecida como desordem mental desde 1992. A Organização Mundial de Saúde inclui o tabagismo na Classificação Internacional de Doenças (capítulo F 17.2, Síndrome da dependência do tabaco) (OMS, 1995). Se o tabaco não contivesse nicotina, o seu consumo não geraria dependência e fumar não passaria de um hábito que poderia ser abandonado facilmente (ROSEMBERG, 2003).

A nicotina é estimulante do Sistema Nervoso Central (SNC), leva ao aumento do estado de alerta e à redução do apetite. Provoca uma sensação similar à descrita pelos usuários de anfetamina, heroína, cocaína e *crack* (BALBANI e MONTOVANI, 2005).

Segundo Balbani e Montovani (2005), inúmeros mediadores químicos são liberados pela ação específica da nicotina no sistema nervoso central, o conhecimento dos mesmos e de seus efeitos levam a compreender melhor o mecanismo de dependência mediado por esta substância psicotrópica.

A figura abaixo apresenta os principais neurotransmissores liberados por ação da nicotina e os seus efeitos sob o sistema nervoso central.

Figura 1- Neurotransmissores liberados pela ação da nicotina e seus efeitos



Fonte: Marques et al, 2001

Halty (2002) ressalta que o papel crítico da dependência nicotínica e sua

importância na persistência do fumo e na dificuldade para sua suspensão são bem conhecidos. Esta dependência é um processo complexo que envolve a inter-relação entre farmacologia (dependência física), componentes comportamentais (condicionamento) e/ou psicológicos (dependência psicológica). É difícil avaliar, em cada caso, a real importância dos fatores condicionadores, da personalidade, das reações emocionais e das condições sociais.

Contudo a dependência à nicotina possui um mecanismo mais complexo do que se imaginava, pois tanto a dependência como os seus graus de intensidade, variam de acordo com alguns fatores associados como características fisiológicas, orgânicas, psicológicas, genéticas, comportamentais e outras (ROSEMBERG, 2003).

Estudos apontam que, em baixas concentrações, a nicotina provoca efeitos aversivos, como náuseas, tosse e tontura. Estes sintomas desaparecem com o uso continuado da droga. Além disso, o consumo de doses cada vez maiores reduz os sintomas desagradáveis (LAVIOLLETE, 2003 *apud* BALBANI e MONTOVANI, 2005).

Para determinação do diagnóstico de dependência à nicotina, a Organização Mundial da Saúde orienta que é necessário que se tenham pelo menos três ou mais das diretrizes descritas a seguir: a) Forte desejo ou compulsão para consumir a substância; b) Dificuldade em controlar o comportamento de consumir a substância; c) Um estado de abstinência fisiológico quando o uso da substância cessou ou foi reduzido ou pelo uso da mesma substância com a intenção de aliviar ou evitar os sintomas de abstinência; d) Evidência de tolerância, de tal forma que doses crescentes da substância psicoativa são requeridas para alcançar efeitos originalmente produzidos por doses mais baixas; e) Abandono progressivo de prazeres ou interesses alternativos em favor do uso da substância psicoativa, aumento da quantidade de tempo necessário para obter ou tomar a substância ou para se recuperar de seus efeitos e f) Persistência do uso da substância, a despeito de evidência clara de consequências manifestamente nocivas (OMS, 1995).

Além da dependência, a prática do tabagismo pode provocar sérios danos à saúde de quem tem esse hábito. Estudos mostram que essa prática está relacionada ao aumento da mortalidade por diversos tipos de câncer (pulmão, boca, laringe, faringe, esôfago, estômago, pâncreas, bexiga, rim, colo do útero e leucemia mieloide aguda),

doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), doença coronariana, hipertensão arterial e acidente vascular encefálico. Existem estudos ainda mais recentes que associam o tabagismo com o risco aumentado de desenvolver tuberculose (REICHERT, ARAÚJO e GONÇALVES, 2008).

As principais doenças relacionadas ao tabagismo, de acordo com a OMS (2003), são: câncer de boca, faringe e laringe, câncer de esôfago, câncer de pulmão, câncer de pâncreas, câncer de bexiga, cardiopatia isquêmica, hipertensão arterial, degeneração miocárdica, doença cardiopulmonar, outras cardiopatias, aneurisma da aorta, doença vascular periférica, aterosclerose, doença cerebrovascular, bronquite crônica e enfisema, tuberculose pulmonar, asma, pneumonia, outras doenças respiratórias, úlcera péptica.

Outro dado encontrado na literatura foi em relação à evolução na descoberta de novos tipos de câncer associados ao tabaco. Nos primeiros estudos, acreditava-se que apenas o pulmão estaria vulnerável aos efeitos das diversas substâncias mutagênicas encontradas no tabaco, porém, ao longo dos anos, foi-se descobrindo o desenvolvimento desta patologia em outros órgãos e sistemas. A tabela a seguir sintetiza os achados encontrados na literatura por Wüsch Filho et al (2010).

Figura 2 -Evolução das localizações de câncer com relação causal com o tabagismo

Tabela 2 – Evolução das localizações de câncer com relação causal com o tabagismo.
Table 2 – Development of different cancer sites causally associated with tobacco smoking.

Publicação (Ano)	Tumores para os quais há evidências suficientes
Doll & Hill (1957) ⁵⁰	Pulmão
Doll & Peto (1981) ⁵¹	Pulmão, boca, faringe, laringe e esôfago, pâncreas, rins, bexiga
IARC Monographs, Volume 38 (IARC 1986) ⁵²	Trato respiratório, trato digestivo superior, pâncreas, pelvis renal, bexiga
IARC Monographs, Volume 83 (IARC 2004) ⁴⁰	Pulmão, boca, naso-, oro-, e hipofaringe, cavidade nasal e seios paranasais, laringe, esôfago (adeno e espinocelular), estômago, pâncreas, fígado , rins (corpo e pélvis), uretra , bexiga, colo uterino, medula óssea
IARC Monographs, Volume 100, parte E, 2010 (Secretan et al. 2009) ³	Pulmão, boca, naso-, oro-, e hipofaringe, cavidade nasal e seios paranasais, laringe, esôfago (adeno e espinocelular), estômago, colorretal , pâncreas, fígado, rins (corpo e pélvis), uretra, bexiga, colo uterino, ovário (mucinoso) , medula óssea (leucemia mielóide)

Em negrito os tumores acrescentados a cada nova avaliação / New sites added at each new evaluation in bold.

Fonte: Wüsch Filho et al (2010).

Behr e Nowak (2002) apontam que a fumaça do cigarro, a forma mais comum de consumo do tabaco atualmente, provoca vários efeitos no trato respiratório, principalmente inflamação e efeitos mutagênicos/carcinogênicos.

Os efeitos do tabagismo não atingem apenas as pessoas que o praticam de forma ativa, mas também aquelas que se expõem à poluição gerada pela fumaça do tabaco, o denominado tabagismo passivo. Por definição, o tabagismo passivo é a inalação por não fumantes da fumaça da queima de derivados do tabaco (cigarro, cigarro de palha, cigarro de cravo, charuto, cachimbo, narguilé, etc.), é também denominado exposição involuntária ao fumo (REICHERT, ARAÚJO e GONÇALVES, 2008).

Segundo a OMS, a Poluição Tabagística Ambiental (PTA) é a principal poluente de ambientes fechados e o tabagismo passivo é a 3ª maior causa de morte evitável no mundo (OMS, 2003). A PTA contém cerca de 250 substâncias reconhecidamente tóxicas, algumas delas, como o benzopireno e hidrocarbonetos aromáticos policíclicos, são reconhecidas pela Agência Internacional de Pesquisa do Câncer como agentes indutores de mutação e câncer (IARC, 1986 *apud* REICHERT, ARAÚJO e GONÇALVES, 2008).

2.1.1 – O tabagismo no Brasil

Para a Organização Mundial de Saúde (OMS), o consumo de produtos do tabaco é identificado como um fator de risco à vida e deve ser controlado com alta prioridade devido à elevada ocorrência de mortes associadas ao tabagismo em todo o mundo. Para alcançar este controle, a OMS propõe um conjunto de estratégias, dentre elas, destacam-se as de Vigilância e Monitoramento do Consumo de Tabaco (INCA, 2011). Com este objetivo, em 1999, foi desenvolvido o Global Tobacco Surveillance System (GTSS), através da parceria entre OMS, Centers for Disease Control and Prevention (CDC) e Canadian Public Health Association (CPHA) (INCA, 2011).

Em 1997, o Instituto Nacional do Câncer (INCA) foi designado, pela primeira vez, “Centro Colaborador da OMS para o controle do tabaco”; em 2008, obteve sua terceira designação, válida por quatro anos. Em função deste compromisso, a instituição deve desenvolver atividades alinhadas às prioridades estratégicas definidas pela OMS.

Neste sentido, as estratégias de monitoramento desenvolvidas atualmente no Brasil a partir das orientações da OMS, segundo o INCA (2011), são:

- *Global Youth Tobacco Survey (GYTS)* – no Brasil, Vigescola – tem por alvo a população de jovens na faixa etária de 13 a 15 anos, abordando grandes temas como experimentação, consumo de produtos de tabaco, influência do meio sobre o comportamento de fumar, acesso aos produtos de tabaco e aos objetos de propaganda, exposição ambiental à fumaça do tabaco, exposição à mídia pró e antitabaco e o conhecimento adquirido nas escolas sobre o tema.

- O *Global Health Professional Students Survey (GHPSS)* – ou “Perfil do tabagismo entre estudantes universitários no Brasil, PETUNI” – tem como alvo os futuros profissionais nos *campi* universitários de Medicina, Odontologia, Enfermagem e Farmácia. Aborda temas do primeiro subsistema e outros específicos que servirão de escopo para ações dentro da população em questão.

- *Global Adult Tobacco Survey (GATS)* – “Pesquisa Especial sobre Tabagismo, PETab” –, o mais amplo e mais novo de todos, abrange a população geral de residentes no Brasil com 15 anos e mais de idade. Além de incluir os principais temas dos outros inquéritos, detalha o uso dos diversos produtos de tabaco hoje existentes, o nível de dependência, o gasto médio mensal para adquiri-los, a procura e o acesso ao tratamento.

Ainda segundo o Instituto Nacional do Câncer (INCA, 2011), a inserção do país nesse sistema de vigilância teve dois objetivos: subsidiar as políticas nacionais referentes ao tema e integrar-se ao projeto com vistas à comparabilidade internacional dos resultados.

Outro instrumento criado recentemente pelo governo federal e que inclui questões para informar e monitorar a situação do tabagismo no país é o Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGETEL), implantado em 2006 pelo Ministério da Saúde. O sistema monitora uma série de fatores de risco em paralelo com o monitoramento do uso do tabaco pela população. O Vigitel é um estudo transversal de base populacional, que avalia a população adulta (≥ 18 anos de idade), residente nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal (MOURA et al, 2008).

Em estudo realizado por Malta *et al* (2010), baseado nos dados do Vigitel de 2008, concluiu-se que a prevalência de tabagismo na população adulta residente nas capitais e no Distrito Federal foi de 16,1%, sendo 20,5% no sexo masculino e 12,4% no sexo feminino. A proporção de adultos que declararam fumar ≥ 20 cigarros ao dia foi de 4,9%, sendo maior no sexo masculino (6,5% *versus* 3,6% no sexo feminino). A prevalência de tabagismo foi maior entre indivíduos com menor escolaridade (≤ 8 anos). E o número de cigarros consumidos/dia no sexo masculino foi aproximadamente o dobro que o número entre as mulheres.

No mesmo ano pelo PETab, quando se considera a população brasileira com 15 anos, 17,5% ou mais eram usuários de algum tipo de tabaco (fumado e não fumado), percentual equivalente a cerca de 25 milhões de pessoas. A maior parte dos usuários consumia produtos de tabaco fumado (17,2%), com 65% mais homens do que mulheres fumantes (INCA, 2011).

O estudo realizado por Iglesias *et al* (2007) que teve como objetivo avaliar a situação do tabagismo no Brasil, juntamente com o papel desempenhado pelo Programa Nacional de Controle do Tabagismo, e estabeleceu comparação com a experiência verificada em outros países, evidenciou os seguintes aspectos:

- **A prevalência do tabagismo apresentou queda acentuada entre 1989 e 2006.** Em 2006, nas principais cidades, aproximadamente 20% dos homens e 13% das mulheres fumavam. A prevalência do tabagismo entre os adultos nas capitais variava de 9,5% na Bahia até 21,2% em Porto Alegre e Rio Branco.
- **O tabagismo está mais concentrado entre os grupos populacionais com baixos níveis de educação formal**, que podem também ser os mais pobres. Constata-se que a prevalência do tabagismo é de 1,5 a 2 vezes maior entre aqueles que possuem pouca ou nenhuma escolaridade, em comparação com os que possuem mais anos de estudo.
- **O consumo total de cigarros por adulto revelou também queda significativa, mas estabilizou-se durante os últimos anos.** As vendas legais e ilegais de cigarros caíram de 1.700 unidades por ano em 1990 para 1.175 entre 2003 e 2005.

Um estudo que se relaciona especificamente à saúde do trabalhador foi realizado pelo Observatório Nacional. O interesse pelo estudo deu-se a partir da constatação das consequências negativas do abuso de drogas, que atingem tanto as empresas quanto

os próprios empregados, tais como: absenteísmo, atrasos, aumento do número de acidentes de trabalho, conflitos e problemas disciplinares; além das consequências para o indivíduo trabalhador e sua família. O “Levantamento sobre Uso de Drogas entre Trabalhadores da Indústria” teve apoio do Serviço Social da Indústria (SESI) e permitiu traçar um diagnóstico do perfil social dos trabalhadores e do uso de drogas nessa população. Os resultados apontaram que o uso de tabaco foi referido por 38,7%, do total dos trabalhadores, e o uso de tabaco, álcool e drogas ilícitas foi significativamente maior entre os homens. Os resultados mostraram que os homens fumam 1,5 vez mais que as mulheres (GODOI, 2003).

2.2 – POLÍTICAS DE CONTROLE DO TABACO NO BRASIL

Os desafios em relação ao controle do tabaco no Brasil estão relacionados não somente ao consumo diversificado dos produtos, mas também à produção do tabaco no território nacional.

O movimento de controle do consumo do tabaco, que começou timidamente em sociedades médicas, tornou-se política de governo em 1989. Neste mesmo ano, o Ministério da Saúde lançou o Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT) e entregou sua execução ao Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA), que se tornou responsável por planejar e coordenar suas ações, além de difundir informações sobre esse importante fator de risco de câncer e outras doenças (INCA, 2011).

Na década de 1990, foram criadas parcerias com secretarias estaduais e municipais de saúde para propagação do PNCT. A estratégia inicial de propagação desse programa era criar uma massa crítica a partir de formadores de opinião, para mudar a aceitação social do consumo do tabaco, priorizando canais comunitários como escolas, ambientes de trabalho e unidades de saúde. As ações de educação em saúde eram pontuais e passaram a ser ampliadas em 1996 com apoio do INCA. A partir de 1999, ficou a cargo da recém-criada Agência Nacional de Vigilância Epidemiológica (ANVISA) a fiscalização do cumprimento das leis relacionadas ao controle do tabaco em articulação com estados e municípios (INCA, 2011).

O Programa Nacional de Controle do Tabagismo teve como marco a Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco (CQCT), proposta em 1999 pela OMS, aprovada em 2003 e ratificada em 2005. É o primeiro tratado internacional de saúde pública, negociado por 192 países com apoio da OMS, envolvendo diversos segmentos em resposta à internacionalização da epidemia do tabagismo. A CQCT tem, como objetivo principal:

Proteger as gerações presentes e futuras das devastadoras consequências sanitárias, sociais, ambientais e econômicas geradas pelo consumo e pela exposição à fumaça do tabaco, proporcionando uma referência para as medidas de controle do tabaco, a serem implementadas pelas Partes nos níveis nacional, regional e internacional, a fim de reduzir de maneira contínua e substancial a prevalência do consumo e a exposição à fumaça do tabaco (CQCT, 1999).

O Programa Nacional para o Controle do Tabagismo no Brasil é bastante inovador, com destaque para as ações referentes à proibição da publicidade e propaganda e às advertências impressas nas embalagens de produtos derivados do tabaco - por exemplo, o Brasil foi o primeiro país a proibir adjetivos enganosos nos maços de cigarros, como “*light*” ou “suave” –, mas o foco ainda está concentrado nas ações não relacionadas aos preços. Dentre tais ações, incluem-se: as proibições relativas à propaganda e ao consumo de tabaco no sistema de transporte público; a regulamentação dos produtos do tabaco, como a limitação nos teores de alcatrão, nicotina e monóxido de carbono nos cigarros e as advertências escritas e com imagens contundentes nos maços de cigarros e em embalagens dos produtos do tabaco, além do lançamento de campanhas de conscientização e de educação (IGLESIAS et al, 2007).

Ainda conforme o mesmo autor citado acima, além dessas ações, o programa desenvolveu iniciativas de vigilância e de monitoramento, construiu uma capacidade institucional e descentralizou para os estados e municípios as iniciativas de controle do tabagismo.

Dentre as leis e portarias que garantem a proteção ao trabalhador em seu ambiente de trabalho, destacam-se: a Portaria Interministerial n.º 1.498 (22 de agosto

de 2002): recomenda às instituições de saúde e de ensino a implantarem programas de ambientes livres da exposição tabagística ambiental; a Portaria do Ministério da Saúde n.º 300 (9 de fevereiro de 2006): institui o programa “Ministério da Saúde Livre do Tabaco”, com a finalidade de elaborar e implementar ações educativas destinadas a conscientizar os funcionários e os visitantes da instituição em relação aos males provocados pelo uso do tabaco. Proíbe fumar em todas as dependências do Ministério da Saúde, tanto as sediadas no Distrito Federal como as sediadas nos estados e nos municípios. Revoga a Portaria nº 2.818/GM de 28/05/98 e a Lei n.º 12.546 (14 de dezembro de 2011): altera a Lei 9.294/1996, proibindo o uso de cigarros, cigarrilhas, charutos, cachimbos ou qualquer outro produto fumígeno, derivado ou não do tabaco, em recinto coletivo fechado, privado ou público. Considera recinto coletivo o local fechado, de acesso público, destinado a permanente utilização simultânea por várias pessoas.

