UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

INGRID RENY RIBALDO

**Uso de tabaco, estresse e fatores associados entre trabalhadores de uma
universidade pública**

Ribeirão Preto
2011

INGRID RENY RIBALDO

**Uso de tabaco, estresse e fatores associados entre trabalhadores de uma
universidade pública**

Dissertação de Mestrado apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Mestre em Ciências, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Psiquiátrica.

Linha de Pesquisa: Uso e Abuso de Álcool e Drogas

Orientadora: Profa. Dra. Edilaine Cristina da Silva Gherardi-Donato

Ribeirão Preto
2011

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTES
TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA
FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Ficha Catalográfica

RIBALDO, I. R.

Uso de tabaco, estresse e fatores associados entre trabalhadores de uma universidade pública. Ribeirão Preto, 2011.
103 f. il., 30cm.

Dissertação de Mestrado apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP para a obtenção do título de Mestre – Área de Concentração: Enfermagem Psiquiátrica.

Orientador(a): Gherardi-Donato, Edilaine Cristina da Silva.

1. Estudos transversais; 2. Tabagismo; 3. Estresse psicológico; 4. Saúde do trabalhador.

RIBALDO, Ingrid Reny

Uso de tabaco, estresse e fatores associados entre trabalhadores de uma universidade pública

Dissertação de Mestrado apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Mestre em Ciências junto ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Psiquiátrica.

Data da Aprovação://

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra.	<u>Edilaine Cristina da Silva Gherardi-Donato</u>
Instituição:	<u>Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP</u>
Assinatura	<u></u>

Prof. Dr.	<u></u>
Instituição:	<u></u>
Assinatura	<u></u>

Prof. Dr.	<u></u>
Instituição:	<u></u>
Assinatura	<u></u>

AGRADECIMENTOS

A Deus, pela vida;

Aos meus pais, Josiane e Joaquim, por tudo;

Aos meus irmãos, Isabelle e Iohan, pelo carinho;

Ao meu namorado, André, pelo incentivo;

À minha amiga e companheira de trajetória, Míriam, pela cumplicidade e parceria;

Às minhas amigas Adriana, Ana Paula, Juliana e Ana Carolina, pelo apoio;

À minha família e colegas, pela torcida;

Aos trabalhadores estudados, pela disposição;

À Capes, pela oportunidade;

À professora Edilaine, pela inspiração;

Aos professores Rodrigo, Clarissa e Emilene, pela colaboração;

Aos professores, funcionários e alunos da EERP-USP, pela consideração.

Obrigada por fazerem parte desse sonho que finalmente se realizou.

*"É melhor tentar e falhar,
que preocupar-se e ver a vida passar;
é melhor tentar, ainda que em vão,
que sentar-se fazendo nada até o final.
Eu prefiro na chuva caminhar,
que em dias tristes em casa me esconder.
Prefiro ser feliz, embora louco,
que em conformidade viver ..."*

Martin Luther King

RESUMO

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

Introdução: O tabagismo é um dos mais importantes problemas de saúde pública; sabe-se também que o uso de tabaco passou a ser considerado uma condição prevenível e potencialmente tratável. O fumo está associado à perda de saúde e estudos têm salientado a importância de conhecer não apenas a magnitude do problema do consumo de tabaco, mas também conhecer os fatores associados ao consumo. No Brasil há uma carência de estudos que possibilitam conhecer e relacionar a prevalência de tabagismo a outros indicadores. Acredita-se que as ações de intervenção preventivas no ambiente de trabalho são impactantes na redução das consequências negativas do uso e abuso de substâncias e do estresse laboral. Assim, conhecer os fatores de risco do consumo de tabaco, em relação às características sociodemográficas e econômicas, de trabalho e condições de saúde (incluindo estresse laboral) entre servidores da categoria “técnico-administrativos” de uma universidade pública, torna o presente estudo relevante para a emergência de conhecimento científico, pois pode sustentar futuras pesquisas de intervenção. **Objetivos:** Identificar a prevalência de consumo de tabaco e testar sua associação com variáveis sociodemográficas, econômicas, de trabalho e de condições de saúde entre servidores públicos universitários. **Material e Método:** Trata-se de estudo epidemiológico, descritivo-exploratório, tipo corte transversal, do qual participaram 925 servidores técnico-administrativos de uma universidade pública do interior do Estado de São Paulo. A coleta de dados foi realizada por meio da aplicação de três instrumentos: Questionário de dados sociodemográficos, econômicos e características do trabalho, Questionário de Uso do Tabaco e Dependência de Fagerström e Job Stress Scale (JSS). Foram realizadas: análise descritiva das características da amostra e Odds Ratio (OR), como medida de associação estimada por meio das análises de regressão logística bivariada e multivariada, sendo utilizado o modelo hierarquizado criado para a entrada das variáveis. Para o controle das variáveis de confusão foram mantidas aquelas com $p \leq 0,20$. Foram consideradas significantes as associações com $p \leq 0,05$. **Resultado:** Essa população é composta, em sua maioria, por mulheres com idade entre 40 e 49 anos; são casados e moram com alguém (com os filhos, na maioria dos casos); recebem mensalmente de um a dois salários mínimos; possuem escolaridade acima do nível médio concluído; são praticantes de algum tipo de

religião e fazem uso de bebidas alcoólicas. No trabalho, a maioria exerce função de nível médio e há em alguns casos uma inadequação ao relacionar escolaridade e nível exercido na instituição; e trabalham há mais de 11 anos na instituição. Sobre estresse no trabalho, observou-se que a população em geral não sofre estresse no trabalho e que o suporte social recebido é de nível intermediário. Uma porcentagem significativa da população faz uso de tabaco, e em sua maioria gostaria de parar de fumar. A maioria dos ex-tabagistas deixou o hábito há mais de 10 anos. Quanto à dependência nicotínica, ainda encontram-se na população pessoas que têm uma dependência muito elevada. Foi verificada uma chance maior para o uso de tabaco nessa população, com mais de 50 anos e ensino fundamental completo, tempo de vínculo no trabalho entre 6 e 20 anos, ser solteiro, ter filhos e morar com eles, e fazer uso de álcool. **Conclusão:** O presente estudo permitiu uma caracterização bastante específica da população em questão, evidenciando características com maior nível de associação ao uso de tabaco. Assim, entende-se que qualquer tipo de ação a ser desenvolvida junto à população de estudo, com vistas à promoção e prevenção relacionadas ao uso de tabaco no ambiente de trabalho, deva considerar tais características.

Descritores: Estudos transversais; Tabagismo; Estresse psicológico; Saúde do trabalhador.

SUMMARY

Ribaldo, I. R. **Tobacco use, stress and associated factors among workers in a public university**. 2011. 103 pages. Thesis (Master in Nursing) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2011.

Introduction: Smoking is one of the most important public health concerns and it has become widely known that the use of tobacco is considered a preventable and potentially treatable condition. Smoking is related to loss of health and many studies emphasize the importance of knowing not only the magnitude of the consumption of tobacco, but also the factors related to its consumption. In Brazil the need to study this habit in a way to enable increase the knowledge about the subject and relate the prevalence of smoking with other indicators is still unmet. It is believed that preventive interventional actions in the work environment impact the reduction of negative consequences related to the use and abuse of substances and work-related stress. Therefore, the need to enhance the knowledge about the risk factors of the consumption of tobacco against social-demographic and economic characteristics, as well as work and health condition factors (including work-related stress) among the collaborators of a technical-administrative category in a public university is what makes this a relevant study to the scientific world, since it may support future interventional researches. **Objectives:** To identify the prevalence of tobacco consumption and test its association with social-demographic, economic, work, and health variables among public university collaborators. **Materials and Method:** This is an epidemiological, descriptive-exploratory, cross-sectional study in which 925 technical-administrative workers of a public university from the countryside of the State of Sao Paulo were enrolled. Data collection was conducted through the application of three tools: Social-demographic, economic, and work characteristics questionnaires, Fagerström Test for Nicotine Dependence, and Job Stress Scale (JSS). A descriptive analysis of the sample characteristics was conducted and the Odds Ratio (OR) was applied as an association measurement, estimated through a dual and multivariate logistic regression analysis, being the hierarchical model used for variables input. For variables confusion control, those with $p \leq 0.20$ were kept. Associations with $p \leq 0.05$ were deemed significant. **Result:** This population consists mostly of women, between 40 and 49 years of age, married, living with somebody (children, most of the time), earning monthly incomes equivalent to one to two minimum wages, at least with a high school diploma, following some kind of religion, and using alcoholic beverage. At work, most of them have a

medium-level occupation - in some cases, it was not possible to correlate the educational level to the work exercised in the institution; and they work for over 11 years at this institution. Regarding work stress, the studied population usually does not suffer from this problem, and the social support they receive is considered of intermediary level. A significant percentage of the population uses tobacco and the majority of them would like to quit. Most former smokers have quit the habit for over 10 years. Regarding nicotine dependence, some members of this population were found to be highly dependable on that substance. Higher chance of using tobacco was observed among this population, in subjects of over 50 years of age, with elementary school diploma, working at the institution for 6 to 20 years, single, with children (and living with them), and making use of alcohol. **Conclusion:** This study enabled a very specific characterization of this population, being that these characteristics showed a higher level of association with the use of tobacco. Therefore, we understand that any kind of action to be developed together with the study population, in order to promote and prevent the use of tobacco in the workplace, must take into account these characteristics.

Key words: Cross-sectional studies; smoking; psychological stress; occupational health.

RESUMEN

Ribaldo, I. R. **Consumo de tabaco, estrés y factores asociados en los trabajadores en una universidad pública.** 2011. 103 hojas. Disertación (Maestrazgo en Enfermería) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2011.

Introducción: El tabaquismo es uno de los más importantes problemas de salud pública, también se sabe que el consumo de tabaco se considera ahora como una condición prevenible y potencialmente tratable. El tabaquismo se asocia con la pérdida de salud; estudios han destacado la importancia de conocer no sólo la magnitud del problema del consumo de tabaco, sino también conocer los factores asociados con el uso. En Brasil hay una falta de estudios que posibilitan conocer y relacionar la prevalencia del tabaquismo con otros indicadores. Se cree que las acciones de intervención preventivas en el ambiente de trabajo sean impactantes en la reducción de las consecuencias negativas del uso y abuso de sustancias, y del estrés laboral. Por lo tanto, conocer los factores de riesgo del consumo de tabaco con relación a las características sociodemográficas y económicas, de trabajo y condiciones de salud (incluido el estrés laboral) entre los servidores de la categoría técnico-administrativa de una universidad pública, hace que el presente estudio sea relevante para el surgimiento del conocimiento científico, ya que el mismo puede apoyar futuras investigaciones de intervención. **Objetivos:** Identificar la prevalencia del consumo de tabaco y probar su asociación con variables sociodemográficas, económicas, de trabajo y de condiciones de salud entre servidores públicos universitarios. **Material y Método:** Este es un estudio epidemiológico, descriptivo y exploratorio, tipo de corte transversal en el que participaron 925 servidores técnico-administrativos de una universidad pública del interior del Estado de São Paulo. La recolección de datos se realizó mediante la aplicación de tres instrumentos: Cuestionario de datos sociodemográficos, económicos y características del trabajo, el Cuestionario de Uso del Tabaco y Dependencia de Fagerström y *Job Stress Scale* (JSS). Se realizó un análisis descriptivo de las características de la muestra y *Odds Ratio* (OR) como medida de asociación, estimado por el análisis de regresión logística bivariado y multivariado, utilizando el modelo jerárquico creado para la entrada de las variables. Para el control de las variables de confusión se mantuvieron aquellas con $p \leq 0,20$. Se consideraron significativas las asociaciones con $p \leq 0,05$. **Resultado:** Esta población está compuesta principalmente por mujeres, con edades entre 40 y 49 años, están casadas y viven con alguien (con los hijos en la mayoría de los casos), reciben mensualmente de uno a dos salarios

mínimos, tienen escolaridad por encima del nivel medio concluido, practican alguna forma de religión y hacen uso de bebidas alcohólicas. En el trabajo, la mayoría ejerce función de nivel medio y, en algunos casos, hay una inadecuación al relacionar escolaridad y nivel ejercido en la institución y trabajan hace más de 11 años en la institución. Sobre estrés en el trabajo, se observó que la población en general no sufre estrés en el trabajo y que el soporte social que reciben es de nivel intermediario. Un porcentaje significativo de la población hace uso de tabaco, y en su mayoría le gustaría parar de fumar. La mayoría de los ex fumadores dejó el hábito hace más de 10 años. En cuanto a la dependencia nicotínica, aún hay en la población personas que tienen una dependencia muy elevada. Se observó una mayor chance para el uso de tabaco en esta población, tener más de 50 años, con enseñanza fundamental completa, tiempo de vínculo en el trabajo entre 6 y 20 años, ser soltero, tener hijos y vivir con ellos y hacer uso de alcohol. **Conclusión:** El presente estudio posibilitó una caracterización muy específica de la población en cuestión, evidenciando características con mayor nivel de asociación con el uso de tabaco. Por lo tanto, se entiende que cualquier tipo de acción que sea desarrollada junto a la población de estudio, teniendo en cuenta la promoción y prevención relacionadas con el consumo de tabaco en el ambiente de trabajo, deberá considerar estas características.

Palabras descriptivas: Estudios transversales; Tabaquismo; Estrés psicológico; Salud laboral.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Esquema do modelo demanda-controle de Karasek	43
Figura 2: Modelo Teórico Hierárquico.....	51

LISTA DE TABELAS

Tabela 1.	Perfil da amostra de servidores da categoria "técnico-administrativos" do campus universitário, de acordo com as variáveis sociodemográficas e econômicas. Ribeirão Preto – SP, 2010.....	54
Tabela 2.	Distribuição da amostra de servidores da categoria "técnico-administrativos" do campus universitário, segundo características relacionadas ao ambiente de trabalho, Ribeirão Preto – SP, 2010.	55
Tabela 3.	Distribuição do nível da função exercida em relação à escolaridade da amostra de servidores técnico-administrativos do campus universitário. Ribeirão Preto – SP, 2010(n = 925)*	56
Tabela 4.	Distribuição das características sobre “Demanda de Atividades” com base na <i>Job Stress Scale (JSS)</i> entre servidores técnico-administrativos do campus universitário. Ribeirão Preto – SP, 2010	57
Tabela 5.	Distribuição das características sobre “Controle de Atividades” com base na <i>Job Stress Scale (JSS)</i> entre servidores técnico-administrativos do campus universitário. Ribeirão Preto – SP, 2010.	58
Tabela 6.	Distribuição das características sobre “Apoio Social” com base na <i>Job Stress Scale (JSS)</i> entre servidores técnico-administrativos do campus universitário. Ribeirão Preto – SP, 2010.	59
Tabela 7.	Distribuição das pontuações da <i>Job Scale Stress (JSS)</i> com base nas dimensões entre servidores técnico-administrativos do campus universitário. Ribeirão Preto – SP, 2010.	60
Tabela 8.	Distribuição das categorias por escore nas dimensões demanda, controle e suporte social entre servidores técnico-administrativos do campus universitário. Ribeirão Preto – SP, 2010.	60
Tabela 9.	Níveis de Exposição ao Estresse no trabalho com base na <i>Job Stress Scale</i> entre servidores técnico-administrativos do campus universitário. Ribeirão Preto – SP, 2010.	61
Tabela 10.	Distribuição das variáveis sobre o uso de tabaco e dependência entre servidores técnico-administrativos do campus universitário. Ribeirão Preto – SP, 2010.....	62
Tabela 11.	Distribuição das variáveis sobre ex-tabagistas entre servidores técnico-administrativos do campus universitário. Ribeirão Preto – SP, 2010.	62
Tabela 12.	Distribuição das questões do questionário de tolerância de Fagerström entre servidores técnico-administrativos do campus universitário. Ribeirão Preto – SP, 2010.	63
Tabela 13.	Distribuição dos graus de dependência propostos por Fagerström entre servidores técnico-administrativos do campus universitário. Ribeirão Preto – SP, 2010.....	64
Tabela 14.	Análises bivariadas (brutas) e multivariadas (ajustado) dos dados sociodemográficos, econômicos, do trabalho e do consumo de bebida alcoólica em relação ao uso de tabaco entre servidores técnico-administrativos do campus universitário. Ribeirão Preto – SP, 2010.	65

LISTA DE ABREVIATURAS OU SIGLAS

CCRP.....	Coordenadoria do Campus de Ribeirão Preto
CEP-EERP/USP.....	Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP
CID.....	Código Internacional de Doenças
CIRP.....	Centro de Informática de Ribeirão Preto
CREMESP.....	Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo
CSE-FMRP.....	Centro de Saúde Escola
ECA – USP de São Paulo..	Departamento de Música de Ribeirão Preto da Escola de Comunicação e Artes de São Paulo
ECEU-FMRP.....	Espaço de Cultura e Extensão Universitária
EERP.....	Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto
EUA.....	Estados Unidos da América
FCFRP.....	Faculdade de Ciências Farmacêuticas de Ribeirão Preto
FEARP.....	Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade de Ribeirão Preto
FFCLRP.....	Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto
FMRP.....	Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto
FORP.....	Faculdade de Odontologia de Ribeirão Preto
HCRP-FMRP.....	Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto
HSE.....	Health and Safety Executive
Inca.....	Instituto Nacional do Câncer
JSS.....	Job Stress Scale
MS.....	Ministério da Saúde
NIOSH.....	National Institute for Occupational Safety and Health
QSDE.....	Questionário de Dados Sociodemográficos e Econômicos
QTF.....	Questionário de Tolerância de Fagerström
TCLE.....	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS-FMRP.....	Unidade Básica de Saúde Dom Pedro I
USP.....	Universidade de São Paulo

APRESENTAÇÃO

Meu interesse na área de estudo (enfermagem psiquiátrica) se iniciou ainda antes da graduação. Sempre tive curiosidade em entender o comportamento humano, sua formação, seus hábitos, suas características e relações nos diferentes níveis.

Ao escolher uma profissão para minha vida, optei por uma que fosse relacionada ao cuidado com o próximo, e assim escolhi fazer Enfermagem.

Na faculdade, desde o primeiro ano comecei a frequentar grupos de estudo, serviços de saúde, extensão na comunidade e pesquisar a área de saúde mental.

A vontade de aprender mais e mais não cessou, e assim surgiu a oportunidade de fazer um mestrado na área de saúde mental com um olhar voltado a conhecer a comunidade de trabalhadores da USP, seus vícios e vicissitudes.

Desde então o trabalho vem sendo feito em companhia de pessoas muito especiais e que têm o mesmo interesse que o meu, com olhar voltado a encontrar não problemas nessa comunidade, mas sim soluções, as quais estão relacionadas desde o trabalho com drogas lícitas, como também a minimizar o estresse no trabalho.

Esta dissertação, intitulada “Uso de tabaco, estresse e fatores associados entre trabalhadores de uma universidade pública”, vem ao encontro da realização de um sonho não só pessoal, como uma aproximação com a comunidade a receber trabalhos de extensão que respondam aos problemas encontrados na pesquisa.

Essa experiência foi única e a participação desses trabalhadores foi de grande valia para a composição deste trabalho.

Ao conhecer os danos causados pelo fumo e a alta prevalência de fumantes na população brasileira, relacionando-os com estressores ocupacionais e fatores associados, busco nesta pesquisa chamar a atenção da comunidade científica para essa ampla e rica área de estudo em que se constitui o ambiente de trabalho.

Sendo assim, segue o trabalho que foi gentilmente escrito para você, leitor.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	19
1.1 Revisão da Literatura	20
1.1.1 Tabagismo – aspectos históricos e fisiológicos	20
1.1.2. Tabagismo – cenário atual	22
1.1.3 Tabagismo e o ambiente de trabalho	25
1.1.4 Tabagismo e estresse	26
1.1.5 Estresse – aspectos históricos e fisiológicos	27
1.1.6 Estresse – definição	29
1.1.7 Estresse e ambiente de trabalho	30
2 JUSTIFICATIVA	33
3 OBJETIVOS	35
3.1 Objetivo geral	36
3.2 Objetivos específicos	36
4 MATERIAL E MÉTODO	37
4.1 Tipo de Estudo	38
4.2 Local do Estudo	38
4.2.1 Caracterização do Campus da USP de Ribeirão Preto	38
4.3 População do Estudo	38
4.4 Instrumentos para a coleta dos dados	39
4.4.1 Questionário de Dados Sociodemográficos e Econômicos (QSDE)	40
4.4.2 Questionário de Uso do Tabaco e Dependência de Fagerström	40
4.4.2.1 Questões complementares acerca do Consumo de Tabaco	41
4.4.3 Questionário sobre condições de saúde	42
4.4.3.1 Escala de Estresse no Trabalho – Job Stress Scale (JSS)	42
4.4.3.2 Consumo de álcool atualmente	45
4.5 Variáveis em estudo	45
4.5.1 Descrição das Variáveis Dependentes – o desfecho	45
4.5.2 Descrição das Variáveis Independentes ou Exploratórias	45
4.6 Coleta de Dados	47
4.7 Considerações éticas	48
4.8 Apoio financeiro	49

4.9 Processamento e Análise dos dados.....	49
5 RESULTADOS	52
5.1 Características Sociodemográficas e Econômicas	53
5.2 Características do Ambiente de Trabalho.....	55
5.3 Características Relacionadas ao Estresse no Trabalho	56
5.4 Características Relacionadas ao Consumo e Dependência de Cigarros em Fumantes	61
5.5 Análises bivariada e multivariada	64
6 DISCUSSÃO	67
7 CONCLUSÃO.....	77
8 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	80
9 APÊNDICES	92
10 ANEXO.....	101

"As drogas, são produtos químicos sem alma: não falam, não pensam e não simbolizam. Isto é coisa de humanos. Drogas, isto não me interessa. Meu interesse é pelos humanos e suas vicissitudes."

Antonio Nery Filho

1 INTRODUÇÃO

1 INTRODUÇÃO

1.1 Revisão da Literatura

1.1.1 Tabagismo – aspectos históricos e fisiológicos

O tabagismo é um dos mais importantes problemas de saúde pública característico apenas da espécie humana, sendo considerado um comportamento complexo que recebe vários tipos de influências externas (estímulos ambientais, ações biológicas da nicotina, condicionamentos psicossociais) que podem ser estimuladas por publicidade, facilidade de aquisição da droga, hereditariedade, exemplo dos pais, tendências pessoais, entre outros (ARAÚJO et al., 2004).

O tabaco teve difusão no início do século XIX e após a 2ª Guerra Mundial seu consumo aumentou, consumo que teve início nas décadas de 50 e 60 do século passado, atingindo seu pico na década de 70 (MARQUES et al., 2001).

Sabe-se que nas Américas o tabaco é empregado há milhares de anos sob diversas formas relacionadas a aspectos culturais, místicos e sociais; já nas sociedades modernas seu uso advém de prazer social por seus efeitos estimulantes, culminando em dependência a longo prazo e consequências crônicas à saúde (USA, 1992).

Desde o início do século 20, a indústria brasileira começou a produzir cigarros estimulando o mercado consumidor, associando o hábito de fumar a um padrão de vida mais elevado, difundindo seu consumo ainda mais (ROMERO e COSTA E SILVA, 2011).

Em 1988, um relatório norte-americano concluiu que o cigarro e outras formas de tabaco geram dependência; a nicotina é que causa dependência e os processos farmacológicos e comportamentais que determinam essa dependência são similares àqueles que determinam dependência de outras drogas (US, 1999).

O cigarro, pela extensão de seu uso, é a forma mais importante e conhecida de utilização do tabaco (DALRI, 2006).

Ao se tratar da atuação farmacológica da nicotina, pode-se inferir que tragar um cigarro produz um rápido efeito estimulante no sistema nervoso central, o que proporciona ao

usuário uma sensação de relaxamento e calma, aumentando o estado de alerta, melhorando a atenção, concentração e memória em animais (HEISHMAN et al., 1994).

Observa-se também que o uso constante de tabaco leva ao desenvolvimento de tolerância e dependência, estabelecendo um padrão típico de consumo diário. Estima-se que 60% daqueles que venham a fumar por mais de 6 semanas continuarão fumando por mais 30 anos (MARQUES et al., 2001). A literatura registra o que influencia diretamente no aumento do risco de adoecer ao fumar: a precocidade do início do uso, a quantidade de cigarros fumados ao dia e a profundidade da inspiração ao fumar (FIELDING, 1986).

Em termos comportamentais, os efeitos estimulantes da nicotina resultam em melhor atenção, aprendizagem, tempo de reação, capacidade para solução de problemas, melhora do humor e diminuição da tensão, pois atua como relaxante dos músculos esqueléticos, proporcionando uma sensação momentânea de prazer, que se expressa como um reforço positivo ao uso da substância. Contudo, além de ser uma substância tóxica de efeitos cumulativos e colaterais importantes, a longo prazo provoca uma redução do fluxo sanguíneo cerebral (KAPLAN, 1997).

Teorias vêm sendo utilizadas para explicar a etiologia do abuso e dependência de substâncias, desenvolvida por determinadas pessoas. As teorias psicossociais, focadas nos relacionamentos com a família e com a sociedade em geral, indicam que os papéis sociais que as pessoas desempenham na sociedade são uma das razões para o desenvolvimento de padrões de abuso e dependência de substâncias (KAPLAN, 1997). Alguns autores acreditam que deva existir, além dos fatores já descritos, uma nocividade social nos contextos familiar (produzindo conflitos de relação, abandono de responsabilidade, etc.), laboral (diminuição do rendimento, absenteísmo, etc.) ou pessoal (deterioração socioeconômica, delitos, etc.) (MORAL e LORENZO, 2003).

Dados mostram que cerca de 80% dos fumantes desejam parar de fumar, porém apenas 3% desse total conseguem sem nenhum tipo de ajuda. Para conseguir deixar o hábito de fumar, os demais sujeitos necessitam de algum apoio formal, havendo portanto, em alguns casos, a necessidade de ajuda profissional e também medicamentosa para a cessação do uso. Sabe-se que para eliminar o hábito de fumar deve-se considerar que existem fatores dificultadores e riscos de recaída, porém ainda o fator mais decisivo para deixar o hábito é a motivação individual (ARAÚJO et al., 2004).

Geralmente o consumo de tabaco se inicia na adolescência, perdurando pela vida do indivíduo. Os fumantes, em sua maioria, relutam em procurar ajuda, e quando procuram ainda encontram algumas barreiras, como falta de serviços e profissionais capacitados para atendê-los. No Brasil, têm-se como aliados o Ministério da Saúde (MS) e o Instituto Nacional do Câncer (Inca), junto com unidades de saúde trabalhando no Programa de Cessação do Tabagismo, intervindo e prevenindo o uso de cigarro.

Sabe-se que o uso de tabaco passou a ser considerado uma condição prevenível e potencialmente tratável (LESHNER, 1997).

1.1.2. Tabagismo – cenário atual

O fumo está associado à perda de saúde, e isto pode ser observado em achados na literatura relacionando o hábito de fumar a doenças e causas de morte.

A dependência do tabaco expõe seus usuários a 4.720 substâncias tóxicas, e isto torna o ato de fumar um fator de risco, o que leva a cerca de aproximadamente 50 doenças diferentes, destacando-se as doenças cardiovasculares, o câncer e as doenças respiratórias obstrutivas crônicas (OMS, 2008).

O tabagismo está inserido no Código Internacional de Doenças (CID) e é definido como uma doença crônica e com múltiplas recaídas.

Segundo estimativas do Instituto Nacional do Câncer (BRASIL, 2011), no Brasil ocorrem 200.000 mortes por ano associadas ao tabagismo, ou seja, 23 pessoas morrem a cada hora por doenças associadas ao uso de tabaco (FAGERSTRÖM, 2002; BRASIL, 2002).

No panorama mundial é observado o uso de tabaco em ambos os sexos, sendo que de 1,3 bilhão de fumantes no mundo, aproximadamente um bilhão é do sexo masculino e 50% destes residem em países em desenvolvimento. Encontra-se também nesses países uma maior tendência de aumento de tabagismo entre as mulheres (ARAÚJO et al., 2004).

Em estudo realizado em uma cidade do interior do Estado de São Paulo foi observado que em torno de um terço da população adulta era fumante, e que mesmo na população jovem adulta o hábito era bastante frequente. Foi evidenciado também que homens não apenas fumam mais, como também com maior frequência, consumindo maior número de cigarros (LOLIO et al., 1993).

Segundo levantamentos da literatura, o Brasil possui uma posição de destaque quando se fala de exportação e produção do fumo; faz-se, portanto, uma relação entre o baixo custo e o alto consumo de tabaco nessa população. (ARAÚJO et al., 2004).

No Brasil, o índice de consumo de cigarro está inversamente relacionado ao preço real médio do produto, e sabe-se também que mais de 30 milhões de jovens adultos e adultos são fumantes, sendo em sua maioria, homens moradores de zonas urbanas (MIRRA et al., 1997).

Segundo dados dos Inquéritos dos Sistemas Nacional de Vigilância do Tabagismo da Organização Mundial da Saúde, realizados no Brasil entre 2002 e 2009, 17,2% da população brasileira com 15 anos ou mais, isto é, cerca de 25 milhões de pessoas são usuárias de tabaco fumado.

Comparando o percentual de fumantes no Brasil, este ainda é considerado alto em relação a países da América Latina, como o Paraguai (prevalência de 15%) (OPAS, 1998). Ao comparar as regiões brasileiras, apresenta alta prevalência de fumantes a Região Sul (19% dos habitantes). Outras regiões do País apresentam prevalências, tais como a Região Norte, 17,2%; a Região Nordeste, 17,8%; a Região Sudeste, 16,9%, e a Região Centro-Oeste, com 16,9% (BRASIL, 2009).

A Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo, em 1999 realizou um estudo transversal e observou que há uma prevalência de 17% de fumantes em idade adulta numa avaliação de 20 mil indivíduos em 19 cidades do Estado (CARVALHO, 2007). Ainda em outro estudo realizado na área metropolitana da Grande São Paulo, encontrou-se prevalência de 24% de fumantes em pessoas com 40 anos ou mais (GALDURÓZ et al., 1999).

O tabaco causa várias doenças que levam à morte, matando metade de seus consumidores, aproximadamente três milhões de óbitos por ano. Por isso, ao deixar de fumar, o indivíduo aumenta sua esperança de vida três vezes mais do que ao controlar a pressão arterial, ou quase dez vezes mais do que ao reduzir os níveis de colesterol (DOLL et al., 1994).

É sabido que uma das estratégias para reduzir as mortes relacionadas ao tabaco é encorajar o envolvimento de profissionais de saúde no aconselhamento da prevenção e cessação do tabagismo (SZKLO et al., 2011).

Estudos têm apontado que há riscos não somente aos fumantes de adoecerem, como também para os fumantes passivos (RONCHETTI et al., 1990). Nos EUA, estima-se que a exposição à poluição tabagística ambiental é responsável por 50.000 mortes anuais de não

fumantes, enquanto no Reino Unido morrem perto de 12.000 pessoas por ano devido ao tabagismo passivo (CAVALCANTE, 2005).

Com certeza inúmeras pessoas são submetidas à poluição ambiental, e dentre os vários tipos de poluição do ambiente tem-se como fator de grande importância a fumaça do cigarro. Um dos grandes problemas discutidos atualmente não apenas na área da saúde, mas também na área legislativa, é sobre o uso passivo dessa substância por pessoas que estão próximas a fumantes ou em locais onde o seu uso é permitido. Os fumantes passivos sofrem consequências como: irritação dos olhos e das vias aéreas superiores, problemas alérgicos, redução da capacidade respiratória, infecções respiratórias, aumento do risco de aterosclerose, infarto do miocárdio e câncer (WHO, 2007).

No Brasil observam-se campanhas antifumo realizadas nos últimos anos, não apenas campanhas publicitárias, como também a implantação de leis que restringem o uso de tabaco em locais determinados. Um exemplo disto é a Lei Antifumo de 2009, sancionada pelo governador do Estado de São Paulo, que limita o fumo em lugares públicos de uso coletivo e privados, total ou parcialmente fechados. Não obstante as dificuldades ainda encontradas por ser este um País produtor de tabaco, estar em desenvolvimento e ter que lidar com campanhas publicitárias sofisticadas, há indicadores de avanço, por exemplo, a queda do consumo anual *per capita* de cigarros, encontrada no inquérito nacional entre 1980 e 2004 (CAVALCANTE, 2005).