O Brasil é reconhecido como líder no controle do tabaco nas Américas. E, principalmente, líder mundial na implementação de advertências sanitárias com imagens nas embalagens dos produtos derivados do tabaco. Além disso, o Brasil já desenvolve fortes iniciativas de promoção de ambientes livres da fumaça do tabaco tanto em nível regional/local como nacional (PROJETO INTERNACIONAL DE AVALIAÇÃO DAS POLÍTICAS DE CONTROLE DO TABACO - ITC BRASIL, 2009).

O Projeto Internacional de Avaliação da Política do Controle do Tabaco (o Projeto ITC) é o primeiro estudo de coorte internacional sobre o consumo do tabaco. Foi planejado para avaliar o impacto das políticas implementadas da CQCT/OMS. Cada Pesquisa ITC segue protocolos padronizados e inclui medidas rigorosas para avaliar o impacto e identificar os efeitos determinantes da política de controle do tabaco nas seguintes áreas, conforme Brasil (2009): advertências sanitárias e descritores das embalagens; legislação sobre ambientes livres da fumaça do tabaco; preços e impostos dos produtos derivados do tabaco; educação e apoio para deixar de fumar e propaganda e promoção dos produtos derivados do tabaco.

A Pesquisa ITC Brasil foi realizada de abril a junho de 2009, com metodologia baseada em pesquisa telefônica através de número discado aleatoriamente. Compuseram a amostra da pesquisa 1.215 adultos fumantes e 611 adultos não

fumantes em três grandes capitais brasileiras (Rio de Janeiro, São Paulo e Porto Alegre). De forma resumida, pôde-se concluir que: brasileiros estão preocupados com os danos causados pelo tabagismo e querem deixar de fumar, advertências sanitárias com imagens são efetivas, porém os fumantes querem mais informações nas embalagens, fumantes e não fumantes apoiam ambientes públicos fechados cem por cento livres da fumaça do tabaco (BRASIL, 2009).

Os achados da Pesquisa ITC fornecerão evidências científicas para guiar as políticas promulgadas sob a CQCT e para avaliar, sistematicamente, a efetividade dos esforços dessa legislação.

2.3 - CONSIDERAÇÕES ACERCA DO TRABALHO E O SERVIÇO PÚBLICO

O trabalho é uma atividade humana que conserva algumas características históricas. Ao longo dos anos, os modos de trabalho mudaram, assim como a forma de conceber o trabalho, seus objetivos e significados.

A palavra trabalho origina-se dos termos latinos *Tripalium*, *trabacula* cujo significado está associado à tortura. Embora, em alguns momentos, o trabalho esteja relacionado a sacrifício e sofrimento, Borges e Yamamoto (2004) assinalam a ambiguidade de seu significado devido à importância do mesmo, sendo prioridade de vida para muitas pessoas (BORGES e YAMAMOTO, 2004).

É no trabalho que o homem adquire meios para suprir as suas necessidades de vida. Ele, portanto, representa uma relação dialética entre os homens e a natureza, entre teoria e a prática, garantindo tanto a manutenção da vida individual quanto em grupo, além do desenvolvimento das sociedades (MIQUILIM, 2011).

O trabalho é a base da teoria de Karl Marx (1987), dita como uma atividade essencialmente humana, visto que este é o único na natureza que toma consciência do trabalho, planejando a atividade a ser desenvolvida e extraindo dele subsídios para sua existência. O autor ainda destaca que o trabalho tem a capacidade de transformar a própria natureza do homem.

Antes de tudo, o trabalho é um processo de que participam o homem e a natureza, processo em que o ser humano com sua própria ação impulsiona, regula e controla seu intercâmbio material com a natureza (...). Atuando assim sobre a natureza externa e modificando-a, ao mesmo tempo modifica sua própria natureza. Desenvolve as potencialidades nela adormecidas e submete ao seu domínio o jogo das forças naturais (MARX, 1987 p.211).

Na concepção capitalista, o processo de trabalho é visualizado pela dinâmica do acúmulo de capital, não apenas pela sobrevivência. Desta forma, o trabalho passa a se configurar com vertentes variadas ao longo do tempo. A expansão do capitalismo e suas exigências geraram transformações nos meios de produção e, conseqüentemente, nas formas de trabalho e das relações sociais (MARX, 1987; RODRIGUES, 2012). Destacam-se dentro destas transformações alguns modelos que são abordados a seguir.

O Taylorismo foi um modelo de relações de trabalho elaborado com base nos estudos de Frederick W. Taylor. Os princípios tayloristas buscam racionalizar a produção, economizando tempo mediante a eliminação ao máximo de gestos e atitudes improdutivas. Surgiu, então, uma nova cultura do trabalho quando observou-se a necessidade de um conhecimento científico que tornasse mais significativo o desenvolvimento das indústrias. Os métodos empíricos foram substituídos por normas e procedimentos uniformes, a organização do trabalho adquiriu mais agilidade e menos desperdício da força de trabalho, substituindo os movimentos lentos e poucos produtivos por mais agilidade. Ademais, ocorre a separação entre o saber e o fazer, entre o planejamento e a execução, surgindo assim a divisão entre o trabalho manual dos trabalhadores e o intelectual dos gestores (TAYLOR, 1995 *apud* RODRIGUES, 2012).

A organização científica do trabalho expandiu-se a partir da primeira década do século XX e se consolida a partir da associação com os métodos utilizados pelo norte-americano Henry Ford. Este novo modelo ficou conhecido como fordismo e é caracterizado pela conexão entre as diferentes tarefas, ainda não efetivada no taylorismo. As tarefas individuais sucessivas passam a ser unificadas e a divisão do trabalho mais intensificada. Com o fordismo, consolida-se um novo modelo de industrialização caracterizado pela produção e consumo em massa, o que ampliou

mercados e um novo padrão de rendimento do trabalho (RODRIGUES, 2012).

Ainda segundo Rodrigues (2012), nos anos de 1970, inicia-se a Terceira Revolução Industrial que ainda está em curso. Neste período, o modelo de organização do trabalho que ganhou destaque foi o toyotismo. Originário da experiência japonesa foi caracterizado pela agilidade devido aos avanços da microeletrônica, na diversificação de tarefas, no envolvimento do trabalhador com os objetivos da empresa e na qualificação profissional.

O neoliberalismo, nas últimas décadas do século XX, trouxe transformações significativas na estrutura econômica e na política mundial. Mais uma vez, os modos e relações de trabalho mudaram, principalmente pelo acirramento da globalização e mudanças geopolíticas que refletem no século XXI (GORZ, 1982; OFFE, 1989, *apud* COUTINHO, DIOGO e JOAQUIM, 2008).

As mutações no mundo trabalho continuaram e vivemos numa era que os autores denominam como acumulação flexível em que existe uma nova divisão de mercados, de trabalho, reorganização financeira e tecnológica. Trata-se de uma nova organização do trabalho cuja finalidade é intensificar a força de trabalho, reduzindo o trabalho improdutivo, ou seja, aquele que não cria valor quanto às funções que se incorporam. As empresas tornam-se mais enxutas em relação ao número de trabalhadores e devem apresentar índices elevados de produtividade. Acresce-se a isso o aumento do desemprego que atinge os trabalhadores em escala global, o crescente número de trabalhadores em condições precárias, o desmantelamento das políticas sociais, dos serviços públicos, das proteções e dos direitos que compõem o Estado de Bem-Estar Social (RODRIGUES, 2012; VALADARES, 2001).

Independentemente de as organizações serem públicas ou privadas, as transformações ocorridas com as políticas neoliberais afetaram todos os setores da economia, dentre elas, destacam-se: privatizações, redução do papel do Estado como agente regulador da economia, novos métodos de organização, gestão e inovações tecnológicas; enfim, uma gama de elementos que modificaram o perfil da força de trabalho (COUTINHO, DIOGO e JOAQUIM, 2008).

As modificações ocorridas, nestes últimos anos, tiveram como objetivo o alcance de um desempenho mais produtivo, focado em resultados (BALASSIANO,

RODRIGUEZ e PIMENTA, 2005); envolvendo ampla reestruturação na administração pública e introduzindo uma cultura gerencial baseada na avaliação (MAGALHÃES, OLIVEIRA, ABREU e MAGALHÃES, 2006).

Em meio a tantas crises e transformações, o mercado hoje exige um novo perfil de trabalhador: qualificado, polivalente e participativo. O intuito das organizações é analisar melhor os seus processos, adaptar e reformular o planejamento com o objetivo de reduzir custos e aumentar a competitividade. Neste contexto, que se consolida o *toyotismo*, modelo de produção japonês vinculado a uma produção mais individualizada, flexível e diversificada, acompanhando assim as constantes mudanças do mundo capitalista (RIBEIRO e MANCEBO, 2013).

Diante desta nova realidade, a preferência entre os empregadores está nos trabalhadores flutuantes, sem vínculos ou compromissos, disponíveis, que assumam atribuições extras ou que possam ser realocados a qualquer momento. Esperam-se trabalhadores descompromissados com estabilidade e vínculos (BAUMAN, 2008 *apud* RIBEIRO e MANCEBO, 2013).

Thebaud-Mony e Druck (2007) (*apud* DRUCK, 2009, p.10) definem este como um

processo social constituído por uma amplificação e institucionalização da instabilidade e da insegurança, expressa nas novas formas de organização do trabalho – onde a terceirização/subcontratação ocupa um lugar central – e no recuo do papel do Estado como regulador do mercado de trabalho e da proteção social.

Lemos (2011) complementa dizendo que este processo atinge igualmente a todos os trabalhadores, independentemente de seu estatuto.

Nessa perspectiva, o servidor público pode ser identificado como um trabalhador deslocado do contexto, como se estivesse na contramão das demandas dos modelos *inovadores* de produção, e é discriminado por destoar do ritmo acelerado e frenético das organizações de trabalho calcadas no padrão de acumulação flexível; é, provavelmente, uma categoria em extinção, sem lugar na sociedade contemporânea. A falta de um espaço de reconhecimento e de valorização interfere no sentido atribuído pelos servidores públicos à sua vida profissional (RIBEIRO e MANCEBO, 2013).

A despeito das exigências do mercado atual, sobrevive neste contexto o servidor público, uma classe trabalhadora considerada improdutiva na concepção do capitalismo, por não gerar capital, mas essencial para a sociedade, pois o desempenho de suas funções é direcionado ao atendimento de necessidades da coletividade. Por definição, o servidor público congrega “as pessoas físicas que prestam serviços ao Estado e às entidades da Administração Indireta, com vínculo empregatício e mediante remuneração paga pelos cofres públicos” (DI PIETRO, 2003 *apud* BONEZI e PEDRAÇA, 2008).

Os servidores públicos ainda podem ser diferenciados de acordo com o tipo de vínculo que estabelecem com o ente público, a saber: servidores estatutários, empregados públicos e os servidores temporários, conforme esclarece Vinci Junior (2005):

Compreendem-se (i) os servidores estatutários, ocupantes de cargos públicos providos por concurso público, nos moldes do artigo 37, inciso II, da Constituição Federal, e que são regidos por um estatuto, definidor de direitos e obrigações. São também chamados de funcionários públicos; (ii) os empregados públicos, ocupantes de emprego público também provido por concurso público (artigo 37, inciso II, da Carta Magna), contratados sob o regime da Consolidação das Leis do Trabalho; (iii) e os servidores temporários, que exercem função pública, despida de vinculação a cargo ou emprego público, contratados por tempo determinado para atender à necessidade temporária de excepcional interesse público (artigo 37, inciso IX, da Constituição Federal), prescindindo de concurso público.

O servidor público, em seu conceito genérico, não somente faz parte da Administração Pública, mas ele é o Estado, representado por pessoas físicas, que exercerão seu cargo ou função visando ao interesse público e ao bem comum (BONEZI e PEDRAÇA, 2008). A sociedade tem uma visão distorcida do servidor público, generalizando-o como ineficiente e o único culpado pelas deficiências do Estado (BONEZI e PEDRAÇA, 2008).

Descompassado com o momento atual e as exigências do capitalismo flexível, considera-se que todo serviço público seja ineficiente, associado ao desperdício, à corrupção, à falta de controle e coordenação. Características depreciativas são atribuídas tanto aos órgãos em si quanto aos servidores que neles trabalham, há

tempos que essa categoria de servidores é representada por uma imagem pejorativa (RIBEIRO e MANCEBO, 2013).

Ribeiro e Mancebo (2013) comentam que, para acompanhar o momento atual, os servidores públicos precisam ser generalistas, flexíveis, atualizados, criativos, abertos a mudanças, de fácil adaptabilidade, prontos para assumir diferentes tarefas, preparados para abandonar suas preferências e se dedicar a novas prioridades.

Até a década de 1970, o Estado inseria-se em um modelo burocrático de administração com procedimentos rígidos, forte hierarquia, separação entre o público e o privado e ênfase nas atividades-meio (CASTRO, 2006).

O serviço público continua tendo que administrar o aumento da carga de trabalho dos servidores, maior exigência por produtividade, esfacelamento das equipes de trabalho pela introdução de prestadores de serviços, abalo no reconhecimento social dos servidores, introdução de formas empresariais de gestão, levando ao risco de a imparcialidade e o tratamento igualitário desaparecerem no longo prazo em benefício de mecanismos mercantis (CHANLAT, 2002).

O Projeto de Reforma Administrativa do Governo Federal que se iniciou em 1995 tende a acentuar os problemas em vez de trazer soluções, pois a adoção de instrumentos gerenciais da iniciativa privada pelo poder público não está centralmente voltada à extração de trabalho com vistas à produção objetiva de serviços, mas ao uso político do processo de gestão de acordo com uma estratégia de poder (NEVES, 2005 *apud* COUTINHO, DIOGO e JOAQUIM, 2008).

Forma de gestão inapropriada, aliada à imagem depreciativa do serviço público, faz com que esta classe tenha seu espaço cada vez mais reduzido, o que torna uma excelente justificativa para aqueles que defendem a diminuição do número de servidores públicos, propagando a ideia de que a única saída é o enxugamento da máquina estatal (RIBEIRO e MANCEBO, 2013).

A história da política pública revela que sempre existiu e sempre existirão pessoas descomprometidas com os legítimos interesses da sociedade para a qual se dispuseram a trabalhar, pois apresentam comportamento avesso ao cumprimento das normas, e a confiança na estabilidade de seus cargos nas instituições às quais estão vinculadas faz com que não desempenhem com credibilidade suas funções (BONEZI e

PEDRAÇA, 2008).

O serviço público brasileiro pode ser caracterizado pelo senso comum como o que oferece os melhores benefícios e estabilidade aos seus trabalhadores. Contudo, nos últimos tempos, tem-se percebido uma frequente ameaça de privatização e terceirização da mão de obra. Além disso, o trabalhador convive com escassez de recursos materiais, trabalho pouco valorizado, além do estigma de se tratar de um funcionário relapso, “folgado” e descomprometido com o seu trabalho. A organização do trabalho é quase sempre verticalizada, a comunicação é difícil entre os níveis hierárquicos, as atividades rotineiras e monótonas, dentre outros (CHANLAT, 1995 apud AMAZARRAY, 2003).

Cabe ressaltar que a imagem negativa dessa categoria é de corresponsabilidade de alguns dos servidores públicos que são ineficientes, obsoletos, desengajados e descompromissados, como ocorre e pode ocorrer em qualquer outra categoria profissional (RIBEIRO e MANCEBO, 2013).

Ocorre que, no serviço público, os servidores se sentem desvalorizados e esquecidos pelos governantes e desprestigiados pelos usuários dos seus serviços, enquanto que o governo não conta com a garantia da fidelidade de servidores que não escolheu, gerando um círculo vicioso. Por fim, aos cidadãos contribuintes resta submeterem-se ao resultado disso tudo que, às vezes, chega ao descaso (BONEZI e PEDRAÇA, 2008).

Para o capitalismo flexível, a continuidade de categorias profissionais como a dos servidores públicos que possui (mesmo que poucos) direitos trabalhistas não é lucrativa. As organizações de trabalho atualmente exigem agilidade, contratos de curta duração, dispensando ou contratando pessoal para contrapor às instabilidades do mercado (SENNETT, 2006 apud SILVA e FABRIS, 2010).

As alternativas para a solução da ineficiência do setor público são a privatização e a terceirização. Faz-se necessário, portanto, a luta contra o estereótipo pejorativo do funcionário acomodado, sem ambição intelectual, despreocupado com resultados e, especialmente, privilegiado por ganhar muito e trabalhar pouco. Todavia, o trabalho no serviço público continua sendo atraente, mesmo que as condições estejam hoje menos favoráveis por causa da perda de alguns direitos e benefícios. Muitos são os

trabalhadores empenhados em vencer a acirrada disputada por um emprego seguro no setor público (RIBEIRO e MANCEBO, 2013).

O vínculo empregatício estável continua sendo um dos maiores atrativos para o serviço público. Muitos são aqueles que abrem mão de projetos profissionais e vocacionais, mesmo fora de sua área de atuação, para o conforto da estabilidade, atividade laboral estável, segura, que garanta uma renda certa no final de cada mês. Este é um quadro cada vez mais frequente. As vagas na iniciativa privada não atentem todas as demandas da classe trabalhadora (RIBEIRO e MANCEBO, 2013).

As instituições de ensino públicas possuem uma tríade ensino, pesquisa e extensão que representa sua função-fim. Para atender a estes objetivos, são necessários servidores docentes e técnico-administrativos, estes últimos responsáveis pela administração e serviços de apoio. Como em todo o setor público, as universidades vêm enfrentando a racionalização dos recursos humanos e financeiros, fruto de políticas públicas que veem as universidades como onerosas e estimulam sua privatização, muitas vezes sob a forma de fundações de pesquisa e agências de cooperação que ocupam acriticamente seus espaços públicos (COUTINHO, DIOGO e JOAQUIM, 2008).