Tem-se como primeira Lei Federal de controle do tabagismo no Brasil, de nº 7.488, de 11 de junho de 1986, a qual determina ao Poder Executivo, por meio do Ministério da Saúde, promover anualmente, na semana que anteceder o dia 29 de agosto – declarado Dia Nacional de Combate ao Fumo – uma campanha de âmbito nacional que vise a alertar a população para os malefícios advindos do uso do fumo (ROMERO e COSTA E SILVA, 2011).

A literatura tem salientado a importância de se conhecer não somente a magnitude do problema do consumo de tabaco, mas também os fatores associados a esse consumo, a fim de dirigir ações educativas e avaliar a influência desses fatores no padrão de consumo (NUÑO-GUITIÉRREZ et al., 2005), pois pesquisas ainda mostram uma carência de estudos que possibilitem comprovar a relação do tabagismo com dados comportamentais, em especial, relacionados ao ambiente de trabalho (RIBEIRO et al., 1999).

1.1.3 Tabagismo e o ambiente de trabalho

Tem-se observado uma preocupação maior das pessoas em relação à qualidade de vida, o que inclui seu ambiente de trabalho, e esta situação assumida pelo indivíduo não influencia somente a si próprio ou seus familiares, como também a coletividade (RIBEIRO et al., 1999).

Atualmente, as empresas brasileiras possuem pouca atuação na saúde do trabalhador 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 queda na produção do indivíduo.

O consumo de drogas por trabalhadores engloba drogas lícitas e ilícitas; dentre as lícitas têm-se o álcool e o tabaco em maior destaque nos estudos hoje encontrados.

O ambiente tem sido considerado como fator de risco ou de proteção para o aumento ou a redução da probabilidade do uso de substâncias psicoativas, encontrando-se aí os atributos individuais e os ambientes familiar, escolar e de trabalho (YUSTE, 2003). Neste sentido, estudos têm evidenciado que a exposição a conflitos interpessoais e familiares, perdas significativas e experiências sexuais conflituosas, problemas escolares, etc., estão relacionados a uma probabilidade maior de consumo de drogas, por serem situações acompanhadas por elevada carga de estresse emocional (ARELLANEZ-HERNÁNDEZ et al., 2004).

Estudo realizado na Universidade Federal de São Paulo evidenciou que funcionários apresentam maior prevalência de uso de tabaco do que estudantes e docentes (RIBEIRO et al., 1999).

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

Países desenvolvidos proíbem em sua legislação o uso de cigarros em locais coletivos, como praças, ruas e locais de trabalho. Esta medida cautelar ajuda a abandonar o hábito e a reduzir o número de cigarros fumados (WAKEFIELD et al., 1992; JEFFERRY et al., 1994). A qualidade do ar que se respira, além da adesão ou não ao tabagismo, influenciam na qualidade de vida humana (MARANO, 1995).

Tem-se como estratégia a ser utilizada para reduzir o tabagismo e o número de fumantes, a implantação de programas de promoção à saúde em locais de trabalho, já que este ambiente tem sido apontado como favorável à modificação de hábitos, pois os trabalhadores passam a maior parte do dia nesse local, permitindo a possibilidade de realizar ações educativas, com a consequente redução de gastos com doenças (VENDRAMETTO et al., 2007).

Segundo o Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (CREMESP), menos de 5% das empresas brasileiras têm algum tipo de programa de prevenção; em contrapartida, em países desenvolvidos como Canadá, França, Estados Unidos e Inglaterra, esse índice chega a 90% (BRASIL, 2008).

Na acepção de Dalri (2006), as instituições privadas e públicas devem proteger seus trabalhadores e o ambiente no qual eles trabalham, desenvolvendo políticas para controle do tabagismo.

Além do trabalho em si, outros fatores determinam o desempenho do indivíduo no ambiente de trabalho: salário e condições físicas da empresa, o que se reverte numa melhor ou pior satisfação, produtividade, compromisso, engajamento e qualidade de vida (BOM SUCESSO, 1998).

Verifica-se ainda no Brasil uma carência de estudos que possibilitem conhecer e relacionar a prevalência de tabagismo a outros indicadores como, por exemplo, dados socioepidemiológicos, comportamentais, sobretudo no ambiente de trabalho, e que seja possível usar esses dados para incentivar campanhas institucionais (VENDRAMETTO et al., 2007).

1.1.4 Tabagismo e estresse

O uso do tabaco também é conhecido na literatura como uma forma de diminuir o estresse, e é notório que fumar é uma estratégia de enfrentamento ao estresse vivenciado pelo indivíduo, onde o consumo se eleva à medida que o estresse aumenta. O fumo está diretamente relacionado à percepção do estresse na vida cotidiana da pessoa, sendo que os fumantes manifestam maior nível de estresse do que os não fumantes (CARDOSO, 2009).

Apesar de haver poucos estudos nas áreas de estresse ocupacional e de uso de drogas, o estresse parece ser fator de risco potencial para o abuso ou dependência de tabaco (FRONE, 2008).

O estresse tem sido definido como um desgaste generalizado do organismo, em consequência das alterações psíquicas e fisiológicas que ocorrem no indivíduo quando ele é forçado a enfrentar situações que envolvem irritação, excitação, medo, ou mesmo grande alegria (MEN, 2000). O estresse representa pressão, insistência, e estar estressado implica estar sob pressão ou submetido a um estímulo insistente (PROENÇA, 1998).

Atualmente o estresse é um indicador de morbidade, pois uma pessoa com alto nível de estresse pode desenvolver quadros de esgotamento físico e emocional, cujos sintomas podem ser, respectivamente, tensão muscular, hipertensão, náuseas; e ansiedade, tensão, angústia e preocupação excessiva (PAFARO e MARTINO, 2004).

Estudo recente realizado no Hospital do Coração identificou que o estresse é um dos motivos mais frequentes de recaídas em 61,9% dos fumantes da amostra, tendo como fatores de risco para a recaída o maior número de anos em que o paciente fuma, o menor número de cigarros fumados por dia, o fato de morar com outros fumantes, o menor teor de nicotina do cigarro e a menor frequência nas sessões do tratamento (ISMAEL, 2007).

Devido ao cotidiano cada vez mais acelerado, às exigências de trabalho cada vez maiores em quantidade ou em qualidade, à escassez de tempo para o lazer e à alta competitividade no ambiente de trabalho, tem-se obtido um rápido crescimento nos índices de estresse na população mundial nos últimos anos.

1.1.5 Estresse – aspectos históricos e fisiológicos

As raízes das pesquisas sobre estresse foram realizadas por Hans Selye, com animais na década de 30, e também com Walter Cannon, relacionando o estresse a componentes fisiológicos da emoção. Algumas pesquisas sobre estresse relatadas na literatura envolveram soldados traumatizados pós-Segunda Guerra Mundial, vítimas de catástrofes naturais e pessoas que viviam situações críticas no âmbito pessoal, em que a experiência de estresse acontecia de maneira aguda e não havia uma forma de controle perante a situação de exposição (KARASEK, THEORREL, 1990).

No início da década de 70 é que o estresse ocupacional começou a ser entendido como um campo de investigação, sendo, por conseguinte, uma área de pesquisa relativamente nova

na qual são investigadas e analisadas as condições de trabalho e suas consequências na saúde (HURRELL, SAUTER, 2011).

Nos Estados Unidos tem-se o National Institute for Occupational Safety and Health (NIOSH) como parceiro no impulso de pesquisas, na construção de leis sobre Segurança e Saúde Ocupacional, desenvolvendo abordagens para diminuir o estresse nos ambientes de trabalho (exigências excessivas, condições ou regime de trabalho que possam afetar negativamente a saúde física ou mental do trabalhador). Em 1996 o NIOSH identificou a “organização no trabalho” como um dos 21 temas prioritários de pesquisa para a próxima década (NIOSH, 1997).

Tem-se observado que no ambiente de trabalho o estresse relacionado à experiência traumática não ocorre de forma abrupta, mas sim em pequenas doses, dia a dia. Assim, para explicar as modificações em níveis psicológico e fisiológico, nos indivíduos que sofrem estresse no trabalho, Robert Karasek desenvolveu uma teoria que procura elucidar essas modificações, relacionando-as acima de tudo com o ambiente, compreendido por esse autor como sendo uma rica fonte de estresse (ALVES, 2004).

O pressuposto de Karasek está relacionado à teoria desenvolvida por Selye, na qual é evidenciado que o organismo é um sistema complexo, que ao receber estresse sofre um tipo de desequilíbrio fisiológico generalizado, sendo que para equilibrar novamente o organismo em nível biológico, vários sistemas trabalham concomitantemente. Ao se tratar de nível pessoal, sabe-se que está relacionado à cognição do indivíduo e a níveis interpessoais (ALVES, 2004).

Quando se trata de nível pessoal, o aprendizado é, segundo essa teoria, um fator positivo sobre a situação estressante, pois o indivíduo, ao vivenciar essa condição, toma decisões e amplia suas escolhas, e se for uma experiência bem-sucedida há a incorporação dessa experiência, aumentando seu repertório e o potencial para outras vivências semelhantes, definindo-se tal situação como o sentimento de competência e poder sobre sua própria vida (ALVES, 2004).

Acredita-se que o estresse psicológico influencie uma ampla gama de processos fisiológicos e doenças, porém ainda são pouco conhecidos os mecanismos fisiopatológicos relacionados ao estresse e à saúde, sendo que há duas relações que podem ser feitas, conhecidas como vias direta e indireta. A via direta inclui alterações no sistema neuro-hormonal (eixo hipófise-adrenocortical) e nos sistemas nervoso autônomo e imunológico. A

via indireta vincula estressores relacionados ao trabalho, ao ambiente externo ao trabalho, a comportamentos de alto risco e a efeitos adversos à saúde, por exemplo, há muito tempo pesquisadores reconhecem uma forte relação entre estresse e uso ou abuso de substâncias (HURRELL, SAUTER, 2011).

Estressores ocupacionais, quando agudos, aumentam os níveis de catecolamina, causando intensificação da frequência cardíaca e da pressão arterial, redução no nível de plasma, constrição coronariana e aumento dos níveis lipídicos, da atividade plaquetária, da coagulação e da inflamação. Quando crônicos, causam desequilíbrio autonômico, mudanças neuro-hormonais, um estado pró-coagulante (caracterizado pelo aumento da coagulação do sangue) e aumento dos níveis lipídicos. Outros estudos ainda indicam relação com transtornos imunológicos, tais como asma, alergias e doenças autoimunes (HURRELL, SAUTER, 2011).

1.1.6 Estresse – definição

O termo estresse pode ser definido como um processo que envolve percepção, integração, resposta e adaptação a eventos aversivos, ameaçadores ou desafiadores. Constitui um padrão de adaptação a fim de preparar o organismo para a atividade física (SELYE, 1975).

Certamente o estresse se origina de fontes internas e externas, sendo as externas representadas pelas situações da vida ou por relações interpessoais como, por exemplo, trabalho em excesso ou desagradável, família em desarmonia, acidentes, morte, tensão, violência, medo e doença (PAFARO e MARTINO, 2004).

Há indícios de que o estresse, assim como a depressão, ansiedade, violência no trabalho, assédio e intimidação são considerados como enfermidades emergentes, de acordo com documento da Comissão das Comunidades Europeias, e ainda são responsáveis por 18% dos problemas de saúde associados ao trabalho, contudo também estão relacionados à ausência laboral (MUROFUSE et al., 2005).

Existem alguns fatores que parecem influenciar a intensidade – maior ou menor – de uma situação estressante. Entre eles, destacam-se a previsibilidade (quando o indivíduo já espera a ocorrência de uma dada situação, ele tende a ficar menos estressado), o controle percebido (situações em que o indivíduo percebe que têm algum controle, geralmente são

vistas como menos estressoras do que as que não têm controle algum e a forma como se enfrenta a situação (GLASSMAN, 2006).

A dimensão psicossocial também é de grande importância como estratégia para lidar com situações estressantes; exemplo disto são as atividades físicas, interações sociais e comunicação interpessoal. Já foi observado que o indivíduo que tem déficit nessas variáveis também possui maior risco de sofrer estresse (PASCHOAL e TAMAYO, 2005).

Além de obter diferentes recursos de enfrentamento, cada indivíduo também possui diferentes redes de suporte social, mas quando o indivíduo sofre o estresse e não possui uma boa rede de suporte social dentro e fora do ambiente de trabalho, ele responde negativamente a esse estímulo. Isto pode ser traduzido por Tamayo e colaboradores (2002), que referem o suporte social como um meio de proteção, sendo que quanto maior o nível de suporte social no ambiente organizacional, menor o nível de estresse no trabalho, e quando não há suporte social nesse ambiente, o indivíduo certamente sofre estresse.

A produtividade de um indivíduo e o estresse estão diretamente relacionados, pois uma pessoa que não tem estresse não produz (não produz adrenalina) e torna-se apática e desanimada, improdutivo. O contrário é verdadeiro, pois há uma produção maior de adrenalina quando o sujeito é submetido a estresse, tornando-se produtivo. Porém, quando o estresse perpassa o limite individual, a produtividade do sujeito diminui, o que culmina na manifestação de doenças ou até em morte (MEN, 2000).

1.1.7 Estresse e ambiente de trabalho

O trabalho constitui uma ação social-humana que permite ao homem produzir no meio em que vive, bem como satisfazer a si mesmo. Nesse processo de transformação podem ocorrer consequências sociais e psíquicas as mais diversas, fazendo do ambiente de trabalho um lugar privilegiado para se compreender o comportamento dos sujeitos (MUROFUSE et al., 2005).

O ambiente de trabalho representa um contexto social crítico por sua função central e intrínseca de influência na vida adulta, sendo considerado um excelente ambiente para a condução de pesquisas sobre o estresse. Ademais, viabiliza o acesso a adultos que podem encontrar-se em situação de risco por complicações de saúde relacionadas ao nível de estresse, indicando caminhos para a avaliação dos impactos causados pelo estresse no desenvolvimento e no ajustamento de adultos (SNOW e KLINE, 1995).

Na literatura sobre a pesquisa da saúde ocupacional, o estresse ocupacional é um fenômeno que vem recebendo muita atenção, objeto também de número substancial de pesquisas, e não há indícios de que o interesse gerado pelo assunto venha a diminuir.

Segundo Lazarus (1995), o estresse ocupacional relaciona-se com a avaliação que o indivíduo tem diante das excessivas demandas de trabalho perante os recursos de enfrentamento que ele possui; portanto, o estresse está relacionado a um tipo determinado de pessoa em um particular ambiente de trabalho e à sua falta de autonomia nesse contexto. Um exemplo claro disso é que pessoas com depressão reagem mais vezes e mais intensamente aos estressores laborais, tendo problemas como absenteísmo, disfunções emocionais e baixo desempenho (LAZARUS, 1995).

Estatísticas do Health and Safety Executive (HSE) revelam que cerca de meio milhão de pessoas no Reino Unido apresentarão estresse relacionado ao trabalho, e o custo à sociedade chega a cerca de 3,7 bilhões de libras. Também foram relatadas implicações à saúde, tais como doenças cardíacas, dor lombar, problemas gastrointestinais, ansiedade e depressão, fatores que culminam em outros comportamentos, como tabagismo, consumo excessivo de álcool ou cafeína e em “pular” refeições (JOHNSON et al., 2005).

Em países da América do Norte e na comunidade europeia, a incidência do estresse mental no trabalho apresenta níveis preocupantes, respondendo por 11% das reclamações por doenças entre norte-americanos (JAQUECS e CODO, 2002).

Uma pesquisa sueca realizada em 1996 constatou que 10% dos trabalhadores sofrem estresse crônico com efeitos maléficos para a saúde, sendo que também está associado a várias doenças crônicas nessa população. Não apenas o estresse é tratado como um problema do indivíduo que o sofre, como também é problemático para a economia de um país, podendo ter efeitos consideráveis. Como exemplo, sabe-se que na Suécia, situações estressantes no meio laboral podem representar cerca de 450 milhões de euros de gastos ao ano (GUIMARÃES e GRUBITS, 2004).