2.4 - A SAÚDE DO SERVIDOR PÚBLICO E O TABAGISMO

Ao longo da história, o trabalho tem representado dor e sofrimento para a maioria das pessoas, isso por causa das diferentes formas de exploração do trabalhador que acabam resultando em adoecimento, mesmo na atualidade. Há muito se pensa que o trabalho deveria ser uma atividade prazerosa e que não resultasse em danos para a saúde.

A preocupação com a saúde do trabalhador surge no momento em que a insalubridade no ambiente de trabalho passou a resultar em perdas importantes de capital por causa da diminuição da força de trabalho advinda do adoecimento dos trabalhadores. O empregador, então preocupado em manter sua produção, insere no interior das fábricas a figura do médico que tinha como funções detectar os processos danosos ao trabalhador e recuperar-lhe a saúde. Surge assim uma das características

da Medicina do Trabalho que permanece até os dias de hoje: atenção centralizada na figura do médico e na unicausalidade, ou seja, um agente etiológico para cada doença (MINAYO-GOMES, THEDIM-COSTA, 1997).

Com o tempo, a Medicina do Trabalho revela uma relativa impotência para intervir sobre os problemas de saúde causados pelos processos de produção, crescendo assim a insatisfação e questionamento dos trabalhadores e dos empregadores que continuaram agregando custos diretos e indiretos, oriundos dos agravos à saúde de seus empregados. Surge então a Saúde Ocupacional, que tinha como foco a ampliação da atuação médica, intervenção sobre o ambiente e a necessidade da ampliação de instrumental oferecido por outras disciplinas e outras profissões (MENDES e DIAS, 1991).

Na visão de Mendes e Dias (1991), o modelo de Saúde Ocupacional não conseguiu atingir os objetivos propostos, visto que manteve o referencial da medicina do trabalho firmado no mecanicismo, as atividades que deveriam ser interdisciplinares são desarticuladas, os trabalhadores continuam a ser abordados como “objetos” das ações de saúde, o modelo não alcança o coletivo de trabalhadores.

Com o tempo, a compreensão das relações trabalho e saúde-doença começam a se diversificar à medida que as classes trabalhadoras constituem-se como sujeito político e social, o que sugere o campo Saúde do Trabalhador. O trabalhador nesta concepção não é mais visto como sujeito passivo, e é introduzida a análise da determinação social no processo saúde-doença, bem como as interferências advindas do processo de trabalho (LACAZ, 2007).

As práticas em Saúde do Trabalhador podem ser consideradas como patrimônio acumulado no âmbito da Saúde Coletiva, com raízes no movimento da Medicina Social latino-americana e influenciado significativamente pela experiência italiana. Sumariamente, tem-se um corpo de práticas teóricas interdisciplinares e interinstitucionais, desenvolvidas por diversos atores situados em lugares sociais distintos e informados por uma perspectiva comum (MINAYO-GOMES, THEDIM-COSTA, 1997).

A Carta de Ottawa, formulada em 1986, na primeira Conferência Internacional de Promoção da Saúde, versa sobre a importância de o ambiente de trabalho ser favorável

para a saúde das pessoas:

Mudar os modos de vida, de trabalho e de lazer tem um significativo impacto sobre a saúde. Trabalho e lazer deveriam ser fontes de saúde para as pessoas. A organização social do trabalho deveria contribuir para a constituição de uma sociedade mais saudável. A promoção da saúde gera condições de vida e trabalho seguras, estimulantes, satisfatórias e agradáveis (OPAS, 1986).

Em 1990, a Lei Orgânica da Saúde (Lei Federal 8.080/90), no artigo 6º, parágrafo 3º, regulamentou os dispositivos constitucionais sobre Saúde do Trabalhador como:

Um conjunto de atividades que se destina, através das ações de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária, à promoção e proteção da saúde dos trabalhadores, assim como visa à recuperação e reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho (BRASIL, 1990).

No entanto, na redação de alguns artigos da Constituição Brasileira, houve brechas para a interpretação das atribuições do Ministério da Saúde (CF, art. 198, I) que trata a vigilância da saúde dos trabalhadores como obrigação do Sistema de Saúde, e a inspeção do trabalho (CF, art. 21, XXXIV) ao Ministério do Trabalho (BRASIL, 2001).

Além disso, Ramminfger e Nardi (2007) atentam para o fato de que as políticas públicas direcionadas à saúde do trabalhador tendem a ter como foco central a atenção à saúde do trabalhador vinculado às organizações privadas, ficando uma lacuna na atenção aos servidores públicos.

Com a inexistência de uma política nacional que atendesse aos servidores públicos, os serviços eram organizados com diversos critérios. Com isso, o perfil de morbidade e condições de trabalho dos servidores públicos federais são desconhecidos (ANDRADE, 2009; FERREIRA, 2010).

Além do mais, as ações relacionadas à saúde no trabalho eram direcionadas para remuneração de licenças para tratamento de saúde, normas de aposentadoria, instituição de adicional de insalubridade e periculosidade. Não havia uma preocupação com a avaliação e redução de riscos e danos, participação dos servidores nos processos de melhorias, comunicação e informação sobre as condições dos ambientes

e processos de trabalho (ANDRADE, 2009).

Com o objetivo de resolver estas antigas questões relacionadas à saúde e segurança no trabalho do servidor público, o Ministério do Planejamento vem empreendendo esforços. Para tanto, criou em 2003 a Coordenação Geral de seguridade Social e Benefícios do Servidor e, em 2006, o Sistema Integrado de Saúde Ocupacional do Servidor Público Federal (SISOSP). Entretanto, somente em 2007, que se estabeleceu o compromisso de constituir e implantar, de forma compartilhada, uma Política de Atenção à Saúde do Servidor Público Federal (PASS), apoiada por um sistema de informação em saúde do servidor, o Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor (SIASS). Trata-se de uma política transversal de gestão de pessoas, que compromete os diferentes órgãos da Administração Pública Federal, com ações na área de saúde e segurança no trabalho público federal (BRASIL, 2010).

A PASS é sustentada a partir dos eixos: vigilância e promoção à saúde, assistência à saúde do servidor e perícia em saúde. Fundamentada na abordagem biopsicossocial, em informação epidemiológica, na relação entre os eixos, no trabalho em equipe multidisciplinar, no conhecimento transdisciplinar e na avaliação dos locais de trabalho em que se considerem os ambientes e as relações de trabalho (BRASIL, 2010).

O Decreto n.º 6.833, de 29/04/2009, que institui o SIASS institui também o seu Comitê Gestor composto por representantes, indicados pelo Ministério do Planejamento Orçamento e Gestão, dos ministérios da Saúde, da Previdência Social, da Educação, da Fazenda e do Trabalho e Emprego. Este é um decreto que revoga o anterior, que instituiu o SISOSP, no qual não há referência à ação interinstitucional. Esta nova formalização aponta mudança de postura hierárquica, para concretização de um trabalho com gestão articulada entre os setores (ANDRADE, 2009; BRASIL, 2010).

A despeito da relação entre tabagismo e trabalho, verificou-se que não se trata de uma doença ocupacional em si, conforme a listagem de doenças que constam no Manual de Doenças Relacionadas ao Trabalho. Porém, a mesma é citada por diversas vezes, neste mesmo documento, como importante alvo de investigação nos exames periódicos dos trabalhadores. É relatada a importância das ações direcionadas à prevenção de doenças do aparelho circulatório, respiratório, neoplasias e outras, bem

como tema a ser tratado nas atividades de promoção da saúde (BRASIL, 2001a; BRASIL 2001b; BRASIL, 2006; INCA, 2012).

Como já mencionado anteriormente, o tabagismo representa um dos mais graves problemas de saúde pública que afetam a saúde da população, a economia e o meio ambiente. A Organização Mundial de Saúde tem proposto minimizar o uso do tabaco, inclusive no ambiente de trabalho. Neste sentido, muitas empresas em países desenvolvidos têm seguido legislação específica para o controle ao uso do tabaco (FURLANETO, PASSARETTI e JÚNIOR, 2008).

Amazarray (2003) ainda comenta que a articulação entre trabalho e o processo saúde/doença dos servidores públicos tem sido marcada pela invisibilidade institucional, uma vez que são escassos os programas de prevenção em saúde e segurança ocupacional e com baixa resolubilidade. Os espaços de discussões e reivindicações sobre a temática são restritos, e é baixo o nível de participação dos trabalhadores neste espaço.

Em se tratando de problemas que afetam a saúde do trabalhador, as empresas brasileiras oferecem pouca atuação em relação ao consumo e dependência de drogas, mesmo sabendo que este problema pode provocar um impacto negativo no ambiente de trabalho e nas relações sociais nele existentes, como também na queda de produção do indivíduo (RIBALDO, 2011).

Dentre as drogas passíveis de consumo no ambiente de trabalho, destaca-se o cigarro. Uma droga lícita e socialmente aceita. Mesmo com a ampliação de políticas que limitam o consumo do tabaco neste ambiente, no inquérito realizado na população brasileira em 2008, a fumaça do cigarro foi referida como presente nos domicílios (27,9%), nos ambientes de trabalho (24,4%) e em restaurantes (9,9%) (IBGE, 2009).

Os trabalhadores não fumantes, expostos à fumaça do cigarro durante sua jornada de trabalho, são considerados os maiores vítimas da poluição tabagística ambiental (NAZARETH et al., 2008).

Um exemplo que comprova a existência deste risco foi a identificação, em um estudo, da presença de substâncias cancerígenas na urina de trabalhadores da saúde não fumantes expostos à poluição pela fumaça do cigarro nos ambientes laborais, o que explicaria o aumento do risco de câncer de pulmão encontrado nesses

trabalhadores (PARSONS, 1998 apud WÜNSCH FILHO *et al.*, 2010).

Ao mesmo tempo em que o ambiente de trabalho constitui risco em relação à exposição à poluição tabagística ambiental para a saúde do trabalhador, este mesmo ambiente tem sido apontado como um local favorável para modificar hábitos, já que, nestes, os funcionários passam a maior parte do dia, proporcionando excelentes oportunidades para ações educativas, permitindo a redução dos gastos com doenças (VENDRAMETTO *et al.*, 2007).

Segundo Vendrametto *et al.* (2007), verifica-se no Brasil uma grande carência de estudos que possibilitem conhecer a prevalência real do tabagismo relacionada aos indicadores socioepidemiológicos e comportamentais, sobretudo no ambiente de trabalho e que consigam, inclusive, usar estes dados para incentivar campanhas institucionais.

Um aspecto que pode influenciar a menor frequência de tabagismo entre trabalhadores com proteção social, quando comparados aos que se encontram em situação inversa, são as restrições ao fumo no ambiente de trabalho. É possível que, assim, forme-se um ambiente favorável à cessação do tabagismo. No Brasil, existe uma série de incentivos para o fim desse comportamento, que compreendem, inclusive, o estabelecimento dos ambientes livres de tabaco. Essas ações estão mais presentes em ambientes públicos de trabalho e setores formais da economia (GIATTI e BARRETO, 2011).

Para Furlaneto, Passaretti e Júnior (2008), o tempo dispensado pelo trabalhador no local de trabalho, aliado as exigências atuais de mercado, pode favorecer e intensificar o hábito de fumar, prejudicando a saúde deste e de outros trabalhadores. Em seu estudo, os autores identificaram que, no setor privado na Grande São Paulo, existe um discreto envolvimento em relação ao uso do tabaco pelos trabalhadores, somente as empresas de grande porte parecem comprometer-se mais efetivamente com as políticas de restrição ao uso do tabaco.

Uma atuação mais efetiva das empresas, não somente promovendo restrição ao uso do tabaco, mas efetivamente proibindo seu uso no ambiente de trabalho, pode proteger os fumantes passivos, como também encorajar os fumantes a parar ou mesmo reduzir o consumo de tabaco. Um maior comprometimento das empresas pode, em

união ao poder público, potencializar resultados e promover a saúde do trabalhador com conseqüente melhoria em sua qualidade de vida.

O ambiente de trabalho, onde os adultos passam a maior parte do tempo, é um lugar em que de fato estes hábitos podem ser reforçados ou modificados, representando um enorme potencial para programas de prevenção. A aplicação de recursos nesses programas costuma ter relação custo-benefício mais favorável quando comparado com serviços de atendimento (GRIEP et al., 1998).

3– MATERIAIS E MÉTODOS

A temática sobre o adoecimento no trabalho impulsionou um grupo de pesquisadores da UFJF a pensar um projeto junto aos trabalhadores técnico-administrativos em educação sobre a temática da saúde e adoecimento do trabalhador no qual diversos aspectos são abordados. A pesquisa, que recebe o título de “Trabalhadores Técnico-administrativos em Educação da UFJF: condições de trabalho e de vida”, conta com a coordenação das professoras Dra. Rosângela Maria Greco e Dra. Maria Teresa Bustamante Teixeira. A finalidade deste projeto é conhecer as condições de trabalho e vida, bem como o perfil epidemiológico dos trabalhadores da UFJF, a fim de subsidiar ações de prevenção, promoção e controle do processo saúde-doença destes trabalhadores.

Dentro da proposta de conhecer a saúde do servidor, o projeto em desenvolvimento já apresentou alguns temas que trazem dados e instrumentos importantes para conduzir a análise das condições de vida e trabalho dos técnicos-administrativos em educação da UFJF como os estudos realizados por Corrêa (2012) e Guerra (2013).

Ainda como parte do inquérito sobre as condições de trabalho e de vida dos trabalhadores da UFJF, o estudo de Gomes (2011) abordou o eixo do tabagismo, cujo objetivo foi identificar a presença do tabagismo e o grau de dependência entre trabalhadores terceirizados que ocupavam cargo de apoio administrativo na UFJF. Os resultados apontaram que 10% desta população se declararam como tabagistas, e o grau de dependência à nicotina variava entre baixa e média intensidade.

A análise de Gomes (2011) motivou a continuação da investigação dessa temática, propondo-se o seguinte objeto: *“O consumo do tabaco entre trabalhadores Técnico-administrativos em Educação (TAEs) da Universidade Federal de Juiz de Fora do quadro efetivo, o grau de dependência e os fatores associados”*.

3.1 – TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo epidemiológico, descritivo-exploratório transversal, com a

população de servidores efetivos técnico-administrativos em educação da Universidade Federal de Juiz de Fora.

3.2 – LOCAL DO ESTUDO

O estudo foi realizado na Universidade Federal de Juiz de Fora, que se caracteriza por ser uma instituição de ensino federal que tem como pilares o ensino, a pesquisa e a extensão. Foi criada a partir do Decreto 3.858, assinado pelo presidente Juscelino Kubitschek, em 23 de dezembro de 1960. Em 1969, foi construído o Campus Universitário, em uma área doada pela Prefeitura de Juiz de Fora, com 1 milhão e 300 mil metros quadrados, no Bairro Martelos (UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA, 2014).

Possui vários cursos nas áreas de ciências humanas, exatas e biológicas, totalizando 35 de graduação, 23 de mestrado, nove doutorados e 55 cursos de especialização e residência, além dos cursos de educação fundamental e média ministrados pelo Colégio de Aplicação João XXIII e do projeto de Ensino a Distância. Conta com o trabalho de 1.266 trabalhadores Técnico-administrativos em Educação (TAEs), 769 professores efetivos e 18.868 alunos. (UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA, 2014).

Mais recentemente, em 2012, a UFJF cria um Campus avançado em Governador Valadares com os cursos de Fisioterapia, Odontologia, Farmácia, Medicina, Direito, Economia, Ciências Contábeis e Nutrição. Estes servidores não foram envolvidos nesta etapa da pesquisa.

O estudo foi realizado nas 52 unidades de Juiz de Fora onde são desenvolvidas atividades de natureza acadêmica, administrativa e/ou assistencial da UFJF.

3.3 - POPULAÇÃO DO ESTUDO

A população deste estudo foi constituída pelos técnicos-administrativos em educação efetivos que se caracterizam por serem trabalhadores de nível de escolaridade variada, incluindo desde a formação básica até a educação superior. As

atividades por eles realizadas se caracterizam por uma multiplicidade de funções e ações dentro dos ambientes organizacionais. Segundo dados do RH SIGA 2010 a UFJF contava com 1.266 técnicos-administrativos em educação quando se iniciou este estudo, sendo esta a população alvo.

Os TAEs contratados em regime temporário não fazem parte da população em estudo, visto que os mesmos já foram estudados por Gomes (2011) em um trabalho que abordou o tabagismo entre esta população. Além da exclusão dos TAEs contratados em regime temporário, foram excluídos os efetivos que desenvolvem suas atividades no *Campus* localizado em Governador Valadares.

3.4 – INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS

Como este trabalho faz parte do projeto “Trabalhadores Técnico-administrativos em Educação da UFJF: condições de trabalho e de vida”, os dados foram coletados por meio do formulário autopreenchível (em anexo) com questões estruturadas que abordavam diversos temas como: dados pessoais, hábitos de vida, história mórbida pregressa e atual, história familiar, história ocupacional, acidentes e condições de trabalho. O tempo médio para preenchimento do mesmo era de 40 minutos, sem interrupção.

Para alcance dos objetivos deste estudo, as questões analisadas foram as referentes ao consumo do tabaco (Questões F11 a F34), bem como os dados associados aos aspectos demográficos, socioeconômicos, situação de saúde e condições de trabalho.

Das questões referentes ao tabagismo, foi utilizado o Questionário de Tolerância de Fagerström (QTF) (questões F25 a F30). As questões deste instrumento são indicadas para identificar a intensidade da dependência ao tabaco; é um questionário utilizado mundialmente, pois permitiu a substituição de testes mais caros e foi validado no Brasil por Carmo e Pueyo (2002). Segundo as autoras, este questionário tem um alto nível de confiabilidade e validade, assim como numerosas aplicações no contexto clínico do tabagismo.