Estudo realizado com enfermeiros apontou que o alto nível de estresse desses profissionais pode estar relacionado ao ambiente de trabalho (PAFARO e MARTINO, 2004). French e Caplan (1970) ainda reafirmam que pessoas que cuidam de outras pessoas (trabalhadores da saúde) possuem um alto nível de estresse e são vítimas de doenças como hipertensão arterial e colesterol alto. Além disso, tendem a fumar mais.

Segundo a teoria proposta por Robert Karasek no final da década de 70, o ambiente em que o indivíduo atua pode ser considerado como uma fonte de estresse. A relação entre o ambiente, por exemplo, o de trabalho, com o indivíduo, o trabalhador, possui, conforme tal teoria, três diferentes subsistemas: os estressores, os fatores individuais e os diferentes tipos de reação, sendo esses sistemas interdependentes. Esse mesmo autor desenvolveu um modelo de avaliação do ambiente psicossocial do trabalho, relacionando estresse ao ambiente de trabalho, conhecido como Modelo Demanda-Controle. De acordo com este modelo, o estresse no trabalho surge da interação entre altas demandas físicas e psicológicas, menor controle no processo de produção de trabalho e na tomada de decisões, e menor apoio social recebido de colegas e da chefia (ALVES, 2004).

Karasek distinguiu diferentes níveis de demanda e controle e os alocou em dois eixos e quatro quadrantes, podendo variar nesses eixos e quadrantes quatro tipos de experiências diferentes. O trabalho aqui torna-se uma variável independente, onde o desgaste está relacionado ao controle (ALVES, 2004). Por exemplo, o indivíduo que em seu ambiente de trabalho possui baixo controle sobre as atividades realizadas, terá um alto desgaste, independentemente se a demanda de trabalho for alta ou baixa; e o contrário é verdadeiro quando há um alto controle das atividades realizadas, sendo baixo o seu desgaste. São considerados indivíduos com alto desgaste os que possuem alta demanda e baixo controle, e passivos os de baixo controle e baixa demanda (ALVES, 2004).

Alguns estudos utilizaram o modelo citado anteriormente de Demanda-Controle, e identificaram uma relação com o uso de substâncias psicoativas. Pessoas que trabalham em ambiente em que há alta demanda de trabalho (física ou psicológica) e pouco controle sobre o processo de produção terão maiores riscos de se tornarem dependentes de drogas (REED et al., 2006).

Acredita-se que as ações de intervenção preventivas no ambiente de trabalho são impactantes na redução das consequências negativas do estresse laboral e do uso e abuso de substâncias. Assim, conhecer os fatores de risco do consumo de tabaco, em relação às características sociodemográficas e econômicas, de trabalho e condições de saúde (incluindo estresse laboral) entre servidores da categoria “técnico-administrativos” de uma universidade pública, torna o presente estudo relevante para a emersão de conhecimento científico, visto poder sustentar futuras pesquisas de intervenção que relacionem o uso de tabaco ao estresse no ambiente de trabalho.

2 JUSTIFICATIVA

2 JUSTIFICATIVA

Diante da problemática do consumo de tabaco em populações de trabalhadores, e da relação do uso dessa substância com outras condições de saúde, propõe-se desenvolver um estudo sobre o consumo de tabaco e sua relação com o estresse no trabalho e fatores associados entre trabalhadores técnico-administrativos de uma universidade pública.

3 OBJETIVOS

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Descrever a prevalência de consumo de tabaco e testar a associação de fatores relacionados entre servidores técnico-administrativos de uma universidade pública.

3.2 Objetivos específicos

- I. Caracterizar a amostra quanto às características sociodemográficas, econômicas e de trabalho;
- II. Identificar a prevalência de consumo e a dependência de tabaco na amostra;
- III. Identificar os níveis de exposição ao estresse laboral na amostra;
- IV. Verificar a associação entre uso de tabaco em relação a fatores sociodemográficos e econômicos, de trabalho e condições de saúde (tabagismo e estresse) na amostra.

4 MATERIAL E MÉTODO

4 MATERIAL E MÉTODO

4.1 Tipo de Estudo

Trata-se de um estudo epidemiológico, descritivo-exploratório, de corte transversal, com população de servidores da categoria “técnico-administrativos” de uma universidade pública.

4.2 Local do Estudo

O estudo foi realizado em unidades de ensino, setor administrativo e setor de suporte de informática do campus da Universidade de São Paulo (USP) de Ribeirão Preto.

4.2.1 Caracterização do Campus da USP de Ribeirão Preto

O campus é composto pela Coordenadoria do Campus (CCRP), Centro de Informática (CIRP) e Departamento de Música, da Escola de Comunicação e Artes de São Paulo (ECA – USP de São Paulo), além de seis unidades de ensino, sendo estas: Faculdade de Medicina (FMRP); Faculdade de Ciências Farmacêuticas (FCFRP); Faculdade de Odontologia (FORP); Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras (FFCLRP), Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade (FEARP) e Escola de Enfermagem (EERP).

4.3 População do Estudo

A população do estudo consistiu em servidores da categoria “técnico-administrativos”, ou seja, não docente, a qual agrega ampla diversidade de faixa etária, nível socioeconômico, nível de escolaridade e função ocupada no trabalho. Desta forma, os critérios de inclusão na pesquisa foram: ser funcionário da categoria “técnico-administrativos” do campus de Ribeirão

Preto da Universidade de São Paulo (USP) e estar presente na unidade de referência no momento da coleta de dados.

No início da coleta dos dados, o universo total de servidores técnico-administrativos do campus era de 1.693. Salienta-se que a listagem de servidores fornecida pelos recursos humanos de cada unidade já excluía os funcionários terceirizados e os servidores com vínculo USP que respondem à Coordenadoria da USP de São Paulo (campus capital). Assim, não participaram da pesquisa: os funcionários que não estavam presentes no momento do período da coleta realizada em cada unidade, os funcionários terceirizados e os servidores com vínculo USP do campus de São Paulo.

Considerando os aspectos técnico-administrativos das unidades do campus e os critérios de inclusão, referentes aos funcionários administrativamente alocados no campus de Ribeirão Preto e aos presentes no momento da coleta, a população constituiu-se em 1.239 indivíduos e a amostra participante do estudo, em 925 (74,65%). A diferença entre a população e a amostra de participantes esteve composta por: 192 (15,50%) recusas e 122 (9,85%) questionários não devolvidos.

Apesar de a maioria dos servidores estar instalada internamente na área do campus de Ribeirão Preto para a realização da coleta de dados, houve algumas exceções, ou seja, alguns funcionários se encontravam fora do campus, mas que também foram abordados: servidores alocados no Hospital das Clínicas (HCRP-FMRP), Centro de Saúde-Escola (CSE-FMRP), Unidade Básica de Saúde D. Pedro I (UBS-FMRP) e Espaço de Cultura e Extensão Universitária (ECEU-FMRP).

4.4 Instrumentos para a coleta dos dados

Para a coleta de dados serão utilizados três instrumentos: Questionário de Dados Sociodemográficos e Econômicos (QSDE), Questionário de Uso do Tabaco e Dependência de Fagerström (HALTY et al., 2002) e Questionário sobre as Condições de Saúde – Escala de Estresse no Trabalho– *Job Stress Scale (JSS)* (ALVES, 2004) e consumo de bebida alcoólica (APÊNDICE I).

4.4.1 Questionário de Dados Sociodemográficos e Econômicos (QSDE)

O Questionário de Dados Sociodemográficos, elaborado pelos pesquisadores segundo os critérios de classificação econômica do Brasil (ABEP, 2003), apresenta questões de identificação, situação econômica, escolaridade, religião e informações sobre a função exercida no trabalho (nível da função exercida no trabalho e tempo de trabalho exercido na instituição).

4.4.2 Questionário de Uso do Tabaco e Dependência de Fagerström

O Questionário de Tabagismo, aplicado apenas à população de fumantes atuais ou ex-fumantes, apresenta informações sobre o hábito de fumar com o objetivo de identificar o padrão de uso do tabaco, e se houver a afirmação do uso são então utilizadas as seis questões do Questionário de Tolerância de Fagerström (QTF). Acrescentam-se ao questionário também algumas outras questões complementares sobre esse hábito ou referentes a ter cessado esse hábito, contudo, para determinar o nível de dependência serão utilizadas apenas as seis questões do QTF.

As questões de Fagerström são indicadas para o rastreamento da intensidade da dependência ao tabaco; é um questionário utilizado mundialmente como ferramenta de avaliação em substituição aos outros testes, bem mais caros, que consomem mais tempo e são invasivos. Em 1991 foi efetivada a adaptação deste teste, que passou a se chamar teste de dependência à nicotina, e foi validado no Brasil por Carmo e Pueyo, 2002 (CASTRO, 2005; HALTY et al., 2002). Este instrumento foi elaborado em 1978 (FAGERSTRÖM, 1978) e é composto por seis questões referentes ao hábito atual de fumar. São questões com diferentes pesos, sendo que o escore varia de 0 a 10, com conclusão de grau de dependência seguindo a pontuação: 0 a 2 pontos: muito baixo; 3 a 4 pontos: baixo; 5 pontos: médio; 6 a 7 pontos: elevado e 8 a 10 pontos: muito elevado. De acordo com a pontuação, o consumo será classificado como dependência leve, moderada ou grave.

O objetivo do Questionário de Tolerância de Fagerström consiste na identificação e medida da dependência nicotínica, com a finalidade de aproveitar o resultado obtido como um elemento de ajuda na decisão do tratamento do tabagismo. Quanto mais dependente da

nicotina for o fumante, maior será a possibilidade e/ou gravidade da síndrome de abstinência durante a suspensão do tabagismo, assim como maior será a dificuldade de manter a abstinência em longo prazo (HALTY et al., 2002).

Na interpretação de Heatherton e colaboradores (1991), o QTF revisado tem um aceitável nível de consistência interna e sua pontuação final correlaciona-se significativamente com os níveis dos marcadores bioquímicos de elevada sensibilidade e especificidade para tabagismo e dependência nicotínica, como são os níveis de monóxido de carbono no ar expirado e os níveis séricos, urinários ou na saliva de nicotina (sensíveis ao fumo nas últimas horas) e de cotinina (sensível ao fumo nos últimos sete dias). Ainda deve-se ter presente que os níveis de nicotina podem não ser equivalentes ao grau de dependência, e que alguns indivíduos podem satisfazer-se com níveis relativamente baixos e ainda assim ser dependentes. O nível individual de resposta à nicotina pode ser diferente, talvez por razões genéticas.

Nesse sentido, a utilização do QTF é considerada simples, rápida e de baixo custo. Por ser um instrumento confiável de avaliação do grau de dependência nicotínica, sua utilização deve ser rotineira na anamnese de todo doente tabagista.

4.4.2.1 Questões complementares acerca do Consumo de Tabaco

Para complementar as informações sobre o Consumo de Tabaco, foram elaboradas dez questões pelos pesquisadores, relacionadas a seguir: se já fumou na vida; como é o hábito de fumar atualmente; se já tentou parar de fumar e continua fumando; quantas vezes tentou parar de fumar; o que mais dificultou; se gostaria de parar de fumar, em quanto tempo e por quê; se tem vontade de cessar o uso; se já procurou ajuda para parar de fumar (que tipo?); e se acha que teve algum problema devido ao uso de cigarro (qual?).

Sobre ser ex-tabagista elaboraram-se cinco questões que indagavam: se era ex-fumante; por que decidiu parar de fumar; quando parou, como o fez; há quanto tempo é ex-fumante; e se já teve recaídas.

São questões meramente informativas e ausentes de valores atribuídos a elas, que tiveram suas respostas nominais categorizadas. Estas questões foram codificadas apenas para fins de análises estatísticas e descritivas.

4.4.3 Questionário sobre condições de saúde

4.4.3.1 Escala de Estresse no Trabalho – Job Stress Scale (JSS)

A Escala de Estresse no Trabalho – Job Stress Scale (JSS), em modelo proposto por Karasek, foi originalmente elaborada na Suécia para a avaliação do estresse ocupacional (THEORELL et al., 1988) e resumida e validada para o português por Alves e colaboradores (2004). Esta escala aborda três categorias, equivalentes às dimensões: psicológica, de trabalho (controle) e de apoio social. Optou-se por utilizar tal escala por ter reconhecimento internacional na avaliação de estresse laboral, ser validada no Brasil, e por ter apresentado considerável estabilidade (teste e reteste entre 0,82 e 0,91) e consistência interna aceitáveis para suas dimensões (Alfa de Cronbach entre 0,63 e 0,86) (ALVES, 2004). Ressalta-se que houve contato e autorização da respectiva autora, responsável pela tradução e validação no País para o uso da Escala de Estresse no Trabalho “Job Stress Scale” (APÊNDICE II).

Neste modelo, considera-se o tipo de desgaste da atividade laboral em “Alto desgaste”, quando há maior demanda psicológica e menor controle, e “Baixo desgaste”, quando há menor demanda psicológica e maior controle; e o tipo de trabalho executado em “Passivo”, quando há menor demanda e menor controle, e “Ativo”, quando há maior demanda psicológica e maior controle (ARAÚJO et al., 2004; ALVES, 2004; SILVA E YAMADA, 2008; SCHMIDT et al., 2009).

Esquemáticamente, este modelo pode ser representado como mostrado na Figura 1:

Figura 1: Esquema do modelo demanda-controle de Karasek
Fonte: Alves, 2004.

Dentre as perguntas que avaliam a “demanda psicológica”, quatro se referem a aspectos quantitativos, como tempo e velocidade para a realização do trabalho, e uma pergunta avalia aspectos predominantemente qualitativos do processo de trabalho, relacionados ao conflito entre diferentes demandas, sendo que uma questão possui pontuação inversa, ou seja, o escore 4 equivale a pouca demanda e 1, a muita demanda.

Seis questões referem-se à dimensão “controle” (discernimento intelectual e autoridade sobre as decisões), dentre as quais, quatro referem-se ao uso e desenvolvimento de habilidades, e duas, à autonomia para a tomada de decisão sobre o processo de trabalho, excetuando-se uma questão, que possui escore em direção reversa.

Para ambas as dimensões, as opções de resposta são apresentadas em escala tipo Likert variando entre “nunca/quase nunca” (1) e “frequentemente” (4), a saber, 1 indica pouca

demanda/controle e 4, muita demanda/controle, as quais possuem direção inversa nas questões reversas de ambas as dimensões.

A dimensão “apoio social” contém seis questões sobre as relações com colegas e chefes, tendo quatro opções de resposta, também em escala tipo Likert de 4 pontos, com variação entre “discordo totalmente” (1) e “concordo totalmente” (4).

O cálculo do escore da dimensão “demanda psicológica” é realizado pela soma dos escores atribuídos aos cinco itens que compõem a dimensão e pode variar de 5 a 20 – quanto maior o escore, maior a demanda psicológica percebida pelo trabalhador.

A dimensão “controle” pode ser dividida em dois subitens: “discernimento intelectual” (quatro itens) e “autoridade sobre decisões” (dois itens), sendo o resultado do escore total da dimensão “controle” obtido pela soma dos escores destes dois subitens e varia de 6 a 24, o que significa que quanto maior o valor, maior o controle do profissional no desenvolvimento de seu trabalho (HARBS et al., 2008; SCHMIDT, 2009; SCHMIDT et al., 2009).

O escore da dimensão “apoio social” possui intervalo de 6 a 24 e é dado pela soma das respostas fornecidas aos seis itens, o que significa que quanto maior o escore, melhor o apoio social do trabalhador em seu ambiente de trabalho (HARBS et al., 2008; SHMIDT, 2009; SCHMIDT et al., 2009).