O questionário na versão atual possui seis questões referentes ao hábito de

fumar, com diferentes pontuações. Ao final, a somatória dos pontos permitirá avaliar o grau de dependência do tabagista à nicotina. Abaixo, as perguntas do instrumento e a respectiva pontuação conforme a resposta do sujeito.

Pergunta nº 1: Quanto tempo após acordar você fuma seu primeiro cigarro?

Dentro de 5 minutos (3)

- Entre 6 e 30 minutos (2)
- Entre 31 e 60 minutos (1)
- Após 60 minutos (0)

Pergunta nº 2: Você acha difícil não fumar em locais onde o fumo é proibido (como igrejas, bibliotecas, etc.)?

- Sim (1)
- Não (0)

Pergunta nº 3: Qual o cigarro do dia que traz mais satisfação (ou que mais detestaria deixar de fumar)?

- O primeiro da manhã (1)
- Outros (0)

Pergunta nº 4: Quantos cigarros você fuma por dia?

- 10 ou menos (0)
- 11 a 20 (1)
- 21 a 30 (2)
- 31 ou mais (3)

Pergunta nº 5: Você fuma mais frequentemente pela manhã (ou nas primeiras horas do dia) que no resto do dia?

- Sim (1)
- Não (0)

Pergunta nº 6: Você fuma mesmo quando está tão doente que precisa ficar de cama a maior parte do tempo?

- Sim (1)
- Não (0)

Fagerström (1978) estabelece os seguintes critérios e suas respectivas pontuações que permitem a avaliação do grau de dependência, ressaltando que quanto

maior a pontuação obtida maior o grau de dependência do sujeito:

Quadro 1: Escore para avaliação do Grau de Dependência identificado pelo questionário de Fagerström

Grau de Dependência	Pontuação
Muito baixa	0-2
Baixa	3-4
Média	5
Elevada	6-7
Muito elevada	08-10

De acordo com Halty *et al* (2002), QTF é um instrumento confiável de avaliação do grau de dependência nicotínica, sua utilização deve ser rotineira na anamnese de todo doente tabagista. O resultado pode ser útil como um elemento de ajuda na decisão do tratamento do tabagismo.

Além das questões mencionadas no QTF, neste estudo, introduzimos no instrumento de coleta de dados questões complementares acerca do consumo do tabaco (anexo questões de F11 a F34).

Por meio dessas questões, será possível verificar o comportamento do tabagista em relação aos seus hábitos no consumo do tabaco, as interferências deste hábito no local de trabalho e com as relações de trabalho, a presença ou ausência de doenças relacionadas ao tabagismo, hábitos dos ex-fumantes e a presença relatada de poluição tabagística ambiental.

3.5 – VARIÁVEIS EM ESTUDO

As variáveis dependentes do estudo são aquelas relacionadas ao desfecho, ou seja, o padrão de consumo do tabaco entre os sujeitos, conforme descrito no item 3.4.

As variáveis independentes são aquelas que também compõem o instrumento do

I Inquérito sobre Condições de Trabalho e de Vida dos Trabalhadores da UFJF, como: dados demográficos (idade, sexo), dados socioeconômicos (renda, escolaridade e religião), presentes no bloco K do instrumento de coleta de dados, e variáveis relacionadas às características do trabalho realizado, questões do bloco H do instrumento que levantam algumas características do trabalho realizado, são elas: quantos empregos o servidor possui, o horário de trabalho (fixo, irregular ou regime de plantão), e se realizam plantões extras.

3.6 - CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFJF por meio do Parecer 224/2010 (anexo 1). A cada sujeito do estudo foi solicitada a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), com agendamento do melhor dia e horário para tal, sendo que os participantes foram informados de que a pesquisa oferece risco mínimo por ser um estudo prospectivo que emprega o registro de dados através de procedimentos comuns do tipo exames físicos rotineiros e de que não receberão nenhuma forma de pagamento para participar do estudo e caso venham a contrair danos em decorrência do referido estudo, o mesmo podendo ser comprovado, serão indenizados pelos pesquisadores responsáveis.

As informações coletadas compõem um banco de dados, para análise, discussão e divulgação dos resultados, sendo que todas as informações colhidas são confidenciais, seguindo todos os trâmites preconizados pela Resolução 466/2012 do Ministério da Saúde, que trata das Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo seres humanos.

Como o prazo de coleta de dados ultrapassou o período estipulado, uma nova autorização foi solicitada ao Comitê de Ética e concedida, conforme conta na documentação em anexo (anexo 2).

3.7 – COLETA DE DADOS

Para este estudo, a amostra foi de 721 TAEs que entregaram o questionário

autopreenchível do dia 18/01/2012 até o dia 04/11/2013. O período longo para coleta de dados justifica-se pelo fato de ter ocorrido em 2012 um longo período de paralisação das atividades devido ao movimento de greve que durou 8 meses, um dos mais longos da história da UFJF.

Os servidores foram abordados em seu local de trabalho, e os pesquisadores (alunos de graduação, mestrado e doutorado) agendavam uma data para buscar o instrumento em um prazo que variava entre sete e 14 dias, caso houvesse necessidade de um prazo maior, o mesmo era concedido ao participante. Até o dia 31 de agosto de 2013, além do questionário, era realizada uma avaliação antropométrica e da pressão arterial dos participantes. Após este período, apenas se entregava o instrumento com a concordância do TAE. Terminada a coleta dos dados, os mesmos eram inseridos em um banco de dados para posterior processamento e análise.

Os TAEs foram abordados em todas as unidades que compõem a estrutura acadêmica, organizacional, assistencial e todas as unidades da UFJF que compõe a UFJF, são elas: Institutos e Faculdades (Instituto de Artes e Design – IAD, Instituto de Ciências Biológicas – ICB, Instituto de Ciências Exatas –ICE, Instituto de Ciências Humanas – ICH, Faculdade de Administração e Ciências Contábeis, Faculdade de Comunicação Social, Faculdade de Direito, Faculdade de Economia, Faculdade de Educação, Faculdade de Educação Física, Faculdade de Enfermagem, Faculdade de Engenharia, Faculdade de Farmácia, Faculdade de Fisioterapia, Faculdade de Letras, Faculdade de Medicina, Faculdade de Odontologia, Faculdade de Serviço Social), Órgãos suplementares (Centro de Educação a Distância, Hospital Universitário, Centro de Ciências, Centro Ibero-Americano, Centro Regional de Inovação e Transferência de Tecnologia – Critt, Cine-Theatro Central, Museu de Arte Murilo Mendes – MAMM, Coordenadoria de Assuntos e Registros Acadêmicos (Cdara), Centro de Gestão do Conhecimento Organizacional, Reitoria e Pró-reitorias (Pró-Reitoria de Assuntos Acadêmicos – PROACAD, Pró-Reitoria de Cultura – PROCULT, Pró-Reitoria de Assuntos Estudantis – PROAE, Pró-Reitoria de Extensão – PROEX, Pró-Reitoria de Graduação – PROGRAD, Pró-Reitoria de Infraestrutura – PROINFRA, Pró-Reitoria de Pesquisa – PROPESQ, Pró-Reitoria de Pós-Graduação – PROPG, Pró-Reitoria de Planejamento e Gestão – PROPLAG, Pró-Reitoria de Planejamento –PROPLAN, Pró-

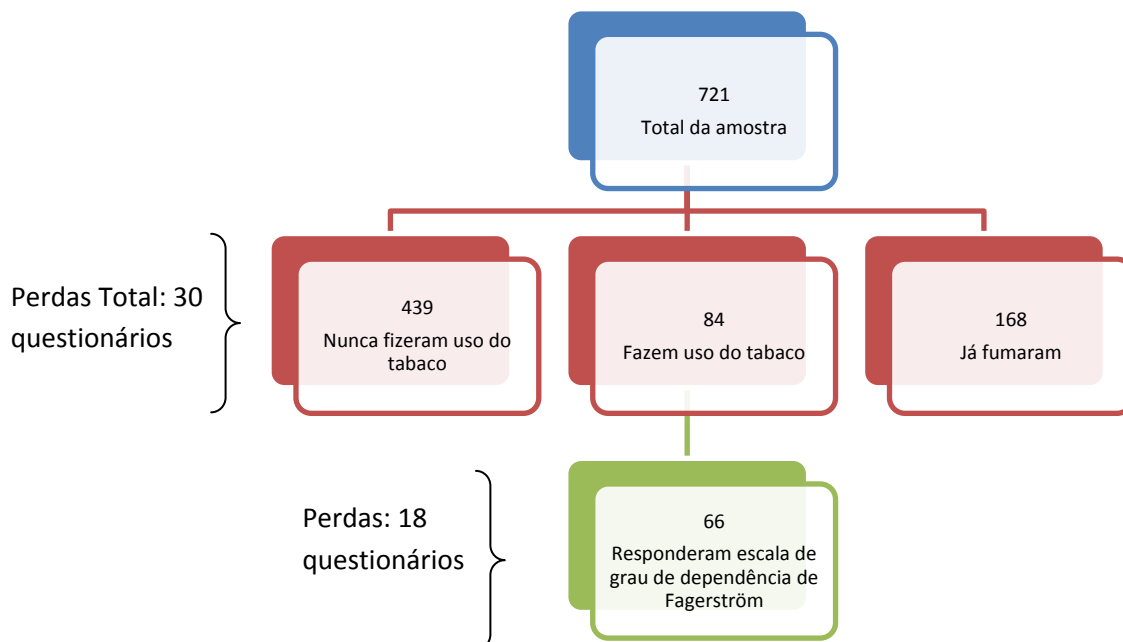
Reitoria de Recursos Humanos – PRORH, Pró-Reitoria do Hospital Universitário – PROHU) e Colégio de Aplicação João XXIII.

3.8 - PROCESSAMENTO E ANÁLISE DE DADOS

Os dados foram processados através do programa Statistical Package For Social Sciences V.15.0 (SPSS) com apoio do Laboratório de Estatística da Universidade Federal de Juiz de Fora (LES), que integra o Departamento de Estatística e tem, dentre outros, o objetivo de desenvolver pesquisas na área de bioestatística e fornecer consultoria acadêmica para projetos de outros núcleos de pesquisa, adaptar e aplicar metodologias estatísticas na área de saúde e desenvolver programas computacionais para dar suporte aos estudos na área de saúde realizados no LES.

O esquema abaixo apresenta como a população do estudo foi estratificada para obtenção dos resultados:

Figura 3 – Esquema representativo da distribuição do número de servidores respondente



Realizou-se a análise descritiva para caracterizar a população em estudo. As variáveis categóricas e numéricas, nesta etapa, foram submetidas à análise de frequência simples. Em seguida, realizou-se a análise bivariada para testar a significância das diferenças entre distribuições de grupos independentes, cruzando os dados de grau de dependência ao uso do tabaco com as variáveis de sexo, escolaridade, renda, estado civil e com o número de pessoas com quem os entrevistados moram para verificar a associação entre estas variáveis. Para a variável idade, obteve-se a média da idade para cada nível do grau de dependência.

Como houve apenas 66 TAEs que completaram as questões relativas ao grau de dependência, as categorias de algumas variáveis foram associadas para melhor observação dos resultados estatísticos. Em relação à escolaridade, agrupou-se em duas, os TAEs que cursaram do ensino fundamental até o ensino superior incompleto (denominada *Até Sup. Inc*) e os que completaram o ensino superior mais os que fizeram pós-graduação (denominado *Sup. e PGrad*). A variável renda foi agrupada da seguinte forma: de um a cinco salários mínimos (*1 a 5 S. M.*), seis a dez salários mínimos (*6 a 10 S. M.*) e 11 salários mínimos e mais (*11 S. M. e +*). A variável estado civil foi dividida em duas categorias: casados e separados, viúvos e solteiros (*Sep-Vi-Solt*). A variável com quantas pessoas mora teve as seguintes categorias: mora sozinho, de uma a três pessoas e de quatro a seis pessoas.

No momento de análise dos dados, buscou-se extrair significado destes, transformando-os em informações sobre a realidade a ser analisada. Na interpretação dos dados, procurou-se um sentido mais amplo nas respostas, estabelecendo uma rede de ligações entre os resultados da pesquisa, que foram comparados com outros conhecimentos anteriormente adquiridos, expondo ao leitor as deduções e conclusões pertinentes ao trabalho com o objetivo de reforçar ou refutar as ideias defendidas.

4 – RESULTADO E DISCUSSÃO

4.1 CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO EM ESTUDO

A seguir, apresentam-se os resultados obtidos a fim de caracterizar os aspectos sociodemográficos e econômicos da população em estudo. Foram analisados 721 instrumentos de coleta de dados, sendo que esta totalidade não se apresenta em todas as questões, ficando assinalado, para cada variável analisada, o número total de respondentes, representado por N. Os resultados serão apresentados por meio de tabelas e gráficos e, em seguida, discutidos.

Tabela 1 – Distribuição da variável sexo, idade, cor ou raça e escolaridade dos Servidores Técnico-administrativos em Educação da Universidade Federal de Juiz de Fora - MG

Variável	Frequência Total	%
Sexo (N=715)		
Feminino	356	49,8
Masculino	359	50,2
Idade (N=696)		
21 – 30 anos	90	12,5
31 – 40 anos	156	21,6
41 – 50 anos	176	24,4
51 – 60 anos	249	34,5
Mais de 60 anos	25	3,5
Cor ou Raça (N=712)		
Preta	79	11,1
Parda	146	20,5
Branca	482	67,7
Amarela	4	0,6
Indígena	1	0,1
Escolaridade (N= 713)		
1º grau incompleto	26	3,6
1º grau completo	7	1,0
2º grau incompleto	9	1,3
2º grau completo	106	14,9
Universitário incompleto	68	9,5
Universitário completo	97	13,6
Pós-graduação	400	56,1
Outra condição	25	3,5

Neste estudo, observou-se que não grande diferença entre a da população de TAEs do sexo masculino e feminino, sendo a frequência de 50,2% de homens e 49,8% de mulheres, conforme observado na tabela 1. Resultado diferente do encontrado no estudo de Mota (2011), ao pesquisar os servidores da Universidade Federal do Mato Grosso, em que a proporção de homens foi maior do que a de mulheres. No entanto, vale assinalar resultado diferente deste, como o apresentado por Ribaldo (2011), que estudou a categoria de técnicos-administrativos no *Campus* de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (USP), e por Sabry et. al (1999), que estudaram a população de funcionários da Universidade Estadual do Ceará, nos quais a maioria dos servidores é do sexo feminino.

A faixa etária de maior frequência foi de 51 a 60 anos, com 34,5% dos servidores; seguida pela faixa de 41 a 50 anos, com 24,4%; 21,6% para 31 a 40 anos; 12,5% de 21 a 30 anos e 3,5% dos servidores com mais de 60 anos. Este fato é devido a estabilidade do emprego público, bem como seu plano de carreira e salários que mesmo aquém do que é devido, é superior aos encontrados na maioria das ocupações do setor privado. No estudo realizado por Ribaldo (2011), em que população incluía apenas técnicos-administrativos, a faixa etária com maior frequência foi de 40 a 49 anos. Existe uma dificuldade de se caracterizar esta população e apontar um perfil que infere sobre este grupo, pois poucos são os estudos que abrangem especificamente esta população. O outro canal de informação seria o próprio Ministério da Gestão e Planejamento, porém o sistema de informação existente, SIASS, foi recentemente criado, e os dados ainda não estão consolidados.

A cor ou raça declarada predominante foi a branca, com 67,7%; parda, com 20,5%; preta, 11,1%; amarela, 0,6% e indígena, 0,1%. Este dado é semelhante quando comparamos os resultados do Censo de 2010, em que foi identificado que 45,4% da população de Minas Gerais se declararam como sendo da cor ou raça branca; 39,3% se declararam pardos; 9,2% se declararam como da cor ou raça preta (IBGE, 2011).

Em relação à escolaridade, identificou-se que 56,1% têm pós-graduação; em seguida, 14,9% concluíram o ensino médio; 13,6% concluíram a graduação; 9,5% não concluíram o ensino superior; 3,6% não concluíram o ensino fundamental; 1,3% não concluiu o ensino médio e 1% concluiu o ensino fundamental. Observa-se que a

escolaridade dos TAEs é alta: se somarmos o percentual dos que possuem pós-graduação com o dos que concluíram a graduação, teremos 59,7% da população com nível superior concluído. Este dado é coerente com a política do serviço que estimula a formação continuada. O mesmo resultado foi encontrado na pesquisa de Ribaldo (2011), em que 50,27% da população tinham nível superior completo. Todos os resultados citados estão na tabela 1.

Tabela 2 – Distribuição das variáveis estado civil, número de filhos, tipo de residência e número de moradores na residência dos servidores técnico-administrativos em educação da Universidade Federal de Juiz de Fora – MG

Variável	Frequência Total	%
Estado Civil (N=711)		
Casado(a) ou vive em união	449	63,2
Separado(a) ou Divorciado(a)	71	10,0
Viúvo(a)	15	2,1
Solteiro(a) (nunca se casou ou vive em união)	176	24,8
Filhos (N=714)		
Sim	428	59,9
Não	286	40,1
Tipo de Residência (N=712)		
Própria já paga	409	57,4
Própria ainda pagando	117	16,4
Alugada	134	18,8
Cedida	27	3,8
Outra condição	25	3,5
Com quantas Pessoas Reside (N=715)		
Mora sozinho(a)	80	11,2
De 1 a 3 pessoas	475	66,4
De 4 a 6 pessoas	155	21,7
De 7 a 9 pessoas	5	0,7

Na tabela 2, podemos observar que o estado civil de maior frequência foi para os que são casados ou vivem em união estável (63,2%), 24,8% nunca se casaram, 10% são separados ou divorciados e 2,1%, viúvos. Semelhante resultado foi obtido por Mota (2011), que encontrou 64,9% dos servidores casados ou em união consensual,

seguidos dos servidores solteiros (19,0%) e dos divorciados ou separados (12,9%).

Quanto ao número de filhos, 59,9% possuem filhos e 40,1% não. Segundo os resultados da amostra do Censo Demográfico de 2010 (IBGE, 2011), o número médio de filhos tidos nascidos vivos por mulher ao final de seu período fértil, no Brasil, foi de 1,90 filho. Diminuição de 69,2% em relação ao valor de 1940. Atualmente, muitos optam por não ter filhos, ou ter um número reduzido, quando comparado a épocas anteriores.

O tipo de residência mais comum é a casa própria com financiamento quitado, correspondendo a 57,4% dos servidores; 18,8% moram em residências alugadas; 16,4% têm casa própria financiada; 3,8% moram em casa cedida e 3,5% residem em outras condições.

Quando questionados sobre o número de pessoas com quem vivem, obtiveram-se os seguintes resultados: 66,4% residem com uma até três pessoas, 21,7% residem com quatro a seis pessoas, 11,2% residem sozinhos e 0,7% reside com 7 a 9 pessoas. O Censo 2010 apresentou que a média nacional de moradores por domicílio particular permanente é de 3,3% na área urbana, e os resultados encontrados acompanham esta característica (IBGE, 2011).

Tabela 3 – Distribuição da variável renda familiar dos servidores técnico-administrativos em educação da Universidade Federal de Juiz de Fora - MG

Variável	Frequência Total	%
Renda Familiar (N=699)		
Até 1 salário mínimo	4	0,6
Entre 1 e 2 salários mínimos	8	1,1
Entre 2 e 3 salários mínimos	30	4,3
Entre 3 e 4 salários mínimos	75	10,7
Entre 4 e 5 salários mínimos	96	13,7
Entre 5 e 6 salários mínimos	89	12,7
Entre 6 e 7 salários mínimos	54	7,7
Entre 7 e 8 salários mínimos	61	8,7

Entre 8 e 9 salários mínimos	52	7,4
Entre 9 e 10 salários mínimos	75	10,7
Mais de 10 salários mínimos	155	22,2

A maioria dos servidores 22,2% tem renda familiar de mais de dez salários mínimos, 13,7% têm renda familiar entre quatro e cinco salários mínimos, 12,7% com a renda familiar de cinco a seis salários mínimos, 10,7% têm renda familiar de três a quatro salários mínimos, esse mesmo percentual (10,7%) têm renda familiar de nove a dez salários mínimos, para 8,7% a renda familiar está entre sete e oito salários mínimos, 7,7% de seis a sete salários mínimos, 7,4% de oito a nove salários mínimos. As menores rendas familiares também são as de menores frequências: 4,3% de dois a três salários mínimos, 1,1% com um a dois salários mínimos e 0,6% até um salário mínimo. Em seu estudo, Mota (2011) identificou que a renda mensal também se apresentou mais frequente acima de dez salários mínimos, com 35,9%, acompanhada da renda entre cinco e dez salários mínimos, com 33,0%, e, abaixo de cinco salários mínimos, com 30,2%.

Ter um trabalho pode ser considerado um fator de proteção ao tabagismo, pois a inserção num trabalho sem proteção social e o desemprego está associado ao aumento da prevalência de tabagismo entre homens e mulheres independentemente de escolaridade, renda (GIATTI e BARRETO, 2011).

4.2 - CARACTERÍSTICAS DO TRABALHO DA POPULAÇÃO EM ESTUDO

Apresentaremos algumas características do trabalho que é desenvolvido pela população de TAE em estudo: um grupo de trabalhadores heterogêneo e que desenvolve uma diversidade de atividades distintas. Três variáveis foram analisadas, e os resultados demonstrados na tabela 4: quantos empregos os servidores possuem, como o horário de trabalho é distribuído e se trabalham em regime de plantão.

Tabela 4 – Distribuição de variáveis relacionadas às características do trabalho exercido pelos servidores técnico-administrativos em educação da Universidade Federal de Juiz de Fora - MG

Variável	Frequência Total	%
Quantos Empregos (N=687)		
Um emprego	574	83,6
Dois empregos	99	14,4
Três empregos	11	1,6
Mais de três empregos	3	0,4
Horário de Trabalho (N=686)		
Horário fixo	573	83,5
Horário irregular	37	5,4
Diarista/plantão	76	11,1
Plantões Extras (N=672)		
Sempre	29	4,3
Frequentemente	83	12,2
Raramente	218	32,1
Nunca	342	50,3

A tabela 4 apresenta que 83,6% dos TAEs têm apenas um emprego, 14,4% têm dois empregos, 1,6% tem três empregos e 0,4% tem mais de três empregos. Destes, 83,5% trabalham em horário fixo; 11,1% trabalham em regime de plantão e 5,4% têm horário irregular. Quando questionados sobre a necessidade de realizar plantões extras, 50,3 relataram que nunca têm que realizá-los, 32,1% os realizam raramente, 12,2% dizem que realizam plantões extras frequentemente e 4,3% sempre realizam plantões extras.

Historicamente, o servidor público tem uma imagem pejorativa construída e mediatizada pela expressão veiculada no senso comum. A população pouco compreende sobre a importância da atuação destes profissionais. São estes os principais agentes responsáveis pela consolidação das políticas públicas, por fazer a máquina administrativa funcionar e prestar à população os serviços necessários (SILVA e ICHIKAWA, 2009). Os resultados apresentados acima mostram que a maioria dos

servidores da população em estudo se dedica exclusivamente a esta ocupação, trabalham em horário fixo e raramente ou nunca realizam plantões extras.

Em relação à ocupação dos TAEs da universidade pública em estudo, questionou-se sobre qual a atividade que os mesmos desenvolviam em sua função, uma limitação deste estudo foi não formar no questionário categorias que identificassem as atividades mencionadas em maior frequência, visto que, para 721 servidores, houve pelo menos 600 citações de atividades, muitas se repetem, mas não foi possível fazer agrupamento no banco de dados. De uma forma geral, ao analisar estes dados, observou-se que as atividades, em sua maioria, eram voltadas para atendimento ao público, atividades administrativas e atividades na área hospitalar.

4.3 – O CONSUMO E A DEPENDÊNCIA DO TABACO ENTRE OS TAEs

Nesta etapa, serão apresentados os resultados referentes ao tabagismo, primeiramente buscando traçar um perfil dos fumantes e seu grau de dependência, além dos hábitos e as relações do dependente no local de trabalho. Perguntamos aos ex-dependentes sobre há quanto tempo abandonaram o vício e qual era o padrão de consumo. Apresentaremos, ainda, o resultado sobre a exposição à poluição tabagística informada por todos os servidores, independentemente se consomem ou se já consumiram o tabaco.

Tabela 5 – Distribuição da variável uso do tabaco (cigarro ou cachimbo ou charuto ou cigarro de palha) entre os servidores técnico-administrativos em educação da Universidade Federal de Juiz de Fora - MG

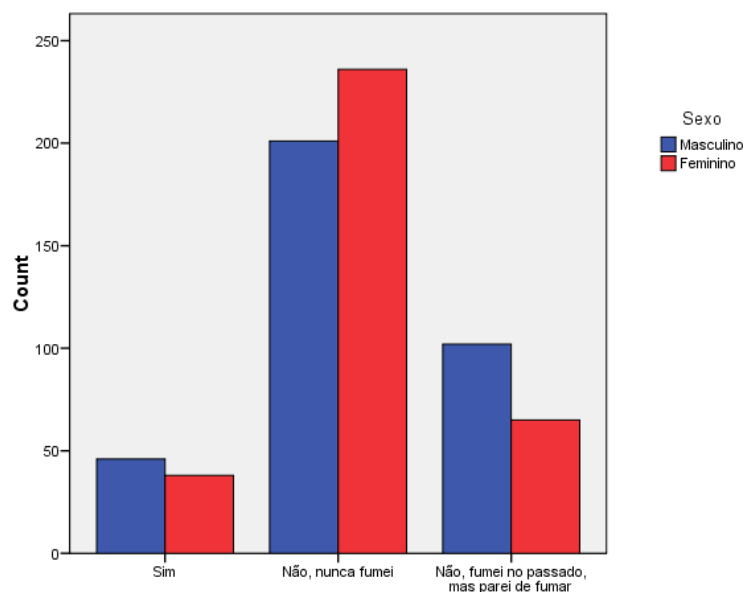
Uso do Tabaco (N=691)	Frequência Total	%
Sim	84	12,2
Não, nunca fumei	439	63,5
Não, fumei no passado, mas parei de fumar	168	24,3

Sobre o consumo do tabaco, verificamos que 63,5% dos servidores nunca fumaram; 24,3% já fumaram, mas abandonaram o consumo e 12,2% fazem uso do

tabaco por cigarro ou cachimbo ou charuto ou cigarro de palha (Tabela 5). Observamos, em outros estudos que buscavam identificar o uso do tabaco entre servidores públicos, um declínio no consumo do tabaco quando comparamos os resultados. No trabalho de Sabry realizado em 1999, o percentual de fumantes era de 26,2%; ex-fumantes, 24,6% e 49,2% que nunca haviam fumado (SABRY, 1999). Mota (2011) encontrou 14,1% de servidores, incluindo os docentes, fazendo uso do tabaco no ano.

Ribaldo (2011) identificou que 46,16% das pessoas fumaram em algum momento na vida e 13,95% mantinham o hábito. A Pesquisa Especial de Tabagismo – PETab (uma pesquisa especial da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios - PNAD 2008) apontou que o percentual de fumantes na população brasileira é de 17,5% das pessoas de 15 anos de idade ou mais, sendo 16,9% na região Sudeste (PNAD, 2008).

Gráfico 1 – Distribuição da variável uso do tabaco por sexo dos servidores técnico-administrativos em educação da Universidade Federal de Juiz de Fora - MG



Quando se cruzou a variável uso do tabaco por cigarro ou cachimbo ou charuto ou cigarro de palha com o sexo, observou-se que, dos que nunca fumaram, 201 eram homens, 236 eram mulheres. Entre os que já fumaram, mas abandonaram o uso do

tabaco, temos 102 homens e 65 mulheres, e, dos que relataram o uso do tabaco por cigarro ou cachimbo ou charuto ou cigarro de palha, 46 são homens e 38, mulheres (Gráfico 1). O número de homens usuários de tabaco no Brasil, considerando todas as regiões do país foi maior do que entre mulheres, segundo os dados da PETab (PNAD, 2008).

Para analisar os dados a seguir, consideraram-se apenas os casos cujos servidores responderam sim quando questionados sobre o uso tabaco, o que totalizou uma amostra de 84 servidores.

Tabela 6- Distribuição de variáveis que representam o comportamento dos servidores técnico-administrativos em educação da Universidade Federal de Juiz de Fora - MG em relação ao consumo do tabaco

Variável	Frequência	%
Com quantos anos começou a fumar (N=84)		
0 - 10 anos	9	10,7
11 - 20 anos	58	69,0
20 – 30 anos	11	13,1
Mais de 30 anos	3	3,6
Perdas	3	3,6
Familiar Fuma (N= 84)		
Sim	57	67,9
Não	20	23,8
Perdas	7	8,3
Afasta-se para fumar quando está em público (N=84)		
Sim	64	76,2
Não	13	15,5
Perdas	7	8,3
Informa-se a respeito do tabaco e seus prejuízos à saúde (N=84)		
Sim	71	84,5
Não	5	6,0
Perdas	8	9,5
Tentou parar de fumar (N=84)		
Sim	57	67,9
Não	20	23,8
Perdas	7	8,3

Quantas vezes tentou parar de fumar (N=84)		
1,00	14	16,7
2,00	11	13,1
3,00	8	9,5
4,00	2	2,4
5,00	1	1,2
10,00	2	2,4
20,00	2	2,4
Perdas	44	52,4

Observou-se, nesta etapa, que o comportamento ou hábito dos TAEs de consumir tabaco por cigarro ou cachimbo ou charuto ou cigarro de palha: para 69,0% teve início entre os 11 e 20 anos de idade, 13,1% iniciaram dos 20 aos 30 anos, 10,7% iniciaram antes dos 10 anos de idade e 3,6%, com mais de 30 anos. Moreira (1995) concluiu, em seu estudo, que o hábito de fumar se inicia na adolescência e informa ainda que este resultado é semelhante a outros encontrados no Brasil e em outros países. A faixa etária de início do consumo do tabaco da presente pesquisa está de acordo com o que foi postulado por esse autor.

Destes servidores, 67,9% têm familiares que fumam e 23,8% não têm. De acordo com Passos, Giatti e Barreto (2011), a exposição domiciliar ao tabaco no Brasil é alta, chegando a 33%. Os autores ainda destacam que, além do domicílio, os principais locais de exposição passiva ao tabaco são os locais de trabalho e locais públicos, como restaurantes, lojas e bares.

Quando em público, 76,2% se afastam para fumar e 15,5% não. Informam-se a respeito do tabaco e seus prejuízos à saúde 84,5% dos participantes da pesquisa e 6,0% não buscam este tipo de orientação.

A maioria das pessoas conhece os prejuízos do tabaco para a saúde, mas poucas sabem de toda a extensão destes danos. Mesmo as que conhecem, continuam fazendo uso do tabaco, apesar dos esforços, em nível individual e coletivo, para controle do mesmo nas últimas décadas (CHATKIN, 2006). Alguns autores consideram ainda que, por ser este um hábito com alta tolerância social, com aparição tardia dos efeitos maléficos, gera pouca preocupação dos fumantes na cessação do tabagismo (NIEL, 2008).

Questionou-se se estes servidores já tentaram parar de fumar e 67,9% disseram que sim, 23,8%, que nunca fizeram uma tentativa. Entre os que já tentaram, 16,7% relataram tê-lo feito uma vez, 13,1% tentaram duas vezes, 9,5% tentaram três vezes. A frequência de 2,4% deu-se para os que tentaram quatro, dez e 20 vezes e 1,2% deles tentou cinco vezes. Nesta variável, observou-se que houve uma perda de 52%, o que pode significar que estes nunca tentaram parar de fumar. Estes dados estão apresentados na tabela 6.

A cessação do tabagismo está inter-relacionada com uma série de variáveis: fisiológicas, hereditárias, ambientais e psicológicas (RONDINA, GORAYEB e BOTELHO, 2007). Cerca de 70% dos fumantes desejam parar de fumar, mas a maior parte deles precisa de cinco a sete tentativas antes de deixar o cigarro definitivamente (DU PONT e GOLD, 1995 apud RONDINA, GORAYEB e BOTELHO, 2007).

A fim de identificar quanto os servidores que fazem uso do tabaco, expõem à poluição tabagística ambiental, as pessoas com quem convivem em seus domicílios, questionou-se com quantas pessoas eles moram, incluindo cônjuge/companheiro, filhos e enteados, pais, outros parentes, amigos, agregados, pessoas ausentes temporariamente e empregados que durmam na casa. Os resultados são apresentados na tabela a seguir:

Tabela 7 – Com quantas pessoas moram os técnicos administrativos em educação da Universidade Federal de Juiz de Fora – MG que fazem uso do tabaco

<i>Quantas pessoas moram com você (N=84)</i>	Frequência	%
Mora sozinho (a)	11	13,1
De 1 a 3 pessoas	57	67,9
De 4 a 6 pessoas	16	19,0
De 7 a 9 pessoas	0	0

Pôde-se verificar que 13,1% dos fumantes moram sozinhos, 67,9% moram com 1 a 3 pessoas e 19% moram com 4 a 6 pessoas. Importante considerar que os servidores consomem o tabaco mais em casa do que no ambiente de trabalho, conforme mencionado anteriormente. Com este hábito os mesmos expõem no mínimo

121 pessoas e no máximo 267 pessoas no próprio domicílio. A média de pessoas expostas à fumaça do cigarro pelos 84 servidores da UFJF fumantes é de 194 pessoas. A literatura aponta os malefícios do tabaco não estão restritos apenas aos que consomem os produtos do tabaco, mas também àqueles que estão expostos a fumaça produzida pela queima deste produto (BRASIL, 2001^a; OMS, 2003; REICHERT, ARAÚJO e GONÇALVES, 2008). Gonçalves-Silva (2005) aponta que é importante avaliar o quanto que o conhecimento dos fumantes sobre os efeitos do fumo, e a importância que os mesmos dão a esses efeitos, não só em relação à sua própria saúde como em relação à saúde dos demais membros da família que ficam expostos à fumaça do cigarro.

Tabela 8 – Doença relacionada ao tabagismo entre os servidores técnico-administrativos em educação da Universidade Federal de Juiz de Fora - MG

<i>Teve doença relacionada ao tabagismo (N=84)</i>	Frequência Total	%
Sim	5	6,0
Não	72	85,7
Perdas	7	8,3

Quando se questionou os TAEs que fazem uso do tabaco se já tiveram alguma doença relacionada ao tabagismo, obteve-se o seguinte resultado: 85,7% disseram que não e 6,0% disseram que já tiveram doença relacionada ao tabagismo (Tabela 8 e quadro 2).

Quadro 2 – Doenças relacionadas ao tabagismo dos técnico-administrativos em educação da Universidade Federal de Juiz de Fora - MG

DOENÇAS RELACIONADAS AO TABAGISMO	FREQUENCIA
Alergias respiratórias	1
Bronquite/ Bronquite asmática	2
Hipertensão	1
Infarto	1
Pneumonia	1
Problemas pulmonares	1
Suspeita de neuropatia	1

Os participantes do estudo que já tiveram doenças relacionadas ao tabagismo informaram que estas doenças foram: alergias respiratórias, bronquite/ bronquite asmática, hipertensão, infarto, pneumonia, problemas pulmonares, suspeita de neuropatia (Quadro 2).

Além da nicotina, os compostos do cigarro podem trazer diversos malefícios à saúde, dentre eles, destacam-se: câncer de pulmão, doença pulmonar obstrutiva crônica, enfisema, bronquite crônica, pneumonia, cânceres de lábios, boca, garganta, laringe, faringe, acidente vascular cerebral, infertilidade, doença vascular, leucemia mieloide aguda, trombose venosa profunda (TVP), aterosclerose, danos e oclusão da vasculatura coronária, risco aumentado de câncer de mama, câncer de esôfago, câncer gástrico, cólon e câncer de pâncreas, câncer de fígado, câncer de rim e bexiga, entre outros (ERIKSEN, MACKAY e ROSS, 2012).