Desta forma, os estudos que utilizam a JSS consideram a seguinte classificação (ARAÚJO et al., 2004; SCHMIDT et al., 2009):

- Trabalhadores expostos a uma combinação de alta demanda e baixo controle (alta exigência) são considerados como grupo de maior exposição ao estresse ocupacional;
- Aqueles expostos à alta demanda, mas tendo alto controle (trabalho ativo), ou expostos a baixo controle e baixa demanda (trabalho passivo) são considerados como grupo de exposição intermediária ao estresse ocupacional; e
- Trabalhadores com alto controle e baixa demanda (baixa exigência) são classificados como não expostos ao estresse no trabalho.

4.4.3.2 Consumo de álcool atualmente

Apresenta a questão sobre o uso de álcool, onde foi indagado: “Você consome bebidas alcoólicas?”, com resposta “sim” e “não”.

4.5 Variáveis em estudo

4.5.1 Descrição das Variáveis Dependentes – o desfecho

I. Padrão de consumo de tabaco

O padrão de consumo de tabaco será definido por intermédio do questionário sobre o uso de tabaco, conforme descrição no item 3.4.2., cuja classificação dicotômica consistiu em “sim” e “não”.

4.5.2 Descrição das Variáveis Independentes ou Exploratórias

As variáveis independentes a serem consideradas no estudo são:

I. Variáveis Demográficas

- **Gênero:** classificado em feminino e masculino.
- **Idade:** anos completos no momento da pesquisa, obtendo-se a variável contínua, sendo classificada posteriormente de acordo com as categorias do DATASUS: até 29 anos, de 30 a 39 anos, de 40 a 49 anos, e maior que 50 anos (BRASIL, 2011).
- **Reside:** os participantes foram questionados se residem sozinhos; família de origem; família atual ou com amigos, o qual posteriormente foi recodificado quanto a residir sozinho na moradia ou com alguém.

- **Estado civil:** classificado em casado/amasiado; solteiro; separado; viúvo.
- **Filhos:** categorizados em não; sim, moram consigo; sim, não moram consigo.

II. *Variáveis Socioeconômicas*

- **Renda *per capita*:** variável criada a partir da renda familiar dividida pelo número de pessoas que vivem com esta renda, classificada segundo o salário mínimo vigente no País em 2010, cujas categorias foram: até 1 salário, de 1 a 2, de 2 a 3, de 3 a 4 e de 4 a 5 salários mínimos.
- **Escolaridade:** os participantes foram questionados sobre a conclusão ou não de seus estudos, sendo considerados os cursos: ensino superior completo; ensino superior incompleto; ensino médio completo; ensino médio incompleto; ensino fundamental completo e ensino fundamental incompleto, os quais, na etapa analítica, foram agrupados nas seguintes categorias de ensino: a) superior: composto apenas por ensino superior completo; b) médio: composto por ensino médio completo e superior incompleto; c) fundamental: composto por ensino fundamental incompleto e completo, médio incompleto.
- **Religião:** questão em aberto, porém categorizada posteriormente de maneira dicotômica em “ser praticante” e “não ser praticante”.

III. *Variáveis relacionadas às características do trabalho*

- **Nível da ocupação:** distribuído em básico, médio e superior – seguindo-se a classificação funcional da instituição empregadora à qual o trabalhador pertence.
- **Adequação função/escolaridade:** variável obtida a partir da variável escolaridade e do nível da ocupação, a fim de verificar a adequação do nível da função exercida na instituição de acordo com a respectiva formação, a qual foi classificada sob a forma dicotômica: “adequado” e “inadequado”. Esta categorização originou-se do pressuposto de que para o exercício de funções de nível básico, o servidor pode apresentar qualquer nível de formação, ou seja, do fundamental incompleto ao superior completo. Para as funções de nível

médio, o trabalhador pode possuir do ensino fundamental incompleto ao ensino superior incompleto. Já para as funções de nível superior, o servidor apenas o exercerá mediante formação de nível superior completo.

- **Tempo de trabalho na instituição:** questão em aberto, determinada em anos completos de vínculo empregatício com a instituição, cuja classificação da variável contínua consistiu nos intervalos: até 5 anos, 6 a 10, 11 a 20 e maior que 21 anos.

IV. Variáveis relacionadas às condições de saúde

- **Estresse no trabalho:** As variáveis relacionadas ao estresse no ambiente de trabalho foram analisadas através do uso da *Job Stress Scale (JSS)*, modelo proposto por Karasek, composto por itens que avaliam a demanda psicológica, o controle e o apoio social, conforme descrição no item 4.4.3, sendo categorizadas em alto desgaste, baixo desgaste, trabalho ativo e trabalho passivo.
- **Uso de álcool:** variável relacionada ao uso de álcool, onde se questiona sobre o consumo de bebida alcoólica atualmente, cuja classificação ocorreu sob a forma dicotômica em “não” e “sim”.

4.6 Coleta de Dados

A coleta dos dados teve início em março de 2009 e prosseguiu até agosto de 2010, data em que se finalizou a abordagem de toda a população do referido estudo. Além disso, o início da pesquisa ocorreu mediante autorização do coordenador do campus (vigente em 2007 e reconsideração de pedido em 2010), dos diretores das respectivas unidades e da aquiescência dos sujeitos em participar do estudo.

O processo da coleta dos dados ocorreu por meio de visitas às unidades pelos pesquisadores, os quais abordavam individualmente os trabalhadores, explicando-lhes os objetivos do estudo, que optavam ou não em participar, além de lhes informar que poderiam desistir de participar a qualquer momento da pesquisa. Ao concordarem, foi-lhes entregue o caderno dos instrumentos de medida, os quais poderiam ser respondidos no local de trabalho

ou levados para casa, e trazendo-os respondidos na data combinada com os pesquisadores. Quanto à devolução dos questionários, os pesquisadores passaram pelas unidades com uma urna, onde os participantes depositavam seus questionários preenchidos. Salienta-se que as visitas não foram realizadas uma única vez, a fim de abordar o maior número possível de funcionários e resgatar os questionários preenchidos. Após o recolhimento destes instrumentos, os dados coletados foram digitados e organizados em planilha de cálculo para posterior migração em software estatístico.

4.7 Considerações éticas

Primeiramente houve a solicitação de autorização do coordenador do campus de Ribeirão Preto, da Universidade de São Paulo, para a realização da pesquisa cujos sujeitos foram os servidores da categoria “técnico-administrativos” do campus. Mediante aprovação do coordenador do campus (em vigência em 2007), o projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP (CEP-EERP/USP) para apreciação, tendo sido aprovado em 29 de fevereiro de 2008 sob o protocolo nº 0846/2007 (ANEXO A).

As unidades do campus foram previamente contactadas com o auxílio da CCRP, e posteriormente pelos pesquisadores, os quais manifestaram acordo para a realização da pesquisa, enviando a listagem completa dos funcionários das respectivas unidades, conforme solicitação.

No intuito de garantir a confidencialidade e a privacidade, proteção à imagem e a não estigmatização dos possíveis participantes, foi-lhes entregue o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (APÊNDICE III), juntamente com o caderno dos instrumentos de medida. Receberam o TCLE em duas vias: uma identificada por código – a qual pertencia ao participante, e outra, sem o código – que será mantido sob a guarda do coordenador da pesquisa –, ambas contendo os nomes e contatos dos pesquisadores e coordenador, em consonância com as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa, dispostas na Resolução nº 196 de 1996, do Conselho Nacional de Saúde (Ministério da Saúde), por envolver seres humanos na pesquisa (BRASIL, 1997). Contudo, o recolhimento do TCLE, devidamente assinado, foi realizado separadamente ao do caderno dos instrumentos de medida.

Os possíveis participantes estavam livres para decidir quanto à participação, respondendo ou não ao questionário. Já o Termo de Consentimento foi recolhido separadamente ao questionário para a não identificação.

Em relação à recompensa ou remuneração aos sujeitos da pesquisa, ressalta-se que não lhes foi fornecida recompensa de qualquer natureza e sua identidade foi mantida em sigilo. As informações coletadas serão destinadas apenas à realização desta pesquisa e os resultados do estudo serão divulgados sob a forma de artigos científicos publicados em periódicos indexados. O relatório – com os principais resultados e conclusões – será encaminhado à instituição onde foi realizada a pesquisa, bem como será informado aos sujeitos.

4.8 Apoio financeiro

O presente estudo é um recorte do projeto “Estresse Laboral e Uso de Drogas Lícitas entre servidores não docentes de uma universidade pública”, o qual obteve auxílio financeiro à pesquisa do Programa Regular da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP), processo nº 2009/00457-5, além de bolsa de mestrado Capes – demanda social.

4.9 Processamento e Análise dos dados

As informações foram digitadas e armazenadas em planilha de cálculo do Microsoft Excel 2007 para posterior migração e análise no software STATA (versão SE 11.1).

Após a coleta de dados, procedeu-se à digitação de 10% dos questionários, todos numerados sequencialmente em outra planilha de cálculo do Microsoft Excel 2007, para análise de consistência interna e validação dos dados, além de minimizar erros na etapa da digitação. Cabe ressaltar que alguns questionários entregues aos participantes não foram recolhidos por motivos diversos: perda dos questionários entregues, exclusão, não localização dos participantes para a devolução, férias e licença-saúde. Portanto, não houve sequência numérica dos questionários no banco de dados.

Desta forma, a digitação destes 10% ocorreu da seguinte maneira: solicitou-se a uma pessoa neutra da pesquisa que sortearse um número de 0 a 9. A partir desta numeração “X”,

redigitaram-se todos os questionários correspondentes à numeração das linhas da planilha Excel, isto é, todas as linhas da planilha com numeração final igual ao número sorteado “X”. Assim, reduziu-se a possibilidade de não serem obtidos os exatos 10% dos questionários para a digitação, já que nem todos os questionários com numeração final “X” foram recolhidos. Para a avaliação da taxa de concordância, realizou-se o teste do coeficiente de Kappa, o qual resultou em 100%, ou seja, perfeito ajuste.

Em virtude da não constatação de erros de digitação, estabeleceu-se o banco final.

A análise propriamente dita dos dados foi realizada em diferentes etapas:

Etapa 1 – Análise Descritiva

Realizou-se a análise descritiva das características da população e das variáveis estudadas, sendo que as variáveis categóricas foram submetidas à análise de frequência simples, e as variáveis contínuas foram descritas por medidas de tendência central e dispersão (média e desvio-padrão), além da inclusão do cálculo das perdas de cada variável.

Etapa 2 – Análise Bivariada e Multivariada

As medidas de associação utilizadas foram o *Odds Ratios* estimado por intervalos com 95% de confiança, porém, para a avaliação das associações, foram considerados os níveis de significância (*p*-valor) das variáveis. A técnica estatística utilizada foi a Regressão Logística Bivariada e Multivariada.

Na análise bivariada e multivariada foram testadas as associações entre o uso de tabaco e as seguintes variáveis independentes: sociodemográficas e econômicas, de trabalho e as relacionadas às condições de saúde.

As variáveis foram incluídas na análise multivariada, de acordo com a hierarquia estabelecida no modelo teórico construído com base na determinação das variáveis independentes em relação ao desfecho de estudo, como ilustrado a seguir (VICTORA, 1997). O modelo hierárquico de determinação pressupõe que as diversas variáveis significativamente associadas ao desfecho apresentam uma relação distal ou proximal com o desfecho, sendo que as respectivas variáveis podem produzir confusão na determinação de uma possível associação entre as variáveis estudadas; portanto, o modelo hierarquizado indica a ordem em

que devem entrar as variáveis (FUCHS, VICTORA e FACHEL, 1996). Para a análise multivariada foram mantidas as variáveis que apresentaram $p \leq 0,20$ na análise bivariada, permanecendo no modelo final $p \leq 0,05$. A forma de leitura da escala foi feita conforme os autores listados a seguir: Capilheira, 2004; Rosa Filho, 2006, e Reisdorfer, 2010.

Figura 2: Modelo Teórico-Hierarquizado

Fonte: Trabalho da autora.

5 RESULTADOS

5 RESULTADOS

Seguem abaixo os resultados obtidos na análise dos dados coletados com servidores da categoria "técnico-administrativos" de uma universidade pública, em relação a características sociodemográficas e econômicas da amostra, características do ambiente de trabalho, características relacionadas ao estresse no trabalho, características relacionadas ao consumo e dependência de cigarros em fumantes, sendo apresentadas na forma de tabelas com análise simples, bivariadas e multivariadas, respectivamente.

Foram entrevistadas 925 pessoas, sendo que essa totalidade não se apresenta para todas as questões. Nas tabelas de análise simples (frequência) que seguem, podem-se aferir os números respectivos de cada item, assim como as porcentagens e perdas de cada característica da população.

5.1 Características Sociodemográficas e Econômicas

Em relação aos dados sociodemográficos e econômicos apresentados na Tabela 1, a amostra obtida foi composta por 54,92% de mulheres, com idade média de 43,08 anos (min=19, max=48, dp=9,8), em que a faixa etária de maior frequência é de 40 a 49 anos (38,05%). Investigou-se também a prática religiosa dos participantes, e 73,30% declararam ser praticantes. A maior parte dos entrevistados referiu residir com alguém, 88,65% (família de origem, atual ou amigos), 10,16% moram sozinhos, e 65,84% estavam casados ou vivendo com alguém no momento da pesquisa. Ao se tratar da escolaridade dos servidores, a maioria se enquadra dentro do nível superior completo (50,27%).

Quanto a possuir ou não filhos, 30,70% referem não ter filhos, e dos que os possuem, 57,62% residem com eles. A renda *per capita* da maioria dos entrevistados é de um a dois salários mínimos, 28,11%, sendo a renda familiar média de 4.239,49 (min=800, max=25.000, dp=2.738,01), e o número médio de pessoas que vivem com essa renda é de 3,18 (min=1, max=8, dp=1,2). Também verificou-se o uso de álcool na população, encontrando-se um total de 72,65%. Outras características da amostra estão descritas abaixo, na Tabela 1.

Tabela 1. Perfil da amostra de servidores da categoria "técnico-administrativos" do campus universitário, de acordo com as variáveis sociodemográficas e econômicas. Ribeirão Preto – SP, 2010.

Variável (n=925)	Frequência total	%
Sexo		
Feminino	508	54,92
Masculino	417	45,08
Idade		
Até 29	108	11,68
30 – 39	204	22,05
40 – 49	352	38,05
> 50	249	26,92
Perdas	12	1,30
Habitação		
Reside sozinho	94	10,16
Reside com alguém	820	88,65
Perdas	11	1,19
Estado civil		
Casado/amasiado	609	65,84
Solteiro	197	21,30
Separado	89	9,62
Viúvo	22	2,38
Perdas	8	0,86
Filhos		
Não	284	30,70
Sim, moram comigo	533	57,62
Sim, não moram comigo	99	10,70
Perdas	9	0,97
Renda per capita		
Até 510,00	75	8,11
511,00 – 1020,00	260	28,11
1021,00 – 1530,00	167	18,05
1531,00 – 2040,00	122	13,19
2041,00 – 7500,00	157	16,97
Perdas	144	15,57
Escolaridade concluída		
Ensino Fundamental	94	10,16
Ensino Médio	334	36,11
Ensino Superior	465	50,27
Perdas	32	3,46
Religião		
Praticante	678	73,30
Não praticante	247	26,70
Uso de álcool		
Sim	672	72,65
Não	253	27,35

5.2 Características do Ambiente de Trabalho

Quando se trata de características referentes ao trabalho, pode-se constatar que esses trabalhadores exercem níveis diferentes dentro da instituição, sendo que 52,76% exercem nível médio, 23,03% nível básico e 23,89% nível superior. Relacionando a adequação do nível que exercem com a escolaridade, o total de inadequação foi de 52,97%. Tendo em vista o tempo de trabalho na instituição, 32,11% da população trabalha na instituição por até 5 anos, como pode ser observado na Tabela 2.

Tabela 2. Distribuição da amostra de servidores da categoria "técnico-administrativos" do campus universitário, segundo características relacionadas ao ambiente de trabalho, Ribeirão Preto – SP, 2010.