Tabela 9 – Distribuição das variáveis relacionadas aos hábitos dos técnico-administrativos em educação da Universidade Federal de Juiz de Fora - MG fumantes em seu local de trabalho

Variável	Frequência	%
<i>Reação dos colegas quando fuma (N=84)</i>		
Ninguém reclama	27	32,1
Vão fumar junto com você	16	19,0
Eles se afastam, mas não falam nada	7	8,3
Reclamam	12	14,3
Eles se sentem incomodados	8	9,5
Perdas	14	16,7
<i>Fuma mais em casa ou no trabalho (N=84)</i>		
Em casa	58	69,0
No trabalho	21	25,0
Ambos	1	1,2
Perdas	4	4,8
<i>Fuma a mesma quantidade de folga e trabalhando (N=84)</i>		
Sim	28	33,3
Não	44	52,4
Perdas	12	14,3
<i>Quando fuma mais (N= 84)</i>		
Em dias de trabalho	9	10,7
Em dias de folga	32	38,1
Ambos	1	1,2
Perdas	42	50,0
<i>Área reservada para fumar no trabalho (84)</i>		
Sim	28	33,3
Não	47	56,0
Perdas	9	10,7
<i>Deixa o local de trabalho para fumar (N=84)</i>		
Sim	55	65,5
Não	22	26,2
Perdas	7	8,3
<i>Colegas de trabalho discutem assuntos relacionados ao</i>		
Sim	47	56,0
Não	28	33,3
Perdas	9	10,7

Ao analisar os hábitos dos TAEs que consomem tabaco em seu local de trabalho, vê-se, na tabela 9, que 32,1% referiram que nenhum colega reclama deste hábito, 19,0% informaram que os colegas vão fumar junto, 14,3% relataram que os colegas de trabalho reclamam quanto ao hábito de fumar, 9,5% disseram que os colegas se sentem incomodados e 8,3 que os colegas se afastam, mas não falam nada.

A literatura aponta que a jornada de trabalho estressante e a convivência com colegas tabagistas constituem fatores de risco para o uso do tabaco entre trabalhadores (SOUZA e SILVEIRA, 2007).

Desde 1996, o Brasil proíbe o fumo em recintos públicos fechados, salvo em áreas específicas destinadas a este fim, porém, em muitos locais, esta lei não tem sido efetivamente cumprida. Isso ocorre devido à falta de fiscalização ou ainda pela não consciência da população em relação aos reais efeitos do fumo passivo (FURNALETO, PASSARETI e JUNIOR, 2008).

Os TAEs fumam mais em casa (69,0%) do que no trabalho (25,0%) e 1,2% deles fuma a mesma quantidade em ambos os ambientes. Em relação à quantidade de cigarros fumados quando estão de folga e no trabalho, 33,3% dizem que fumam a mesma quantidade nas duas situações, e 52,4% afirmaram que não fumam a mesma quantidade quando de folga e trabalhando. Na questão posterior, questionou-se quando o servidor fuma mais, e 38,1% relataram que fumam mais em dias de folga, 10,7% fumam mais em dias de trabalho e 1,2%, em ambas as situações.

Os resultados acima mostram que os servidores fumam mais em casa do que no trabalho, a quantidade de cigarros consumidos também é menor no ambiente de trabalho, e o consumo aumenta em dias de folga. Contudo, estudos comprovam que o tempo dispensado pelo trabalhador no local de trabalho, aliado às exigências atuais de mercado, pode favorecer e intensificar o hábito de fumar, prejudicando a saúde deste e de outros trabalhadores (FURNALETO, PASSARETI e JUNIOR, 2008).

No trabalho, de acordo com 56,0% dos participantes da pesquisa, não há área reservada para fumar; 33,3% indicam que há área reservada para fumar onde trabalham; 65,5% deixam o seu local de trabalho para fumar e 26,2% não.

A área reservada para fumantes não é a política ideal para o ambiente de

trabalho, pois, neste tipo de situação, o fumante passivo continua exposto. O ideal seria que o ambiente de trabalho fosse totalmente livre da poluição tabagística (BORLAND et al, 1992 apud FURNALETO, PASSARETI e JUNIOR, 2008).

Existe um forte consenso entre autoridades médicas e científicas de vários países de que o tabagismo passivo é uma importante ameaça à saúde pública, sendo a única maneira eficaz de proteção eliminar a fumaça do tabaco de todos os locais de trabalho e lugares públicos (WHO, 2007).

De acordo com a Aliança de Controle do Tabagismo no Brasil (2007), existe um mito de que “as políticas de ambientes livres do fumo violam o direito individual de fumar”, porém o direito individual de respirar um ar limpo tem precedência sobre qualquer possível direito dos fumantes de poluírem o ar que as outras pessoas respiram.

No que tange à discussão entre os colegas de trabalho sobre assuntos relacionados ao tabagismo e seus prejuízos à saúde, verificou-se que 56,0% discutem sobre a temática e 33,3% não abordam este assunto entre os colegas de trabalho (Tabela 8).

O fato de esta temática ser abordada entre os colegas de trabalho aponta a preocupação destes em relação aos efeitos maléficos do uso do tabaco. O ambiente de trabalho tem sido apontado como favorável para implantação de políticas de controle ao uso do tabaco (BRASIL, 2001). Um estudo internacional sobre ambientes de trabalho livres do fumo concluiu que a promoção deste tipo de ambiente diminui em 4% o número de fumantes e reduz o número de cigarros fumados por dia por aqueles fumantes que não abandonaram o tabagismo (FICHTENBERG e GLANTZ, 2002).

Dias-Damé (2011) diz que as restrições ao uso do tabaco nos locais de trabalho é um aspecto que pode influenciar na menor frequência dessa prática entre trabalhadores com proteção social. O autor ainda complementa dizendo que, no Brasil, estas ações estão mais presentes em ambientes públicos de trabalho e setores formais.

Tabela 10 – Distribuição das questões quanto ao grau de dependência da escala de Fagerström entre os técnico-administrativos em educação da Universidade Federal de Juiz de Fora - MG

Variável	Frequência Total	%
Quanto tempo após acordar você fuma o primeiro cigarro? (N=84)		
Dentro de 5 minutos	14	16,7
Entre 6 e 30 minutos	29	34,5
Entre 31 e 60 minutos	9	10,7
Após 60 minutos	21	25,0
Perdas	11	13,1
Você acha difícil não fumar em lugares públicos como igrejas, bibliotecas, etc.? (N=84)		
Sim	22	26,2
Não	55	65,5
Perdas	7	8,3
Qual cigarro do dia que traz mais satisfação? (N=84)		
O primeiro da manhã	38	45,2
Outros	35	41,7
Perdas	11	13,1
Quantos cigarros você fuma por dia? (N= 84)		
Menos de 10	42	50,0
De 11 a 20	24	28,6
De 21 a 30	6	7,1
Mais de 30	4	4,8
Perdas	8	9,5
Você fuma mais frequentemente pela manhã? (N=84)		
Sim	27	32,1
Não	49	58,3
Perdas	8	9,5
Você fuma mesmo doente, quando precisa de ficar de cama a maior parte do tempo? (N=84)		
Sim	31	36,9
Não	42	50,0
Perdas	11	13,1

Dentre os fumantes, houve a seguinte distribuição das respostas na análise do questionário de dependência de Fagerström: tempo após acordar que fuma o primeiro cigarro, 16,7% relataram ser de 5 minutos, 34,5% entre 6 e 30 minutos, 10,7% entre 31

e 60 minutos, 25,0% após 60 minutos. Na questão seguinte, o servidor foi perguntado se acha difícil não fumar em lugares públicos como igrejas, bibliotecas, etc., 26,2% disseram que sim e 65,5%, que não. Para 45,2% deles, o cigarro que traz mais satisfação é o primeiro da manhã e, para 41,7%, os outros.

Quanto ao número de cigarros fumados por dia por estes servidores, tem-se: menos de dez conforme 50,0%, de 11 a 20 cigarros de acordo com 28,6% dos servidores, de 21 a 30 cigarros para 7,1% e 4,8% fumam mais de 30 cigarros. Fumam mais frequentemente pela manhã 32,1% e 58,3% não. Quando questionados se fumam mesmo quando estão doentes, quando precisam ficar de cama a maior parte do tempo, 50,0% disseram que não fumam e 36,9%, que fumam apesar desta condição. Estes dados estão representados na tabela 10.

Tabela 11 – Distribuição dos graus de dependência de acordo a escala de Fagerström entre os servidores técnico-administrativos em educação da Universidade Federal de Juiz de Fora - MG

Grau de Dependência (N= 66)	Frequência	%
Muito baixa	26	39,1
Baixa	16	25,0
Média	6	9,4
Elevada	12	18,8
Muito elevada	5	7,7

Pode-se observar na tabela 11 a distribuição da variável grau de dependência do tabaco dos TAEs. Para obter estes resultados, somou-se o escore da escala de Fagerström dos 66 fumantes que responderam a esta questão, ou seja, 78,5% dos servidores fumantes responderam, e a perda foi de 21,5%. Observou-se que 39,1% apresentam uma dependência muito baixa ao uso do tabaco, 25% têm dependência baixa, 9,4% apresentam dependência média, 18,8% possuem dependência elevada e 7,7% têm dependência muito elevada.

Ribaldo (2011) encontrou em seu estudo uma dependência muito baixa em 46,88% dos servidores de uma universidade pública, e 7,8% apresentaram uma dependência ao tabaco muito elevada.

Para verificar a associação entre o grau de dependência do uso do tabaco com algumas variáveis independentes (sexo, idade, renda, escolaridade, estado civil), realizou-se a análise bivariada, conforme apresentado a seguir:

Tabela 12 – Associação entre o grau de dependência ao tabaco e as variáveis sociodemográficas dos técnico-administrativos em educação da Universidade Federal de Juiz de Fora - MG

<i>Variáveis</i>	<i>Grau de Dependência</i>						<i>X2</i>
	<i>Muito Baixa e Baixa</i>		<i>Média</i>		<i>Alta e Muito Alta</i>		
	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	
<i>Sexo</i>							
<i>Masculino</i>	23	63,9	4	11,1	9	25,0	0,981
<i>Feminino</i>	19	63,3	3	10,0	8	26,7	
<i>Total</i>	42	63,6	7	10,6	17	25,8	
<i>Escolaridade</i>							
<i>Até Sup. Inc.</i>	13	48,1	4	14,8	10	37,0	0,086
<i>Sup. e PGrad.</i>	27	75	2	5,6	7	19,4	
<i>Total</i>	40	63,5	6	9,5	17	27	
<i>Renda</i>							
<i>1 a 5 S. M.</i>	11	57,9	2	10,5	6	31,6	0,908
<i>6 a 10 S. M.</i>	24	70,6	3	8,8	7	20,6	
<i>11 S. M. e +</i>	5	62,5	1	12,5	2	25,0	
<i>Total</i>	40	65,5	6	9,8	15	24,6	
<i>Estado Civil</i>							
<i>Casado</i>	27	71,1	2	5,3	9	23,7	0,260
<i>Sep-Vi- Solt.</i>	14	53,8	4	15,4	8	30,8	
<i>Total</i>	41	64,1	6	9,4	17	26,6	

Aplicando-se o teste Qui-quadrado ($p \leq 0,05$), não foi observada significância estatística nas variáveis sociodemográficas analisadas, ou seja, o grau de dependência não se diferenciou segundo o sexo, escolaridade, renda ou estado civil na amostra estudada. O dado que mais se aproximou de uma significância estatística foi a

escolaridade, o que poderia sugerir que os dependentes em grau muito baixo ou baixo teriam ensino superior e os com alta e muito alta dependência ao uso do tabaco teriam um grau de escolaridade inferior.

No estudo de Ribaldo (2011), cuja população também era de TAEs de uma universidade pública, verificou-se que os servidores do sexo masculino que concluíram o ensino fundamental a médio, separados ou divorciados e que recebem mais de um salário mínimo têm mais chance de fumar.

Tabela 13 – Associação entre o grau de dependência ao tabaco e média de idade dos técnico-administrativos em educação da universidade pública de Juiz de Fora

<i>Grau de Dependência</i>	N	Idade Média (anos)
<i>Muito baixa e baixa</i>	39	24,13
<i>Média</i>	4	36,50
<i>Alta e muito alta</i>	16	42,69
<i>Total</i>	59	

Na tabela 13, observa-se que a média de idade dos fumantes com grau de dependência baixa e muito baixa era de 24,13 anos; para o grau de dependência média, a idade foi de 36,50 anos, e, no grau de dependência alta e muita alta, a média de idade foi de 42,69 anos. Halty *et all* (2002) descreveu que 50% dos fumantes de ambos os sexos se concentravam na faixa etária a partir do 40 anos. Ribaldo (2011) constatou que TAEs com mais de 40 anos têm maior probabilidade de fazer o uso regular do tabaco.

Tabela 14– Distribuição das variáveis relacionadas ao abandono do tabagismo pelos técnicos-administrativos em educação da Universidade Federal de Juiz de Fora - MG

Variável	Frequência Total	%
<i>Há quanto tempo parou de fumar em anos (N=168)</i>		
De 0 a 10 anos	49	29,1
De 11 a 20 anos	57	33,9
De 21 a 30 anos	31	18,4
De 31 a 40 anos	12	7,1
Mais de 40 anos	4	2,4
Perdas	18	10,7
<i>Há quanto tempo parou de fumar em meses (N=168)</i>		
De 0 a 3 meses	93	55,3
De 4 a 6 meses	10	6,0
De 7 a 9 meses	9	5,3
Mais de 10 meses	4	2,4
Perdas	52	31,0
<i>Fumou por quanto tempo em anos (N=168)</i>		
De 0 a 10 anos	69	41,1
De 11 a 20 anos	43	25,6
De 21 a 30 anos	27	16,1
De 31 a 40 anos	10	5,9
Mais de 40 anos	1	0,6
Perdas	18	10,7
<i>Fumou por quanto tempo em meses (N=168)</i>		
De 0 a 3 meses	99	58,9
De 4 a 6 meses	6	3,6
De 7 a 9 meses	1	0,6
Mais de 10 meses	4	2,4
Perdas	58	34,5
<i>Quantos cigarros fumava em média por dia (N=168)</i>		
Menos de 10	63	37,5
De 11 a 20	71	42,3
De 21 a 30	8	4,8
Mais de 30	14	8,3
Perdas	12	7,1

Para analisar os dados dos servidores que já fizeram uso do tabaco, consideramos apenas 168 TAEs que responderam “*Não, fumei no passado, mas parei de fumar*” na variável uso do tabaco apresentado na tabela 5.

Encontraram-se as seguintes frequências nas variáveis descritas na tabela 13 o tempo médio em que os TAEs pararam de fumar foi de até dez anos para 29,1%, 33,9% fumaram durante 11 a 20 anos, 18,4% fumaram entre 21 e 30 anos, 7,1% fumaram entre 31 e 40 anos e 2,4% fumaram por mais de 40 anos. Em meses, 55,3% pararam de fumar em até três meses, 6,0% entre quatro e seis meses, 5,3% entre sete e nove meses e 2,4% há mais de dez meses.

Quanto à quantidade de anos em que mantiveram o uso do tabaco: 41,1% consumiram por até dez anos, 25,6% consumiram entre 11 e 20 anos, 16,1% consumiram entre 21 a 30 anos, 5,9% consumiram entre 31 a 40 anos e 0,6%, por mais de 40 anos. A mesma questão em meses obteve: 58,9% de um a três meses, 3,6% de quatro a seis meses, 0,6% de sete a nove meses e 2,4% por mais de dez meses.

A média de cigarros consumidos por dia era de menos de dez para 37,5%, de 11 a 20 cigarros para 42,3%, de 21 a 30 cigarros para 4,8% e mais de 30 cigarros para 8,3% dos TAEs.

Dentre os motivos que levam o indivíduo a parar de fumar, destacam-se os problemas de saúde relacionados ao tabaco (FERREIRA et al, 2011). De acordo com Oliveira e Sales (2004), a cessação do tabagismo leva a uma redução significativa do risco de doenças cardiovasculares e neoplásicas associadas a este hábito, o que reflete na melhora dos sintomas respiratórios de tosse e pigarro se o paciente ainda não apresentar danos pulmonares estruturais significativos, além disso, os pacientes com Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) apresentam diminuição da perda funcional do pulmão em relação aos portadores de DPOC que continuam a fumar.

Além dos sintomas de doenças associados ao cigarro, Spiandorello (2007) aponta a discriminação, a pressão de familiares, a prevenção da saúde e fatores econômicos como motivos que levam o fumante a parar de fumar.

Verifica-se, muitas vezes, que o abandono do hábito de fumar ocorre somente quando o indivíduo apresenta patologias relacionadas ao tabagismo, em um estágio em que muitas doenças já se tornaram crônicas e o seu tratamento consiste em apenas

diminuir sinais e sintomas. Este fato reforça a necessidade de investimento em ações preventivas e educativas que promovam a cessação do tabagismo e evitem o início do consumo. Desta forma, serão reduzidos os problemas de saúde e os gastos financeiros para o tratamento destes agravos (FERREIRA et all, 2011).

Tabela 15 – Exposição à poluição tabagística ambiental (fumaça de cigarro de outras pessoas em sua casa, trabalho ou escola) dos técnicos-administrativos em educação da Universidade Federal de Juiz de Fora - MG

<i>Exposto à fumaça de cigarro (N=658)</i>	Frequência	%
Sim	227	34,5
Não	431	65,5

Questionou-se para todos os servidores, independentemente se consomem o tabaco, se já consumiram ou nunca consumiram, se os mesmos ficam expostos à fumaça do cigarro de outras pessoas seja em casa, no próprio trabalho ou escola, ao que 65,5% responderam que não têm este tipo de contato e 34,5% responderam que sim (tabela 15).