Variável (n=925)	Frequência total	%
Nível		
Básico	231	23,03
Médio	488	52,76
Superior	221	23,89
Perdas	3	0,32
Adequação nível x escolaridade		
Adequado	400	43,24
Inadequado	490	52,97
Perdas	35	3,78
Tempo no vínculo		
Até 5 anos	297	32,11
6 – 10 anos	84	9,08
11 – 20 anos	160	17,30
> 21 anos	289	31,24
Perdas	95	10,27

Fonte: Trabalho da autora

Para encontrar adequação entre o nível da função exercida pelo servidor com a sua escolaridade, analisaram-se por relação essas duas variáveis. Foi observado que entre os servidores que exercem atividade de nível básico, 91 (42,13%) apresentam formação de nível médio completo, 19 (8,80%) possuem escolaridade de nível superior incompleto e 21 (9,72%) apresentam superior completo. No exercício de atividades de nível médio, 9 (1,94%) servidores possuem ensino médio incompleto e mais da metade, 238 (51,18%) possuem ensino superior completo. E para a realização de funções de nível superior, 6 (2,87%) funcionários possuem ensino superior incompleto. Como esses servidores são admitidos por concurso público e devem comprovar a escolaridade necessária para o exercício da função,

acredita-se que no preenchimento dos questionários, quanto ao item sobre o nível da função exercida, alguns servidores se equivocaram ao assinalar esta questão, pois há dados onde 9 servidores com escolaridade de nível médio incompleto responderam ao item equivalente ao nível médio, e 6 servidores com formação de nível superior incompleto responderam que suas atividades referiam-se ao nível superior. Para as funções de nível médio, o trabalhador pode possuir do ensino fundamental incompleto ao ensino superior incompleto, assim como para as funções de nível superior, apenas será exercida mediante formação de nível superior completo. Portanto, observa-se na Tabela 3 que mais da metade dos servidores técnico-administrativos possuem escolaridade de nível superior completo, e destes, 259 exercem atividades que não se ajustam ao nível de trabalho que exercem na sua função.

Tabela 3. Distribuição do nível da função exercida em relação à escolaridade da amostra de servidores técnico-administrativos do campus universitário. Ribeirão Preto – SP, 2010(n = 925)*

Nível	Escolaridade**						TOTAL n (%)
	1 n (%)	2 n (%)	3 n (%)	4 n (%)	5 n (%)	6 n (%)	
Básico	43 (19,91)	28 (12,96)	14 (6,48)	91 (42,13)	19 (8,80)	21 (9,72)	216 (23,48)
Médio	0 (0,00)	0 (0,00)	9 (1,94)	128 (27,53)	90 (19,35)	238 (51,18)	465 (52,25)
Superior	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	6 (2,87)	203 (97,13)	209 (24,27)
TOTAL	43 (4,83)	28 (3,15)	23 (2,58)	219 (24,61)	115 (12,92)	462 (51,91)	890 (100,00)

Fonte: Trabalho da autora

*Segundo teste do qui-quadrado (χ^2)

**Escolaridade: 1=fundamental incompleto; 2=fundamental completo; 3=médio incompleto; 4=médio completo; 5=superior incompleto; 6=superior completo.

5.3 Características Relacionadas ao Estresse no Trabalho

Em relação ao estresse no trabalho experienciado por esses profissionais, a Tabela 4 traz a demanda de atividades: 39,78% dos profissionais apontam que devem desenvolver intensamente e com muita rapidez suas atividades; 30,49% referem produzir muito em pouco tempo; mais de 25,51% referem que o trabalho exige muito dos entrevistados, e apesar de 58,92% apresentarem tempo suficiente para cumprir suas tarefas, 10,16% dos entrevistados

dizem que seu trabalho frequentemente ou às vezes apresenta exigências contraditórias ou discordantes. Outras informações seguem abaixo, na Tabela 4:

Tabela 4. Distribuição das características sobre “Demanda de Atividades” com base na *Job Stress Scale (JSS)* entre servidores técnico-administrativos do campus universitário. Ribeirão Preto – SP, 2010

Variável (n=925)	Frequência total	%
Com que frequência você tem que fazer suas tarefas de trabalho com muita rapidez?		
Nunca ou quase nunca	28	3,03
Raramente	100	10,81
Às vezes	420	45,41
Frequentemente	368	39,78
Perdas	9	0,97
Com que frequência você tem que trabalhar intensamente (isto é, produzir muito em pouco tempo)?		
Nunca ou quase nunca	52	5,62
Raramente	165	17,84
Às vezes	418	45,19
Frequentemente	282	30,49
Perdas	8	0,86
Seu trabalho exige demais de você?		
Nunca ou quase nunca	64	6,92
Raramente	139	15,03
Às vezes	477	51,57
Frequentemente	236	25,51
Perdas	9	0,97
Você tem tempo suficiente para cumprir todas as tarefas de seu trabalho?		
Frequentemente	545	58,92
Às vezes	280	30,27
Raramente	74	8,00
Nunca ou quase nunca	17	1,84
Perdas	9	0,97
Seu trabalho costuma apresentar exigências contraditórias ou discordantes?		
Nunca ou quase nunca	206	22,27
Raramente	245	26,49
Às vezes	370	40,00
Frequentemente	94	10,16
Perdas	10	1,08

Fonte: Trabalho da autora

Na Tabela 5, referente a controle do trabalho realizado, observa-se que 45,73% têm um caráter construtivo em relação ao aprendizado de novas coisas e 61,41% afirmam que seu trabalho exige muita habilidade ou conhecimentos especializados; 67,03% frequentemente ou às vezes tomam iniciativas no seu trabalho. As rotinas no local de trabalho são apontadas por 60,32% dos entrevistados, e em relação à autonomia foi caracterizado que 43,68%

frequentemente ou às vezes escolhem como realizar suas atividades, e a escolha das atividades que desejam fazer é frequente ou acontece às vezes para 38,05% dos trabalhadores.

Tabela 5. Distribuição das características sobre “Controle de Atividades” com base na *Job Stress Scale (JSS)* entre servidores técnico-administrativos do campus universitário. Ribeirão Preto – SP, 2010.

Variável (n=925)	Frequência total	%
HABILIDADE		
Você tem possibilidade de aprender coisas novas em seu trabalho?		
Nunca ou quase nunca	38	4,11
Raramente	130	14,05
Às vezes	326	35,24
Frequentemente	423	45,73
Perdas	8	0,86
Seu trabalho exige muita habilidade ou conhecimentos especializados?		
Nunca ou quase nunca	28	3,03
Raramente	66	7,14
Às vezes	255	25,57
Frequentemente	568	61,41
Perdas	8	0,86
Seu trabalho exige que você tome iniciativas?		
Nunca ou quase nunca	13	1,41
Raramente	32	3,46
Às vezes	252	27,24
Frequentemente	620	67,03
Perdas	8	0,86
No seu trabalho, você tem que repetir muitas vezes as mesmas tarefas?		
Frequentemente	558	60,32
Às vezes	274	29,62
Raramente	59	6,38
Nunca ou quase nunca	26	2,81
Perdas	8	0,86
AUTONOMIA		
Você pode escolher COMO fazer o seu trabalho?		
Nunca ou quase nunca	51	5,51
Raramente	91	9,84
Às vezes	404	43,68
Frequentemente	370	40,00
Perdas	9	0,97
Você pode escolher O QUE fazer no seu trabalho?		
Frequentemente	127	13,73
Às vezes	225	24,32
Raramente	383	41,41
Nunca ou quase nunca	180	19,46
Perdas	10	1,08

Fonte: Trabalho da autora

Ao se tratar de suporte social no ambiente de trabalho (Tabela 6), 38,27% inferem que há onde trabalham um ambiente calmo e agradável; 45,41% relacionam-se bem no ambiente de trabalho; 46,16% podem contar com o apoio dos colegas e 44,11% obtêm a compreensão dos

colegas se estiverem num mau dia; referem ter um bom relacionamento com os chefes 64,22% da amostra, e têm um bom relacionamento com os colegas 60,97% dos profissionais investigados.

Tabela 6. Distribuição das características sobre “Apoio Social” com base na Job Stress Scale (JSS) entre servidores técnico-administrativos do campus universitário. Ribeirão Preto – SP, 2010.

Variável (n=925)	Frequência total	%
Existe um ambiente calmo e agradável onde trabalho		
Discordo totalmente	36	3,89
Discordo mais que concordo	116	12,54
Concordo mais que discordo	408	44,11
Concordo totalmente	354	38,27
Perdas	11	1,19
No trabalho, nos relacionamos bem uns com os outros		
Discordo totalmente	8	0,86
Discordo mais que concordo	70	7,57
Concordo mais que discordo	416	44,97
Concordo totalmente	420	45,41
Perdas	11	1,19
Posso contar com o apoio dos meus colegas de trabalho		
Discordo totalmente	17	1,84
Discordo mais que concordo	70	7,57
Concordo mais que discordo	401	43,35
Concordo totalmente	427	46,16
Perdas	10	1,08
Se não estiver num bom dia, meus colegas compreendem		
Discordo totalmente	19	2,05
Discordo mais que concordo	86	9,30
Concordo mais que discordo	403	43,57
Concordo totalmente	408	44,11
Perdas	9	0,97
No trabalho, me relaciono bem com meus chefes		
Discordo totalmente	5	0,54
Discordo mais que concordo	36	3,89
Concordo mais que discordo	280	30,27
Concordo totalmente	594	64,22
Perdas	10	1,08
Gosto de trabalhar com meus colegas		
Discordo totalmente	5	0,54
Discordo mais que concordo	35	3,78
Concordo mais que discordo	312	33,73
Concordo totalmente	564	60,97
Perdas	9	0,97

Fonte: Trabalho da autora.

Cada dimensão do estresse (demanda, controle e suporte social) teve um somatório de pontuações, sendo que a média de pontos do item demanda foi 13,10 pontos (min= 5, Max=20, dp= 3,0), do item controle 17,84 (min= 6, max= 24, dp= 2,8) e do item suporte social 20,53 (min=0, max= 24, dp= 3,2), descritos também na Tabela 7:

Tabela 7. Distribuição das pontuações da *Job Scale Stress (JSS)* com base nas dimensões entre servidores técnico-administrativos do campus universitário. Ribeirão Preto – SP, 2010.

Dimensão	Desvio padrão (dp)	Pontuação		
		Mínimo	Máximo	Média
Demanda	3,0	5	20	13,10
Controle	2,8	6	24	17,84
Suporte social	3,2	0	24	20,53

Fonte: Trabalho da autora

Analisando os quadrantes de exposição ao estresse, apresentaram maior demanda de trabalho 45,73% dos entrevistados, enquanto 41,67% apresentaram maior controle sobre o trabalho realizado e 57,73% apresentaram intermediário suporte social. Seguindo essa configuração, as experiências que podem acontecer no ambiente psicossocial do trabalho estão analisadas na Tabela 8, abaixo:

Tabela 8. Distribuição das categorias por escore nas dimensões demanda, controle e suporte social entre servidores técnico-administrativos do campus universitário. Ribeirão Preto – SP, 2010.

Variável (n=925)	Frequência total	%
Demanda		
Menor demanda (5 a 13 pontos)	494	53,41
Maior demanda (>13 pontos)	423	45,73
Perdas	8	0,86
Controle		
Menor controle (6 A 17 pontos)	385	41,62
Maior controle (>17 pontos)	534	57,73
Perdas	6	0,65
Suporte Social		
Menor (até 17 pontos)	253	27,35
Intermediário (de 18 a 21 pontos)	361	39,03
Maior (>21 pontos)	303	32,76
Perdas	8	0,86

Fonte: Trabalho da autora

Na Tabela 9, com relação ao nível de exposição de estresse no trabalho, os dados apontam que um número significativo de trabalhadores possui trabalho passivo, o qual usa pouco suas habilidades e não se reflete sobre a produção, ou seja, aquele de menor demanda e menor controle é prevalente em 22,81%, seguido do baixo desgaste (30,59%), menor demanda e maior controle. Observa-se ainda que alguns profissionais apresentam alto desgaste no trabalho, 18,59%, o que se caracteriza por uma grande demanda de atividades, mas um baixo controle. O trabalho ativo é encontrado em 27,14% dos profissionais (maior demanda e maior controle).

Tabela 9. Níveis de Exposição ao Estresse no trabalho com base na Job Stress Scale entre servidores técnico-administrativos do campus universitário. Ribeirão Preto – SP, 2010.

Variável (n=925)	Frequência total	%
Tipo de trabalho		
Ativo	251	27,14
Passivo	211	22,81
Tipo de desgaste		
Alto	172	18,59
Baixo	283	30,59
Perdas	8	0,86

Fonte: Trabalho da autora

5.4 Características Relacionadas ao de Consumo e Dependência de Cigarros em Fumantes

Ao analisar o uso de tabaco e dependência na população, foi verificado que 46,16% das pessoas entrevistadas referem que já fumaram em algum momento de sua vida, e que 13,95% fumam atualmente; a média de cigarros fumados por dia é de 12,9 (min=1 max=40, dp= 9,18). Segundo a Tabela 10, dos que fumam atualmente, 68,25% já tentaram parar de fumar e ainda continuam fumando, e a média de tentativas de parar de fumar foi de 2,64 (min=1, Max=8, dp= 1,47), sendo que a maior dificuldade relatada em parar de fumar foi a ansiedade. Dos fumantes em questão, 82,35% gostariam de parar de fumar, sendo que 56,12% não têm planos de quando parar e relacionam a cessação à melhoria de sua saúde (43%). Observa-se também que procuraram algum tipo de ajuda para parar de fumar 8,71% dos fumantes, e que 32,33% já tiveram problemas em relação ao uso de tabaco.

Tabela 10. Distribuição das variáveis sobre o uso de tabaco e dependência entre servidores técnico-administrativos do campus universitário. Ribeirão Preto – SP, 2010.

Variável (n=129)	Frequência total	%
Já tentou parar de fumar e continua fumando?		
Sim	86	68,25
Não	40	31,75
Você gostaria de parar de fumar?		
Sim	98	82,35
Não	21	17,65
Qual afirmação abaixo se aplica mais a você?		
Gostaria de parar de fumar, mas não tenho planos de quando vou parar	55	56,12
Gostaria de parar de fumar dentro de um ano	40	40,82
Gostaria de parar de fumar daqui há mais de um ano	3	3,06
Você já procurou ajuda para parar de fumar?		
Sim	23	8,71
Não	241	91,29
Você acha que já teve algum problema devido ao uso de cigarro?		
Sim	86	32,33
Não	180	67,67

Fonte: Trabalho da autora

Na Tabela 11, com resultados sobre a cessação do uso de tabaco, 87,93% são ex-fumantes, com a média de tempo de cessação de 10,83 anos (min=1, max=38, dp=9,72). Quanto à decisão de parar de fumar, 32% referiram ter parado por vontade própria, e sobre a estratégia utilizada, 85,53% disseram que pararam de uma vez, e apenas 12,84% tiveram recaídas após a cessação do uso. Entre os ex-fumantes, 14,2% já tiveram algum tipo de recaída ao tentarem parar de fumar.

Tabela 11. Distribuição das variáveis sobre ex-tabagistas entre servidores técnico-administrativos do campus universitário. Ribeirão Preto – SP, 2010.

Variável (n=153)	Frequência total	%
É ex-fumante?		
Sim	153	87,93
Não	21	12,07
Como fez para parar de fumar?		
Parou de uma vez	130	85,53
Foi diminuindo o número de cigarros que fumava	22	14,47
Já teve recaídas ao parar de fumar?		
Sim	19	12,84
Não	129	87,16

Fonte: Trabalho da autora

Dos 129 fumantes da amostra houve a seguinte distribuição das respostas, encontradas na análise do questionário de dependência de Fagerström aplicado aos fumantes: 46,51% fumam o primeiro cigarro após acordar; após 60 minutos, 80,62% fumam e não encontram dificuldades de evitar o fumo em lugares proibidos; 62,79% referem que é difícil deixar de fumar em qualquer horário, enquanto 37,21% dizem que o mais difícil seria o primeiro cigarro da manhã; 52,71% fumam 10 ou menos cigarros por dia, mas 5,43% fumam 31 ou mais cigarros. Sobre fumar mais nas primeiras horas do dia, 66,67% não possuem esse hábito, e 70,54% não fumam estando doentes a ponto de ficar na cama. Esses dados seguem conforme a Tabela 12.

Tabela 12. Distribuição das questões do questionário de tolerância de Fagerström entre servidores técnico-administrativos do campus universitário. Ribeirão Preto – SP, 2010.

Variável (n=129)	Frequência total	%
Quanto tempo depois de acordar, você fuma o primeiro cigarro?		
Após 60 min	60	46,51
6 – 30 min	12	9,30
31 – 60 min	27	20,93
Nos primeiros 5 min	30	23,26
Você encontra dificuldades em evitar fumar em lugares onde é proibido?		
Não	104	80,62
Sim	25	19,38
Qual é o cigarro mais difícil de largar ou de não fumar?		
Qualquer um	81	62,79
O primeiro da manhã	48	37,21
Quantos cigarros você fuma por dia?		
10 ou menos	68	52,71
11 – 20	46	35,66
21 – 30	8	6,20
31 ou mais	7	5,43
Fuma mais frequentemente nas primeiras horas do dia do que durante o resto do dia?		
Não	86	66,67
Sim	43	33,33
Fuma mesmo estando doente a ponto de ficar acamado a maior parte do dia?		
Não	91	70,54
Sim	38	29,46

Fonte: Trabalho da autora

Ao relacionar as respostas supracitadas, somando as questões e recodificando-as em graus de dependência, obteve-se a classificação apresentada na Tabela 13, em que 46,88% dos fumantes possuem um grau muito baixo de dependência, enquanto 7,81% possuem um grau muito elevado de dependência (Tabela 13).

Tabela 13. Distribuição dos graus de dependência propostos por Fagerström entre servidores técnico-administrativos do campus universitário. Ribeirão Preto – SP, 2010.

Graus de dependência (n=129)	Frequência total	%
Muito Baixo (0 a 2 pontos)	60	46,88
Baixo(12.140,6 m² 4 pontos)	32	25,00
Médio (5 pontos)	10	7,81
Elevado (6 a 7 pontos)	16	12,50
Muito Elevado (6 a 7 pontos)	10	7,81

Fonte: Trabalho da autora

5.5 Análises bivariada e multivariada

Após as análises bivariada e multivariada do uso de tabaco em relação aos dados sociodemográficos, econômicos, de trabalho, estresse e consumo de bebidas alcoólicas, obtiveram-se os seguintes achados:

Na análise bivariada (Tabela 14) foi encontrada, associação do sexo masculino tendo mais chances de consumir tabaco em relação ao sexo feminino, e ter idade de 40 ou mais anos também aumenta as chances de fumar do que os mais jovens em idade de trabalho. Ter escolaridade com ensino médio e fundamental completo tem maiores chances de fazer uso de tabaco em relação aos que possuem ensino superior completo. Estar exercendo nível básico na instituição tem mais chances de usar tabaco em relação ao nível superior. Estar em atividade na instituição de 6 a 10 anos tem menos chances de fazer uso de tabaco em relação a quem está há 5 anos na instituição, e possuir mais de 21 anos trabalhando tem mais chances de fazer uso de tabaco, seguindo o mesmo valor de referência. Estar separado aumenta as chances de fumar em relação aos casados, possuir filhos (morar ou não com eles) também aumenta as chances em relação aos que não possuem filhos, ter renda acima de um salário mínimo diminui as chances para fazer uso de tabaco. Ao se tratar de condições de saúde, ter suporte social de nível intermediário diminui as chances de fazer uso de tabaco, e observa-se que consumir bebidas alcoólicas aumenta as chances para o consumo de tabaco ($p < 0,01$).

Após a análise multivariada observou-se para o desfecho que ter mais de 50 anos pode aumentar as chances de fazer uso de tabaco, ter ensino fundamental completo tem maiores chances de fumar do que quem tem ensino superior completo ($p < 0,01$). Ter vínculo com a instituição de 6 a 20 anos também aumenta as chances de fumar em relação aos que têm até 5 anos no vínculo empregatício. Estar solteiro tem mais chances de usar tabaco em relação aos casados; ter filhos e morar com eles aumenta as chances de fumar em duas vezes ($p < 0,02$) em relação a não tê-los, e consumir álcool ($p < 0,01$) aumenta a chance em duas vezes o risco de usar tabaco ($p < 0,01$).

Tabela 14. Análises bivariadas (brutas) e multivariadas (ajustado) dos dados sociodemográficos, econômicos, do trabalho e do consumo de bebida alcoólica em relação ao uso de tabaco entre servidores técnico-administrativos do campus universitário. Ribeirão Preto – SP, 2010.

Variáveis (n=925)	OR _{bruto} (IC95%)	p-valor	OR _{ajustado} (IC95%)	p-valor
Sexo				
Feminino	1,00		1,00	
Masculino	1,37 (0,94 – 1,99)	0,09	1,37 (0,94 – 1,99)	0,09
Idade				
Até 29	1,00		1,00	
30 – 39	0,64 (0,28 – 1,48)	0,30	0,65 (0,28 – 1,48)	0,30
40 – 49	1,63 (0,82 – 3,24)	0,16	1,67 (0,84 – 3,33)	0,14
> 50	1,99 (0,99 – 4,02)	0,05	1,99 (0,98 – 4,03)	0,05
Religião				
Praticante	1,00		†	†
Não praticante	1,12 (0,74 – 1,69)	0,58	†	†
Escolaridade concluída				
Ensino Superior	1,00		1,00	
Ensino Médio	1,56 (1,02 – 2,39)	0,03	1,39 (0,89 – 2,15)	0,14
Ensino Fundamental	3,40 (1,97 – 5,85)	<0,01	2,43 (1,35 – 4,40)	<0,01
Nível da ocupação				
Superior	1,00		1,00	
Médio	1,03 (0,62 – 1,70)	0,89	0,73 (0,40 – 1,33)	0,30
Básico	1,92 (1,13 – 3,26)	0,01	0,96 (0,44 – 2,09)	0,92
Adequação nível x escolaridade				
Adequado	1,00		†	†
Inadequado	0,83 (0,57 – 1,22)	0,35	†	†
Tempo no vínculo				
Até 5 anos	1,00		1,00	
6 – 10 anos	0,33 (0,11 – 0,95)	0,04	0,29 (0,08 – 1,01)	0,05
11 – 20 anos	0,78 (0,42 – 1,44)	0,43	0,50 (0,24 – 1,01)	0,05
> 21 anos	1,58 (1,01 – 2,48)	0,04	0,980 (0,57 – 1,68)	0,95
Estado civil				
Casado/amasiado	1,00		1,00	
Solteiro	1,09 (0,68 – 1,75)	0,69	1,99 (1,10 – 3,60)	0,02
Separado	2,13 (1,23 – 3,67)	<0,01	1,71 (0,91 – 3,20)	0,09

Cont.

Variáveis (n=925)	OR _{bruto} (IC95%)	p-valor	OR _{ajustado} (IC95%)	p-valor
Viúvo	0,69 (0,15 – 3,01)	0,62	0,67 (0,14 – 3,18)	0,62
Filhos				
Não	1,00		1,00	
Sim, moram comigo	1,73 (1,09 – 2,74)	0,02	2,40 (1,12 – 5,11)	0,02
Sim, não moram comigo	1,97 (1,02 – 3,80)	0,04	1,72 (0,68 – 4,34)	0,25
Habitação				
Reside sozinho	1,00		†	†
Reside com alguém	0,90 (0,49 – 1,65)	0,74	†	†
Renda per capita (R\$)				
Até 510,00	1,00		1,00	
511,00 – 1020,00	0,62 (0,32 – 1,17)	0,14	0,79 (0,36 – 1,76)	0,57
1021,00 – 1530,00	0,49 (0,24 – 0,99)	0,04	0,73 (0,30 – 1,79)	0,50
1531,00 – 2040,00	0,47 (0,22 – 1,02)	0,05	0,78 (0,29 – 2,12)	0,64
2041,00 – 7500,00	0,52 (0,25 – 1,07)	0,07	0,75 (0,26 – 2,13)	0,59
Níveis de exposição ao estresse no trabalho				
Passivo	1,00		†	†
Baixo desgaste	0,75 (0,45 – 1,25)	0,28	†	†
Alto desgaste	0,72 (0,40 – 1,30)	0,28	†	†
Ativo	0,90 (0,54 – 1,49)	0,68	†	†
Suporte Social				
Menor (até 17 pontos)	1,00		1,00	
Intermediário (de 18 a 21 pontos)	0,66 (0,40 – 1,08)	0,10	0,72 (0,40 – 1,29)	0,27
Maior (>21 pontos)	1,29 (0,82 – 2,04)	0,26	0,89 (0,50 – 1,59)	0,70
Uso de álcool				
Não	1,00		1,00	
Sim	1,98 (1,22 – 3,22)	<0,01	2,12 (1,15 – 3,88)	0,01

Fonte: Trabalho da autora

† não inserido na análise multivariada por apresentar $p > 0,20$ na análise bivariada.

Conclusão

Conclui-se após análise que há maiores chances para o consumo de tabaco: ter acima de 50 anos (chance 1,9 vezes maior dos que até 29 anos), possuir ensino fundamental completo, possuir vínculo com a instituição de 6 a 20 anos, estar solteiro (chance de 1,99 em relação aos casados), ter filhos e morar com eles (chance 2 vezes mais do que não ter filhos) e consumir bebidas alcoólicas (chance 2 vezes maior em relação aos que não consomem).

6 DISCUSSÃO

6 DISCUSSÃO

Neste capítulo serão discutidos os resultados encontrados e descritos no capítulo anterior. Para melhor compreensão, foi composta a sua estrutura em função do desenvolvimento da pesquisa, ou seja, da análise de frequência simples das variáveis sociodemográficas, econômicas e de trabalho, da análise das características das condições de saúde (uso de tabaco e estresse), da distribuição do uso de tabaco na população, e, por fim, da associação entre uso de tabaco com as outras características da população segundo o modelo teórico-hierárquico.

Neste estudo observou-se que através dos resultados a população de trabalhadores técnico-administrativos de uma universidade pública é representada em sua maioria por mulheres, proporção semelhante à encontrada no estudo entre funcionários da Universidade Estadual do Ceará (SABRY et al., 1999), a qual também, em sua maioria entrevistada, é composta por mulheres; isso pode ser observado, pois as mulheres estão atuando mais no ambiente de trabalho, e segundo Probst (2004), o número de mulheres em postos diversos nas empresas cresce exponencialmente.

Em relação à idade, foi encontrada uma amostra mais significativa entre a idade de 40 e 49 anos; esta característica é semelhante ao estudo realizado com trabalhadores da prefeitura do campus da Universidade de São Paulo: população similar, com o mesmo vínculo empregatício e que realiza trabalho idêntico (AMARAL, MALBERGIER, 2004).

Ao se tratar de composição familiar, foi encontrada semelhança com pesquisa realizada na área de sociologia sobre família, casa e trabalho, em que na sua maioria são pessoas casadas, que moram com alguém (filhos), o que converge com a realidade de famílias brasileiras, consideradas do tipo nuclear (74,8%, na Grande São Paulo), compostas pelo chefe, cônjuge e filhos (BRUSCHINI, RIDENTI, 1994).

Já em relação à renda per capita, os trabalhadores ganham mensalmente entre um e dois salários mínimos. Segundo dados do IBGE, o valor médio da renda dos brasileiros no Sudeste é de R\$631,20, o que se assemelha à maioria da população do País, independentemente da função exercida (BRASIL, 1999).

Quanto à escolaridade dos trabalhadores, o grupo entrevistado apresentou uma alta escolaridade, acima de ensino médio concluído, dado semelhante ao encontrado em estudo

com trabalhadores universitários (SABRY et al., 1999). Pode-se inferir que ao trabalhar em um meio universitário, os sujeitos contratados também têm um grau específico de formação. Sabe-se que a partir dos anos 90, os trabalhadores e suas organizações passaram a ter que enfrentar os desafios provenientes das transformações técnicas e organizacionais por consequência da globalização, a qual atinge questões referentes à formação profissional, o que pode estar relacionado ao aumento do grau de instrução dos trabalhadores em geral (BASTOS, 1997).

Informam ser praticantes de algum tipo de religião, 73,30% da população. Segundo o IBGE, 2000, 90,8% da população brasileira tem algum tipo de religião, observando-se que a religiosidade ainda é muito presente entre os brasileiros (ANTONIAZZI, 2003).

Dados do Departamento de Saúde e Serviços Humanos dos Estados Unidos indicam que duas em cada dez pessoas na faixa dos 25 a 49 anos nos EUA referem ingerir doses excessivas de bebidas alcoólicas (US, 1999). No presente estudo, a proporção de sujeitos que referiram uso de bebidas alcoólicas foi de aproximadamente 73%, sem considerar a intensidade desse consumo. Em estudo entre trabalhadores de um Centro de Saúde-Escola observou-se o consumo de bebidas alcoólicas em 46,2% da população (NASCIMENTO e MENDES, 2002). Pode-se fazer uma relação entre o presente estudo e o anterior, já que as duas populações são provenientes da mesma cidade, composta por trabalhadores na mesma faixa etária. Pode-se pensar que o consumo de álcool seja menor em trabalhadores da saúde, pela compreensão maior dos danos causados. Observando uma perspectiva mais ampliada, em estudo que analisou a prevalência de consumo de bebidas alcoólicas de uma região metropolitana no Brasil, 52% dos entrevistados declararam fazer uso de bebidas alcoólicas (ALMEIDA e COUTINHO, 1993).

Ao estudar as características de trabalho da população de servidores técnico-administrativos de uma universidade pública, observou-se que 52,76% da população exerce função empregatícia de nível médio, pois a maioria dos cargos a serem ocupados por servidores não docentes se enquadra nesta categoria. Este dado pode estar relacionado à afirmação feita por Szajman e colaboradores (2009), admitindo que os trabalhadores menos especializados acabam se ajustando a serviços simples e generalizados com mais rapidez que os especializados.

Ao se estudar a adequação do nível exercido na função, em relação à escolaridade que o sujeito possui, foi observado que há uma inadequação, ou seja, funcionários com escolaridade entre média e superior ainda exercem função de nível básico, e alguns com

escolaridade superior exercem função de nível médio ou básico. Isto pode culminar em uma insatisfação no trabalho, pois entende-se que o ser humano, ao desempenhar qualquer atividade, utiliza-se de fatores internos ou externos que são responsáveis pela condução do objetivo almejado, e possuir uma escolaridade não compatível com a função exercida, assim como condições laborais e salariais ruins, podem ser fatores de impacto negativo na prestação do serviço (BATISTA et al., 2005).

Sobre o tempo de trabalho na instituição, obteve-se na maior parte da amostra respondente, 48,54%, com 11 anos ou mais de carreira. Estudo realizado num campus universitário encontrou também uma maioria com 12 anos ou mais de trabalho na mesma instituição (AMARAL, MALBERGIER, 2004). A experiência profissional, o envolvimento institucional e a estabilidade adquirida pelo tempo de serviço são fatores que estimulam nos profissionais a permanência em uma organização. O tempo de trabalho em uma instituição pode estar ainda associado à proposta de trabalho e à satisfação individual (MARTINS et al., 2006). Ao se tratar de estresse no trabalho, a população analisada apresentou em sua maioria menor demanda de trabalho, maior controle sobre ele e suporte social intermediário dentro da instituição, o que culminou em um tipo de trabalho de baixo desgaste e do tipo ativo.

Assim, observa-se que o baixo desgaste (30,59% da amostra), resultado da composição de menor demanda e maior controle, pode estar relacionado à característica do trabalho realizado por essa população em estudo, ou seja, serviço de cunho administrativo em sua maior parte. Este tipo de trabalho encontrado (baixo desgaste) é considerado o melhor, pois o profissional tem controle sobre o processo e sobre o tempo para realizá-lo.

Apesar do resultado positivo da maioria, ainda é encontrado em alguns profissionais um alto desgaste no trabalho (18,59%), o que se caracteriza por uma grande demanda de atividades, mas um baixo controle, e causa prejuízos no trabalho, com risco de desgaste psicológico e sofrimento físico desses profissionais.

Ainda o trabalho do tipo ativo, referenciado anteriormente, é encontrado em 27,14% dos profissionais (maior demanda e maior controle), a saber, esta porcentagem de profissionais está inserida em uma atmosfera que favorece o aprendizado e a motivação para desenvolver suas atividades laborais.