Sabe-se que os danos ao organismo humano provenientes do tabagismo não atingem somente as pessoas que fumam, mas também aquelas que vivem em contato com a poluição gerada pela fumaça do cigarro, especialmente em locais fechados como domicílios, ambientes de trabalho, de lazer, escolas e demais espaços públicos fechados. No inquérito realizado na população brasileira em 2008, a fumaça do cigarro foi referida como presente em 27,9% dos domicílios, 24,4% nos ambientes de trabalho e 9,9% em restaurantes (WUNSH, 2010). Passos, Giatti e Barreto (2011) mostraram, em seu estudo, que a prevalência de exposição à poluição tabagística no ambiente de trabalho fechado chegou ao nível de 55% entre homens e 45% de mulheres.

Considerando apenas o local de trabalho, no conjunto da população adulta das 27 cidades pesquisadas pelo Vigetel 2012, a frequência de fumantes passivos foi de

10,4%, sendo cerca de duas vezes superior entre homens (15,5%) quando o percentual é comparado com o das mulheres (6,0%) (BRASIL, 2013).

5 – CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste estudo, observou-se que a população de servidores TAEs é representada por uma distribuição uniforme entre homens e mulheres, cuja a faixa etária prevalente foi de 51 a 60 anos, cor branca, em que a pós-graduação é o nível de escolaridade mais comum. Em relação ao estado civil, predominaram os casados ou em união estável, com filhos. Vivem em casa própria com o financiamento já quitado, residem com 1 a 3 pessoas e têm renda familiar de mais de dez salários mínimos.

Em relação ao trabalho que é desenvolvido pelos mesmos, verificaram-se algumas características: a maior parte dos servidores se dedica apenas ao serviço público, trabalha em horário fixo e nunca ou quase nunca realiza plantões extras.

Uma limitação deste estudo foi de identificar com precisão a ocupação do servidor, visto que esta questão foi aberta e cada servidor apontou a sua atividade de acordo com a visão que tem do trabalho que desempenha. De uma forma geral, os TAEs realizam atividades de atendimento ao público (externo, acadêmicos e docentes), administrativas e hospitalares.

Quanto ao objetivo de identificar a presença do tabagismo e o grau de dependência ao consumo do tabaco entre os trabalhadores técnico-administrativos em educação da Universidade Federal de Juiz de Fora - MG, encontraram-se os seguintes resultados: 12,2% dos TAEs fazem uso do tabaco regularmente e 24,3% já fizeram o uso em algum momento.

O número absoluto de fumantes foi de 84 pessoas, sendo a maioria homens. Analisando especificamente esta população, constatou-se que o início do uso do tabaco foi entre os 11 e 20 anos de idade, e a maioria tem familiares que fumam. Quando em público, a maioria se afasta para fumar. Frequentemente, informam-se a respeito do tabaco e seus prejuízos e já fizeram, inclusive, pelo menos uma tentativa para abandonar este hábito.

A maioria dos servidores que se declaram fumante convivem com outras pessoas em seu domicílio, e expõem uma média de 194 indivíduos somente neste ambiente.

No que tange às doenças relacionadas ao tabaco, a grande maioria informou

que não foi acometida por nenhuma delas. Este fato pode ser devido ao não reconhecimento do tabagista dos efeitos do tabaco sobre sua saúde, e associar os danos a outros fatores.

Investigaram-se ainda os hábitos dos TAEs em relação ao uso do tabaco no local de trabalho, geralmente os colegas de trabalho não reclamam, o uso do tabaco é mais comum em casa. Quando de folga, fumam uma quantidade maior de cigarros. Não existe área reservada para fumar na maioria dos locais onde estes servidores desenvolvem suas atividades.

O grau de dependência do tabaco foi avaliado pela escala de Fagerström, e 39,1% têm um grau de dependência muito baixo, e a média de idade destes é de 24,13 anos, sendo que, para o grau de dependência média, alta e muito alta, a média de idade foi de 36,50 e 42,69 anos respectivamente.

Os dados referentes ao grau de dependência foram associados em uma análise estatística bivariada, em relação a algumas variáveis independentes (sexo, idade, renda, escolaridade, estado civil), porém não se encontrou grau de associação entre as mesmas. A população deste estudo tem características peculiares, talvez a dispersão dos achados dentro deste grupo tenha tornado o teste estatístico sem significância de correlação.

Em relação aos TAEs que já fizeram o uso do tabaco em algum momento, estes pararam de fumar até 10 anos, mantiveram a dependência por até dez anos e a quantidade de cigarros consumidos pela maioria era de 11 a 20 cigarros.

Todos os servidores foram questionados sobre a exposição tabagística ambiental (em casa, trabalho ou escola) e a maioria informou não estar exposta a este tipo de poluição.

Espera-se que este estudo possa subsidiar outros no país que investiguem os fatores associados ao consumo do tabaco entre servidores públicos, podendo colaborar com novas informações sobre a temática. Os dados apresentados poderão guiar ações de intervenção específicas para o ambiente de trabalho, favorecendo a saúde destes trabalhadores no que diz respeito à cessação do tabagismo e prevenção do uso do tabaco.

REFERÊNCIAS

ACT, Aliança de Controle do Tabagismo. **Ambientes de Trabalho Livres de Fumo. Manual para tornar sua empresa mais segura e saudável.** Adaptado do Relatório da Global Smokefree Partnership: Global Voices for A Smokefree World: 2007 Status Report. Disponível em: <http://actbr.org.br/pdfs/SmokefreeToolkit.pdf>. Acesso em: 20 de ago. 2012.

AMAZARRAY, M. R. **Trabalho e adoecimento no serviço público: LERT/DORT e articulações com o modo de gestão tecnoburocrático.** Porto Alegre, 2003. Dissertação de mestrado, UFRS. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10183/1951>. Acesso em: 01 de ago. 2012.

ANDRADE, E. T. **O Processo de Implementação da Política de Atenção à Saúde do Trabalhador em Instituições Públicas Federais: o desafio da integralidade.** Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2009.

BALASSIANO, M., RODRIGUES, E. T., e PIMENTA, R. da C. **Estresse ocupacional na administração pública brasileira: uma análise baseada no modelo de relações estruturais.** *XXIX Encontro Anual da Anpad*, 2005, Brasília/DF. ANPAD (Associação Nacional de Pós-Graduação e Pesquisa em Administração). Disponível em: http://www.anpad.org.br/evento.php?acao=subseca_oecod_edicao_ubsecao=30ecod_evento_edicao=9einterna=true. Acesso em: 05 de agosto de 2012.

BALBANI, A. P. S; MONTOVANI, J. C. Métodos para abandono do tabagismo e tratamento da dependência da nicotina. **Rev. Bras. Otorrinolaringol.**, São Paulo, v. 71, n. 6, dez. 2005. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-72992005000600021>. Acesso em: 07 set. 2012.

BEHR, J. and NOWAK, D. Tobacco smoke and respiratory disease. **Eur Respir Mon** 2002;7:161-79. Disponível em: http://www.pneumonologia.gr/articlefiles/20070509_7.pdf. Acesso em: 01 de out. 2012.

BONEZZI, C. A. e PEDRAÇA, L. O. **A Nova Administração Pública: Reflexão sobre o Papel do Servidor Público do Estado do Paraná.** Monografia apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Formulação e Gestão de Políticas Públicas da U.E.L. – Universidade Estadual de Londrina. Orientador: Professor Dr. Luiz Antonio Felix Londrina, PR, 2008.

BORGES, L.O.; YAMAMOTO, O. H. **O mundo do trabalho.** In: ZANELLI, J. C.; BORGES-ANDRADE, J. E.; BASTOS, A. V. B. (Orgs.) *Psicologia, Organizações e trabalho no Brasil.* São Paulo: Artmed, 2004. P.24-62.

BRASIL, Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990. **Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o financiamento dos serviços correspondentes e das outras providências.** Diário Oficial União, Poder Executivo, Brasília, DF, 19 set. 1990.

BRASIL, Lei nº 9.294 de 15 de Julho de 1996. **Dispõe sobre as restrições ao uso e à propaganda de produtos fumíferos, bebidas alcoólicas, medicamentos, terapias e defensivos agrícolas,** nos termos do § 4º do art. 220 da Constituição Federal. Diário Oficial da União 1996; 15 jul.

_____, Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Controle do Tabagismo e outros Fatores de Risco - Brasil.** Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação De Prevenção E Vigilância - Conprev. Rio de Janeiro, 2001a.

_____, Ministério da Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde no Brasil. **Doenças relacionadas ao trabalho: manual de procedimentos para os serviços de saúde.** Ministério da Saúde do Brasil, Organização Pan-Americana da Saúde no Brasil; organizado por Elizabeth Costa Dias; colaboradores Idelberto Muniz Almeida et al. Brasília: Ministério da Saúde do Brasil, 2001b.

_____, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Anamnese ocupacional: manual de preenchimento da Ficha Resumo de Atendimento Ambulatorial em Saúde do Trabalhador (Firaast).** Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006.

_____, Ministério da Saúde. **Projeto Internacional de Avaliação das Políticas de Controle do Tabaco ITC Brasil – Resumo.** Universidade de Waterloo, Waterloo, Ontário, Canadá; e Instituto Nacional de Câncer (INCA) Outubro 2009. Disponível em: www.obid.senad.gov.br/portais/OBID/biblioteca/documentos/3289_44.pdf. Acesso em: 08 de out. 2012.

_____, Secretaria de Recursos Humanos do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão Departamento de Saúde, Previdência e Benefícios do Servidor. **Política de Atenção à Saúde e Segurança do Trabalho do Servidor Público Federal: uma construção coletiva.** (In:) Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor. Brasília, 2010.

_____, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção de Saúde. **Vigitel Brasil 2012 : vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico.** Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção de Saúde. Brasília : Ministério da Saúde, 2013.

CARMO, J.T., PUEYO, A. A adaptação do português do Fagerström Test for Nicotine Dependence (FTND) para avaliar a dependência e tolerância à nicotina em fumantes brasileiros. **Rev Bras Med** 59(1/2):73-80, 2002. Disponível em: http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?id_materia=1798efase=imprime. Acesso em: 06 de out. 2012.

CASTRO, R. B. de. **Eficácia, eficiência e efetividade na administração pública**. XXX Encontro anual da ANPAD, Salvador, 2006. ANPAD (Associação Nacional de Pós-Graduação e Pesquisa em Administração): http://www.anpad.org.br/evento.php?acao=trabalhoecod_edicao_subsecao=149ecod_evento_edicao=10ecod_edicao_trabalho=5281. Acesso em: 10 de jan. 2014.

CHANLAT, J. F. **O gerencialismo e a ética do bem comum: a questão da motivação para o trabalho nos serviços públicos**. 2002. In: VII Congreso Internacional Del Cladsobrel a Reforma del Estado y de la Administración Pública. 2002, Portugal, Lisboa. Anais. Lisboa: CLAD, 2002. Disponível em: <http://unpan1.um.org/intradoc/groups/public/documents/CLAD/clad0043316.pdf>. Acesso em: 04 de mai. 2013.

CHATKIN, J. M. (2006). A influência da genética na dependência tabágica e o papel da farmacogenética no tratamento do tabagismo. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, 32(6), 573-579. Disponível em: http://www.jornaldepneumologia.com.br/detalhe_artigo.asp?id=1130. Acesso em: 25 de jan. 2014.

CQCT, Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco, 1999. Disponível em: <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/236f820047025c6c8dcbfd741a182d6f/Conven%C3%A7%C3%A3oQuadro+para+o+Controle+do+Tabaco+em+portugu%C3%AAs.pdf?MOD=AJPERESE&CACHEID=236f820047025c6c8dcbfd741a182d6f>

CORRÊA, C. R. **Situações Incômodas No Trabalho: confiabilidade de uma escala de medida utilizando o Coeficiente Alfa Ordinal**. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora, 2012.

COUTINHO, M. C., DIOGO, M. F. e JOAQUIM, E. P. **PSIC - Revista de Psicologia**. Vetor Editora, v. 9, nº 1, p. 99-108, Jan./Jun. 2008. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/psic/v9n1/v9n1a12.pdf>. Acesso em: 25 de mar. 2013.

DIAS-DAMÉ, J. L. et al. Tendência de Tabagismo em População Urbana. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 27(11): 2166-2174, nov, 2011. Disponível em: <http://www.direitonet.com.br/artigos>>. Acesso em: 20 out. 2013.

DRUCK, M. da G. **Principais indicadores de precarização social do trabalho no Brasil**. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE SOCIOLOGIA, 14, 2009. Rio de Janeiro. Anais. Rio de Janeiro: 2009.

ERIKSEN, M.; MACKAY, J. e ROSS, H. **The Tobacco Atlas**. Fourth EDITION. Completely Revised and Updated. Atlanta USA, 2012. http://www.tobaccoatlas.org/uploads/Images/PDFs/Tobacco_Atlas_2ndPrint.pdf. Acesso em: 20 out. 2013.

FAGERSTRÖM, K. O. Measuring degree of physical dependence to tobacco smoking with reference to individualization of treatment. **Addict Behav.** 1978;3 (3-4):235-41.

FERREIRA, M. C. e cols. Gestão de QVT no Setor Público. **Psic.: Teor. e Pesq.**, Brasília, Jul-Set 2009, Vol. 25 n. 3, pp. 319-327.

FERREIRA, N. V. **Perfil da Aposentadoria por Invalidez em Servidores Públicos Municipais do Rio de Janeiro de 1997 A 2008**. Dissertação de Mestrado Escola Nacional de saúde Pública Sérgio Arouca- ENSP. Rio de Janeiro: s.n., 2010. Disponível em: <http://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/2354>. Acesso em: 20 dez. 2013.

FERREIRA, S. A. L. et al . Motivos que contribuem para indivíduos de uma escola de nível superior tornarem-se ou não tabagistas. **Rev. Gaúcha Enferm. (Online)**, Porto Alegre, v. 32, n. 2, June 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472011000200011&lng=en&enrm=iso>. Acesso em: 20 dez. 2013.

FICHTENBERG, C. M. and GLANTZ, S. A. Effect of smoke-free workplaces on smoking behaviour: systematic review. **British Medical Journal** 325:188(2002). Disponível em: <http://www.bmj.com/content/325/7357/188>. Acesso em: 20 dez. 2013.

FURLANETO, C. J. ; PASSARETTI, T.; JUNIOR, C. M. Políticas de controle ao uso do tabaco em ambiente de trabalho por empresas da Grande São Paulo. **Rev. Inst. Ciênc. Saúde**. 2008;26(3):281-8. http://www.unip.br/comunicacao/publicacoes/ics/edicoes/2008/03_jul_set/V26_N3_2008_p281-288.pdf. Acesso em: 08 out. 2012.

GIATTI, L., BARRETO S. M. Tabagismo, situação no mercado de trabalho e gênero. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 27(6):1132-1142, jun, 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2011000600010&script=sci_abstract&lng=pt. Acesso em: 07 jun. 2013.

GODOI, A. M. M.
 . Brasília: Sesi, 2003.

GOMES, P. C. **Tabagismo entre Trabalhadores Terceirizados da Universidade Federal de Juiz de Fora: Um Estudo Preliminar**. Monografia de Conclusão de Curso. Faculdade de Enfermagem da UFJF. Juiz de Fora, 2011.

GONÇALVES-SILVA R. M. V., VALENTE J. G., LEMOS-SANTOS M. G. F., SICHIERI R. Tabagismo domiciliar em famílias com crianças menores de 5 anos no Brasil. **Rev Panam Salud Publica**. 2005;17(3):163–9.

GRIEP, R. H.; CHÓR, D.; CAMACHO, L. A. B. Tabagismo entre trabalhadores de empresa bancária. **Rev. Saúde Pública**, v. 32, n. 6, p. 533-540, 1998. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v32n6/v32n6a2518.pdf>. Acesso em: 07 jun. 2012.

GUERRA, M. J. C. **Impacto das Condições de Saúde Bucal na Qualidade de Vida de Trabalhadores de uma Universidade Pública**. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora, 2013.

HALTY L. S., HÜTTNER M. D., OLIVEIRA No I. C., SANTOS V. A., MARTINS G. Análise da utilização do Questionário de Tolerância de Fagerström (QTF) como instrumento de medida da dependência nicotínica. **J Pneumol** 28(4) – jul-ago de 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/jpneu/v28n4/12962.pdf>. Acesso em: 01 ago. 2013.

IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo Demográfico 2010: Características da população e dos domicílios. Resultados do universo**. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Brasília, 2011. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/caracteristicas_da_populacao/resultados_do_universo.pdf. Acesso em: 14 jan. 2014.

_____, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD). Tabagismo, 2008**. Brasil. Rio de Janeiro: IBGE, 2009. Disponível em http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoe_rendimento/pnad2008/suplementos/tabagismo/pnad-tabagismo.pdf. Acesso em: 06 out. 2012.

IGLESIAS, R.; JHA, P.; PINTO, M.; SILVA, V. L. da C. e GODINHO, J. **Controle do Tabagismo no Brasil**. Departamento de Desenvolvimento Humano Região da América Latina e do Caribe Banco Mundial e Departamento de Saúde, Nutrição e População Rede de Desenvolvimento Humano Banco Mundial, 2007. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Controle%20do%20Tabagismo%20no%20Brasil.pdf>. Acesso em: 25 mai. 2012.

INCA, Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. **A situação do tabagismo no Brasil: dados dos inquéritos do Sistema Internacional de Vigilância, da Organização Mundial da Saúde, realizados no Brasil, entre 2002 e 2009 / Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva**. Rio de Janeiro: Inca, 2011. Disponível em: http://www1.inca.gov.br/inca/arquivos/situacao_tabagismo.pdf. Acesso em: 25 mai. 2012.

_____, Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. **Diretrizes para a vigilância do câncer relacionado ao trabalho.** Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva, Coordenação Geral de Ações Estratégicas, Coordenação de Prevenção e Vigilância, Área de Vigilância do Câncer relacionado ao Trabalho e ao Ambiente; organizadora Fátima Sueli Neto Ribeiro. Rio de Janeiro: Inca, 2012.

_____, Instituto Nacional do Câncer. **Observatório da política nacional de controle do tabaco. Legislação por tema.** Disponível em: http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/observatorio_controle_tabaco/site/home/legislacao/por_tema. Acesso em: 06 out. 2012.

KIRCHENCHTEJN, C. e CHATKIN, J. M. Dependência da Nicotina. In ARAUJO, A. J. de et al . Diretrizes para Cessação do Tabagismo. **J. bras. pneumol., vol.30 suppl.2 São Paulo Aug. 2004.** Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttextepid=S1806-37132004000800002&lng=en&enrm=iso. Acesso em: 07 set. 2012.

LACAZ, F. A. de C. O campo Saúde do Trabalhador: resgatando conhecimentos e práticas sobre as relações trabalho-saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 23(4):757-766, abr, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v23n4/02.pdf>. Acesso em: 07 set. 2013.

LEMOS, D. Trabalho Docente Nas Universidades Federais: tensões e contradições. **Caderno CRH**, Salvador, v. 24, n. spe 01, p. 105-120, 2011. Acesso em: <http://www.scielo.br/pdf/ccrh/v24nspe1/a08v24nspe1.pdf>. Acesso em: 27 set. 2013.

MAGALHÃES, E. M. de, OLIVEIRA, A. R., ABREU, S. M., e MAGALHÃES, E. A. de. (2006). **Política de treinamento dos técnicos de nível superior da Universidade Federal de Viçosa na percepção de ex-dirigentes da instituição.** *XXX Encontro Anual da Anpad*, Salvador/BA. ANPAD (Associação Nacional de Pós-Graduação e Pesquisa em Administração). Disponível em: http://www.anpad.org.br/evento.php?acao=trabalhoecod_edicao_subsecao=149ecod_evento_edicao=10ecod_edicao_trabalho=5327. Acesso em: 08 mai. 2013.

MALTA, D. C; MOURA, E. C; SILVA, A. S; OLIVEIRA, P. P. V. e COSTA e SILVA, V. L. Prevalência do tabagismo em adultos residentes nas capitais dos estados e no Distrito Federal, Brasil, 2008 **J. Bras Pneumol. 2010;36(1):75-83.** Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttextepid=S180637132010000100013&lang=pt. Acesso em: 09 jun. 2012.

MARQUES A. C. P. R. et al. Dependência de nicotina. **Rev Bras Psiquiatr** 2001;23(4):200-14. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbp/v23n4/7168.pdf>. Acesso em: 27 dez. 2013.

MARX, K. **O processo de trabalho ou o processo de produzir valores-de-uso.** In. *O Capital: crítica da economia política: livro1 26ª Ed.*, Rio de janeiro: Civilização Brasileira,

2008, pp. 211-219. 1ª Edição: 1867.

MENDES, René e DIAS, Elizabeth Costa. Da medicina do trabalho à saúde do trabalhador. **Rev. Saúde Públ.** S. Paulo, 25(5): 341-9, 1991. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v25n5/03.pdf>. Acesso em: 20 dez. 2013.

MINAYO-GOMEZ C.; THEDIM-COSTA S. M. da F. A construção do campo da saúde do trabalhador: percurso e dilemas. **Cad. Saúde Pública**, 1997, vol.13, n.2, p.21-32. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v13s2/1361.pdf>. Acesso em: 20 dez. 2013.

MIQUILIN, I. de O. C. **Desigualdades em saúde entre trabalhadores brasileiros: análise da PNAD/2008**. Dissertação (Mestrado) - Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas. Campinas, SP : [s.n.], 2011.

MOREIRA, L. B. et al. Tabagismo e fatores Associados. **Rev. Saúde Pública**, 29 (1), 1995. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v29n1/08.pdf>. Acesso em: 20 dez. 2012.

MOTA, V. de A. **Uso de álcool e alcoolismo e fatores associados entre servidores públicos universitários**. Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Mato Grosso, Instituto de Saúde Coletiva, Pós-graduação em Saúde Coletiva, Área de Concentração: Saúde Coletiva, 2011.

MOURA, E. C. et al. Vigilância de Fatores de Risco para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal (2006). **Rev. bras. epidemiol.** São Paulo, 2008. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1415-790X2008000500003>. Acesso em: 20 dez. 2013.

MUSK, A. W. e DE KLERK, N. H. History of tobacco and health. **Respirology** 2003; 8: 286-90. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1046/j.1440-1843.2003.00483.x/pdf>. Acesso em: 07 de jun de 2012.

NAZARETH *et al.* Frequência do tabagismo no ambiente hospitalar. **HU Revista**, Juiz de Fora, v. 34, n. 4, p. 257-262, out./dez. 2008.

NIEL, M. (2008). **Redução de danos para drogas fumadas**. Em M. Niel e D. X. Silveira (Eds.), *Drogas e redução de danos: Uma cartilha para profissionais de saúde* (pp. 47-51). São Paulo, 2008.

OLIVEIRA, M. V. C.; SALES, M. P. U. Tabagismo passivo. **J Bras Pneumol.** 2004;30(supl 2):S65-S71.

OMS, Organização Mundial da Saúde. **Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde**. 10ª revisão. 2ª ed. São Paulo: EDUSP; 1995.

OMS, Organização Mundial da Saúde. **Tabagismo e Saúde nos Países em Desenvolvimento, 2003**. Disponível em: http://www.inca.gov.br/tabagismo/publicacoes/OMS_relatorio.pdf. Acesso em: 25 mai. 2012.

OPAS, Organização Panamericana de Saúde. **Carta de Ottawa, Primeira Conferência Internacional para Promoção da Saúde**. 1996. Disponível em: http://www.mpba.mp.br/atuacao/cidadania/gesau/legislacao/internacionais/carta_ottawa.pdf. Acesso em: 25 mai. 2012.

PASSOS, V. M. de A.; GIATTI, L.; BARRETO, S. M. Tabagismo passivo no Brasil: resultados da Pesquisa Especial Do Tabagismo, 2008. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 9, Sept. 2011. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011001000004>. Acesso em: 25 mai. 2012.

RAMMINGER, T. e NARDI, H. C. **Saúde do trabalhador: um (não) olhar sobre o servidor público**. Revista do Serviço Público. Brasília 58 (2): 213-226 Abr/Jun 2007. Disponível em: http://www.enap.gov.br/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=2509Acesso em: dez/2013

REICHERT, J.; ARAÚJO, A. J.; GONÇALVES, C. M. C. Diretrizes para Cessação do Tabagismo 2008. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**. v. 34, nº 10, p. 845-880, 2008. Disponível em: http://actbr.org.br/uploads/conteudo/309_Diretrizes_para_a_Cessacao_do_Tabagismo.pdf. Acesso em: 01 out. 2012.

RIBALDO, I. R. **Uso de tabaco, estresse e fatores associados entre trabalhadores de uma universidade pública**. Ribeirão Preto, 2011. Dissertação de Mestrado apresentada à escola de Enfermagem de ribeirão Preto/USP. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22131/tde-19012012-110111/pt-br.php>. Acesso em: 02 de agosto de 2012.

RIBEIRO, C. V. dos S. R. e MANCEBO, D. O Servidor Público no Mundo do Trabalho do Século XXI. **Psicologia: Ciência e Profissão**, 2013, 33 (1), 192-207. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-98932013000100015&script=sci_arttext. Acesso em: 03 jan. 2014.

RODRIGUES, P. F. V. **O Trabalhador e as Repercussões do Adoecimento e Acidente de Trabalho na sua Vida**. Tese de Doutorado em Serviço Social pelo Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Serviço Social da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, 2012.

RONDINA R. C. , GORAYEB R., BOTELHO C. Características psicológicas associadas ao comportamento de fumar tabaco. **J Bras Pneumol**. 2007;33(5):592-601. <http://www.scielo.br/pdf/jbpneu/v33n5/v33n5a16.pdf>

ROSEMBERG, J. e cols. **Nicotina Droga Universal**. São Paulo (Estado). Secretaria da Saúde. Centro de Vigilância Epidemiológica, 2003. Disponível em:

<http://www.inca.gov.br/tabagismo/publicacoes/nicotina.pdf> Acesso em: 25 mai. 2012.

SABRY, M. O. D.; SAMPAIO, H. A. C. e SILVA M. G. C. Tabagismo e etilismo em funcionários da Universidade Estadual do Ceará. **J Pneumol** 25(6) – nov-dez de 1999. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/jpneu/v25n6/v25n6a04.pdf>. Acesso em: 13 jan. 2014.

SILVA, R. A. da e ICHIKAWA, E. Y. A Representação Social na Esfera Pública: Percepções sobre o Funcionário Público em uma Administração Municipal. **Qualit@s Revista Eletrônica** ISSN 1677 4280 Vol.8. No 2 (2009) Disponível em: <http://revista.uepb.edu.br/index.php/qualitas/article/viewFile/573/34> 9. Acesso em: 03 jan. 2014.

SILVA, R. R. D. da; FABRIS, E. T. H. A cultura do novo capitalismo. **Educ. rev.**, Curitiba , n. 37, May 2010 . Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-40602010000200019>. Acessado em 16 de out. 2013.

SOUZA, D. P. O.; SILVEIRA FILHO, D. X. Uso recente de álcool, tabaco e outras drogas entre estudantes adolescentes trabalhadores e não trabalhadores. **Revista Brasileira de Epidemiologia** 2007; 10:276-87.

SPIANDORELLO, W. P. et al . Avaliação da participação de pequeno número de estudantes universitários em um programa de tratamento do tabagismo. **J. bras. pneumol.** São Paulo , v. 33, n. 1, Feb. 2007. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1806-37132007000100014>. Acesso em: 03 jun. 2013.

UFJF, Universidade Federal de Juiz de Fora. Disponível em: <http://ufjf.br>. Acesso em: 08 de outubro de 2014.

VALADARES, C. A. M. **A Evolução das Tecnologias e a Saúde do Trabalhador: as doenças do novo milênio**. In: GOMES, Álvaro (Org.). O trabalho no século XXI: considerações para o futuro do trabalho. São Paulo: Anita Garibaldi; Bahia: Sindicato dos Bancários da Bahia, 2001.

VENDRAMETTO, M. C.; SILVA, M. C.; GOMES, M. F.; MELLA-JÚNIOR, S. E.; MELLA, E. A. C. Prevalência de tabagismo em docentes de uma instituição de ensino superior. **Arq. Ciênc. Saúde Unipar**, Umuarama, v. 11, n. 2, p. 143-128, maio/ago. 2007. Disponível em: http://www.sumarios.org/sites/default/files/pdfs/15_27-5582-1-pb.pdf. Acesso em: 20 nov. 2013.

VIEGAS, C. A. de A. Formas não habituais de uso do tabaco. **J. bras. pneumol.**, São Paulo, v. 34, n.12, Dec. 2008. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1806-37132008001200013>. Acesso em: 03 jan. 2014.

VINCI JUNIOR, W. J. **O servidor público estatutário e a nova ordem de competência da Justiça do Trabalho estabelecida pela E.C. nº 45/04**. Publicado em

08 de Nov. 2005. Disponível em: <http://www.direitonet.com.br/artigos/exibir/2334/O-servidor-publico-estatutario-e-a-nova-ordem-de-competencia-da-Justica-do-Trabalho-estabelecida-pela-E-C-n-45-04>. Acesso em: 03 nov. 2013.

WHO, World Health Organization. **Protection from Exposure to Second-hand Tobacco Smoke**. Policy Recommendations, 2007. Disponível online em: http://www.who.int/tobacco/resources/publications/wntd/2007/pol_recommendations/en/index.html. Acesso em: 03 nov. 2013.

_____. World Health Organization. **MPOWER In Action. Who Report On The Global Tobacco Epidemic, 2011 Warning About The Dangers Of Tobacco**, 2011. Disponível em: http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789240687813_eng.pdf. Acesso em: 03 jan. 2014.

_____, World Health Organization. **MPOWER in Action Defeating the global tobacco epidemic**. 2013 (A). Disponível em: http://www.who.int/tobacco/mpower/publications/mpower_2013.pdf?ua=1. Acesso em: 17 jan. 2014.

_____, WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Who Report on the Global Tobacco Epidemic, 2013. Enforcing bans on tobacco advertising, promotion and sponsorship**, 2013(B). Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85380/1/9789241505871_eng.pdf. Acesso em: 17 jan. 2014.

WÜNSCH FILHO, F. et al. Tabagismo e câncer no Brasil: evidências e perspectivas. **Bras Epidemiol** 2010; **13(2): 175-87**. Disponível em: http://200.144.190.38/bitstream/handle/2012.1/13496/art_WUNSCH_FILHO_Tabagismo_e_cancer_no_2010.pdf?sequence=1. Acesso em: 08 jun. 2012.

ANEXOS

ANEXO 1

**PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – UFJF Nº
224/2010**



UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
PRO-REITORIA DE PESQUISA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - CEP/UFJF
36036900- JUIZ DE FORA - MG - BRASIL

Parecer nº 224/2010

Protocolo CEP-UFJF: 2141.201.2010 **FR:** 358642 **CAAE:** 0151.0.180.000-10

Projeto de Pesquisa: Trabalhadores técnicos administrativos em Educação: condições de trabalho e de vida

Pesquisador Responsável: Rosângela Maria Greco

Pesquisador Participante: Maria Teresa Bustamante Teixeira

Instituição: Universidade Federal de Juiz de Fora

Sumário/comentários:

O CEP analisou o Protocolo 2141.201.2010 e considerou que:

- O estudo apresenta embasamento teórico que sustenta os objetivos propostos, a saber: Conhecer a realidade das condições de vida e saúde dos TAE/UFJF; Descrever o perfil epidemiológico, os fatores de risco e as práticas e cuidados com a saúde dos TAE; Desenvolver pesquisas sobre aspectos socioculturais, biológicos e da organização do trabalho relacionados ao processo saúde doença; Contribuir para o aperfeiçoamento das atividades de prevenção, promoção e recuperação da saúde; Estruturar um programa permanente de pesquisa que tenha como público alvo os trabalhadores da UFJF;
- Trata-se de um estudo exploratório transversal cujos resultados serão a base para o desenvolvimento de um estudo prospectivo de coorte. O instrumento para coleta dos dados será um formulário auto-preenchível com questões estruturadas sobre: dados pessoais, hábitos de vida, história mórbida pregressa e atual, familiar, ocupacional, acidentes e condições de trabalho, será realizada também uma avaliação física dos TAE que constará de aferição de sinais vitais (pulso, temperatura, respiração e pressão arterial), bem como peso, altura e verificação do índice de massa corporal. A coleta de dados será feita em 3 fases: survey em 2011, e monitoramento prospectivo (coorte) em 2016 e em 2021. A aplicação do formulário e as avaliações físicas serão realizadas nas 52 unidades que compõe a UFJF.
- Foi apresentado documento de concordância e autorização do dirigente da Instituição.
- Há descrição do orçamento financeiro e a indicação de que as despesas do projeto serão custeadas pelo próprio pesquisador.
- O cronograma foi apresentado com indicativo de que a pesquisa começa em agosto de 2010, tendo seu término previsto para julho de 2011.
- O orçamento da pesquisa foi apresentado, os pesquisadores informam que os recursos para o custeio da pesquisa serão buscados junto a fontes de financiamento, caso não seja possível os próprios cobrirão as despesas.
- O TCLE apresenta-se numa linguagem clara e compreensível para o sujeito e informa o contato do pesquisador.
- A qualificação dos pesquisadores é pertinente para o desenvolvimento do projeto de pesquisa. Os currículos de ambos os pesquisadores foram devidamente apresentado utilizando-se o modelo Lattes/CNPq.

Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/UFJF, de acordo com as atribuições definidas na Res. CNS 196/96 manifesta-se pela aprovação do protocolo de pesquisa proposto, devendo o pesquisador entregar o relatório no final da pesquisa.

Situação: Projeto Aprovado
Juiz de Fora, 19 de agosto de 2010.

Prof. Dra. Ieda Maria Ávila Vargas Dias
Coordenadora – CEP/UFJF

RECEBI

DATA: ___/___/2010

ASS: _____

ANEXO 2

**EMENDA AO PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA –
UFJF Nº 224/2010**



UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
PRO-REITORIA DE PESQUISA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - CEP/UFJF
36036900- JUIZ DE FORA - MG - BRASIL

Emenda ao Parecer nº 224/2010

Protocolo CEP-UFJF: 2141.201.2010 **FR:** 358642 **CAAE:** 0151.0.180.000-10

Projeto de Pesquisa: Trabalhadores técnicos administrativos em Educação: condições de trabalho e de vida

Pesquisador Responsável: Rosangela Maria Greco

Pesquisador Participante: Maria Teresa Bustamante Teixeira

Data prevista para término da primeira etapa da pesquisa: Julho de 2014.

Instituição: Universidade Federal de Juiz de Fora

Comentário:

Diante do exposto o Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/UFJF de acordo com as atribuições definidas na Res. CNS 466/12, manifesta-se pela APROVAÇÃO a solicitação de prorrogação no cronograma ao estudo supracitado considerando a justificativa apresentada. Informa que o documento da referida solicitação será anexado ao projeto e arquivado no CEP. Vale lembrar ao pesquisador responsável pelo projeto, o compromisso de envio ao CEP de relatórios parciais e/ou total de sua pesquisa informando o andamento da mesma, comunicando também eventos adversos e eventuais modificações no protocolo.

Situação: Emenda ao projeto Aprovada.
Juiz de Fora, 14 de agosto de 2013.

Prof. Dr. Paulo Cortes Gago
Coordenador do CEP/UFJF

RECEBI

DATA: ___/___/2013.

ASS: _____

ANEXO 3

**FORMULÁRIO DO I INQUÉRITO SOBRE CONDIÇÕES DE
TRABALHO E DE VIDA DOS TRABALHADORES DA UFJF**