Portanto, os quadrantes de baixo desgaste e trabalho ativo são referidos como os de menor associação a risco de adoecimento, enquanto o quadrante de alto desgaste, seguido pelo trabalho passivo, são os de maior associação ao risco de adoecer.

O modelo demanda-controle tem contribuído para o estudo do estresse ocupacional, proporcionando um quadro teórico para explicar a relação entre as características psicossociais do ambiente de trabalho e as consequências para a saúde dos trabalhadores (MANETTI, 2009).

Este tipo de avaliação das condições de estresse no trabalho não foi encontrado na literatura com população semelhante, sendo feitas comparações com estudos em diferentes populações. Apesar de não apresentar condições perfeitas para a comparação de resultados com o presente estudo, a associação do estresse demonstrada amplia a validação do questionário utilizado, pois foi encontrada a relação do estresse com fatores de risco para a saúde, o que pode também servir como base teórica para a busca de atitudes preventivas (URBANETTO et al., 2011).

Assim, esses resultados diferem dos encontrados em um estudo com população de enfermeiros, pois foi observado que esses profissionais realizam um trabalho passivo com alto desgaste (URBANETTO et al., 2011).

Sabe-se que certas ocupações têm uma maior probabilidade de envolver o elemento emocional no trabalho e serem consideradas de alto risco, e é sugerido que as pessoas que atuam nessas ocupações têm mais estresse (por exemplo: enfermeiros, assistentes sociais, policiais, empregados de telemarketing e magistério), porém há poucas informações disponíveis que mostrem valores relativos de estresse em outras ocupações (JOHNSON et al., 2005).

Neste estudo foi observado que a população de servidores técnico-administrativos de uma universidade pública apresenta condições adequadas de trabalho e não tem altos índices de estresse laboral, portanto, tem menor risco de adoecer por estresse. Mesmo perante este resultado, não se deve descartar a possibilidade de melhorar as condições de trabalho, ou mesmo aumentar o suporte social nessa população, além de trabalhar o problema em questão na população de risco (que exerce trabalho do tipo passivo com alto desgaste).

Em continuidade, nos aspectos que investigaram o uso de tabaco, dos 925 participantes havia 129 (13,95%) pessoas que declaravam ser fumantes e, portanto, responderam às questões referentes ao uso de tabaco.

Observou-se então que a prevalência de uso de tabaco (13,95%) desta população difere da encontrada em estudos entre bancários (29,5%) (GRIEP, CHOR, CAMACHO, 1998), entre funcionários de uma Universidade do Ceará (26,2%) (SABRY et al., 1999) e em

estudo com trabalhadores de uma usina (28,23%) (DALRI, 2006). Porém, foram encontrados dados semelhantes em estudos, tais como: 14% de fumantes em estudo com docentes de uma instituição de nível superior (VENDRAMETTO et al., 2007), 16,5% de fumantes em funcionários de um ambiente hospitalar (NAZARETH et al., 2008) e 13,6% em funcionários de um hospital universitário do sul do Brasil (ECHER, 2011). Na população em geral, 16,7% fumavam algum produto derivado do tabaco, em pesquisa nacional por amostra de domicílios, sobre uso de tabaco na Região Sudeste (BRASIL, 2009) e 17% no Brasil, segundo dados do Levantamento Nacional (BRASIL, 2011).

A média de cigarros fumados por dia foi de 12,9. Esta quantidade é significativa, pois seria mais de meio maço de cigarros por dia, ou um maço a cada dois dias. Este dado é preocupante, pois sabe-se que o fumante destina parcela de sua renda à compra de cigarros. Especialistas apontam que um gasto de 2 a 4% já pode ser considerado elevado e mostram uma proporção do gasto médio com cigarros de 4,8 a 7% em nível nacional (BRASIL, 2011). Além disso, o consumo de cigarros por dia tem sido associado ao aumento do risco de câncer de estômago (HOSHIYAMA, SASABA, 1992). Menciona-se também que o consumo maior de um maço por dia (>20cigarros/dia) aumenta em 13 vezes o risco de se ter câncer de cabeça e pescoço, e que fumantes de menos que 7 cigarros/dia poderiam ter risco semelhante ao de não fumantes, portanto o consumo médio encontrado neste estudo configura maior risco de morbidade (ANDRÉ et al., 1995).

Sobre ser ex-fumante, 153 pessoas referiram a cessação do hábito com o tempo médio de término de 10,8 anos, sendo observado em estudo com funcionários que o tempo em que suspenderam essa prática foi de 8 anos (SABRY et al., 1999). Fumam e gostariam de parar de fumar aproximadamente 83% dos indivíduos fumantes. Este resultado é um fator positivo, porém não é uma realidade nacional e internacional, pois sabe-se que nos últimos 20 anos, a educação e a persuasão não foram motivos suficientes para promover uma mudança política, cultural e social relacionada ao comportamento de fumar. Investimentos continuados e mais consistentes, voltados para a prevenção e o tratamento, são necessários em função da projeção sobre mortalidade no período de 2000 a 2049 (FIORE, BAILEY, COHEN, 1996). Em contraponto a esses dados, sabe-se que mundialmente é observada uma tendência de diminuição da prevalência de fumantes (RIBEIRO et al., 1999). Segundo Marques e colaboradores (2001), os fumantes que já tentaram parar de usar o tabaco necessitam de cinco a sete tentativas para superar a dependência. Muitas vezes, o ambiente em que a pessoa está e o momento pelo qual está passando são estímulos para o consumo do tabaco.

Quanto à dependência, constatou-se que 7,81% da amostra de fumantes possui um grau muito elevado de dependência. Consideradas as devidas diferenças em termos populacionais, este número é substancialmente baixo ao se relacionar este dado com os encontrados em uma clínica médica e pneumológica do Hospital Universitário e Santa Casa de Rio Grande, o qual teve como resultado: 54,9% dos fumantes com elevada dependência nicotínica, utilizando o mesmo questionário. Porém, estes servidores técnico-administrativos compõem um grupo de pessoas consideradas saudáveis, mas que na realidade fumam e têm alta dependência nicotínica. Nesta perspectiva, pode-se identificar e prever o desconforto nessas pessoas ao deixarem de fumar, e conhecer mais de perto a necessidade de tratamento para controle da síndrome de abstinência (PIETROBON et al., 2007).

Ao associar o uso de tabaco com as variáveis e fatores relacionados do estudo, obteve-se a relação com algumas características admitindo um valor de p específico, sendo que para a análise bivariada entraram valores de $p < 0,20$, e para a multivariada, $p < 0,05$. Assim, seguem abaixo as relações feitas com as características encontradas na população.

Observou-se a relação do uso de tabaco com o sexo, no qual o sexo masculino tem mais chances de fazer uso de tabaco em relação ao sexo feminino. Isto é observado também em estudos com fumantes funcionários de outra universidade, na qual observa-se maior prevalência de tabagismo no sexo masculino do que no feminino ($p < 0,01$). Foi encontrada também maioria de fumantes homens em outros estudos (NAZARETH et al., 2008, BRASIL, 2011, BARROS, NAHAS, 2001). Alguns autores têm demonstrado o tabagismo prevalente no gênero masculino (BARBOSA; CARLINI-COLTRIN; SILVA FILHO, 1989; LONDOÑO, 1992; YANG et al., 1999. Em países como os da Ásia e do Leste Europeu, por razões culturais, as prevalências de fumo são mais baixas no gênero feminino. Entretanto, esse perfil vem se modificando e o número de mulheres tabagistas vem aumentando nos últimos anos (MALCON et al., 2003).

Ao analisar o uso de tabaco e idade, constatou-se que têm mais chances para o uso pessoas com mais de 40 anos em relação aos mais jovens em idade adulta (até 29 anos). Em estudo no Rio Grande do Sul, sobre tabagismo entre médicos, observou-se que a prevalência do tabagismo aumentou com a idade, sendo que mais de 50% dos fumantes regulares, em ambos os sexos, se concentravam na faixa etária a partir de 40 anos (HALTY et al., 2002). Observou-se a média de idade de 43,5 anos em estudo com médicos tabagistas na região do ABC paulista (GUAZZELLI, FILHO, FIZ, 2005). Em estudo realizado entre docentes de uma

universidade pública, notou-se certa discrepância quanto à faixa etária, pois a maior prevalência de tabagistas foi de 30-39 anos com $p < 0,05$ (VENDRAMETTO et al., 2007).

Relacionando a escolaridade concluída, os funcionários de ensino médio e fundamental têm mais chances de fazer uso de tabaco em relação aos que possuem ensino superior completo. Observa-se em estudo de Horta e colaboradores (2007) que o uso de tabaco incide mais entre populações com menor escolaridade. Em estudo realizado pelo Instituto Nacional do Câncer (INCA) sobre tabagismo no Brasil, a concentração de fumantes é maior entre as pessoas com menos de oito anos de estudo do que entre pessoas com oito anos ou mais de estudo (BRASIL, 2011).

Segundo o nível de ocupação exercida pelo funcionário, sabe-se que ao realizar uma função de nível básico na instituição, há mais chances de fazer uso de tabaco comparando com os de nível superior. Em estudo com tabagistas em ambiente hospitalar, 29,5% da população atuava em serviços gerais e 22,7% em atividades administrativas, sem necessidade para o trabalho de curso técnico ou superior, observando-se uma correlação entre tabagismo, baixa renda e baixo nível de escolaridade. Na China, indivíduos com nenhuma escolaridade têm uma probabilidade maior de serem fumantes de cerca de sete vezes, em relação aos que possuem nível superior; já no Brasil, entre os indivíduos com baixa escolaridade e exercendo níveis básicos em sua função, essa probabilidade é aumentada em cinco vezes (WORLD BANK, 2003).

Com relação a tempo de trabalho, observou-se que pessoas com 6 a 10 anos ou com mais de 21 anos no vínculo empregatício, têm mais chances de fazer uso de tabaco em relação aos que trabalham na instituição por até 5 anos. Isto pode estar relacionado ao uso do tabaco ter sido iniciado na instituição de trabalho, portanto, aqueles com 5 anos ou menos de vínculo provavelmente não fumam ainda, e podem ser fumantes passivos no momento da pesquisa, porém não foi encontrada relação científica com essa afirmação. Sabe-se apenas que ao se tratar de ambiente de trabalho, este dado representa muitas horas de exposição à fumaça do tabaco, cerca de oito horas diárias para grande parte dos trabalhadores, que na maioria das vezes não podem optar pela não exposição, e em consequência disto o tabagismo passivo é considerado um fator de risco ocupacional (US, 2000).

Estar separado, divorciado, parece aumentar as chances do uso de tabaco em relação aos casados ou amasiados. Foi encontrada em amostra de Vendrametto e colaboradores (2007) uma porcentagem maior de fumantes entre divorciados (27,5%), seguidos pelos solteiros, onde os fumantes casados correspondem a apenas 6% do total ($p < 0,05$). Dados da

literatura que fazem consonância com esse achado estão nos estudos de Griep, Chor, Camacho (1998) e Thornton; Fry (1994).

Ter filhos e morar com eles aumenta também as chances para o consumo de tabaco neste estudo, porém não foram encontradas referências comparativas, apesar de ser um dado preocupante, pois é sabido que o hábito de fumar se inicia na adolescência e o exemplo dos pais pode estar relacionado à iniciação do uso. De acordo com a teoria da aprendizagem social, ter pais fumantes poderia aumentar o risco de a criança ser tabagista, e tem-se observado que quando os pais fumam, os filhos têm maior probabilidade de se tornarem fumantes (LEWIS et al., 2001).

Ao se tratar de renda per capita, observou-se que os funcionários que recebem mais de um salário mínimo por pessoa da família, têm mais chances de fumar do que os que ganham até um salário, e embora haja uma relação já conhecida sobre escolaridade e renda, é sabido, segundo o Levantamento Nacional, que a renda muito baixa pode estar fazendo com que este grupo não fume ou comece a fumar mais tardiamente, por dificuldade de acesso ao produto pelo custo (BRASIL, 2011).

No que concerne ao suporte social de nível intermediário dentro do ambiente de trabalho, este pareceu ter maiores chances para o tabagismo do que quem possui um menor nível de suporte social. Não foram encontrados dados semelhantes na literatura, porém sabe-se que o apoio social representa para o tabagista como um reforço nas motivações de cessar o hábito, fortalece vantagens para parar de fumar e ajuda o fumante a resolver a ambivalência, se houver motivação a declinar. O suporte social através de amigos, familiares e dentro da instituição laboral é fundamental na resistência ao tabaco, assim como ambientes livres de tabaco (REICHERT et al., 2008).

Ao relacionar o uso de álcool, observou-se que há uma chance maior a fumar, isto é, quem bebe tem mais chances de fumar em relação aos que não bebem. Estudos realizados na década de 90 apontam que quanto maior a dependência nicotínica, maior o consumo de álcool, e dados semelhantes foram corroborados por Reisdorfer em 2010, observando que o consumo de tabaco aumenta consideravelmente entre indivíduos que bebem.

Foi possível também observar em estudo de Vendrametto e colaboradores, (2007), que há uma correlação entre o fumo e a ingestão de bebidas alcoólicas, ao se comparar fumantes e não-fumantes ($p < 0,05$), sendo que a ingestão também é maior no grupo de fumantes, e da

mesma forma Sabry, Sampaio, Silva, (1999), Griep, Chor, Camacho, (1998), Thornton; Fry, (1994) também encontraram forte associação entre tabaco e uso do álcool.

Após a análise bivariada, os dados foram novamente analisados, agora na análise multivariada seguindo o modelo teórico-hierárquico, e foram significativas somente as relações feitas entre tabaco e idade (>50 anos), tabaco e escolaridade concluída (ensino fundamental), tabaco e tempo no vínculo (6 a 20 anos), tabaco e estado civil (solteiro), tabaco e habitação (ter filho e morar com eles) e tabaco com uso de álcool, já mencionadas neste capítulo.

Limitações do estudo

1) Durante o período da coleta de dados foram encontradas algumas limitações que provavelmente interferiram no processo. Tais limitações estão elencadas a seguir: 1) Extenso período utilizado para coleta de dados em decorrência do pequeno número de pesquisadores, recesso da universidade, ocorrência de paralisações e greves, além da burocracia na obtenção das autorizações junto às unidades;

2) Devido à manutenção dos preceitos éticos para a realização de pesquisa nesta temática (consumo de tabaco e ambiente de trabalho), não foi possível a checagem do preenchimento integral dos instrumentos entregues, levando a perdas de respostas sobre algumas variáveis.

7 CONCLUSÃO

7 CONCLUSÃO

O estabelecimento de comportamentos como o tabagismo e o consumo de outras substâncias psicoativas é fenômeno complexo e não poderia ser explicado em associação a uma única variável ou a um único fenômeno.

Esse assunto de extrema importância deve ser debatido entre todos os setores: comunidade científica, equipes de saúde, mídia, empresas, educação, empresários e empregadores, a fim de debater formas de reverter esse comportamento no ambiente de trabalho.

É sabido que o ambiente de trabalho é um lugar onde hábitos podem ser reforçados ou modificados, sendo potencialmente importante para a realização de programas de prevenção (GRIEP, CHOR, CAMACHO, 1998).

O presente estudo buscou conhecer a relação do uso de tabaco com variáveis associadas em uma população de servidores técnico-administrativos de uma universidade pública. Essa população é composta em sua maior parte por mulheres com idade entre 40 e 49 anos. De modo geral, os indivíduos são casados e moram com alguém (com os filhos, na maioria dos casos), recebem mensalmente de um a dois salários mínimos, possuem escolaridade acima do nível médio concluído, são praticantes de algum tipo de religião e fazem uso de bebidas alcoólicas.

Na universidade, a maioria exerce função de nível médio e há em alguns casos uma inadequação ao relacionar escolaridade e nível exercido na instituição, onde trabalham há mais de 11 anos.

Sobre estresse no trabalho, observou-se que a população em geral não sofre esse tipo de estresse, e que o suporte social que recebem é de nível intermediário.

Uma porcentagem significativa das pessoas faz uso de tabaco, e muitas delas gostariam de parar de fumar. A maioria dos ex-tabagistas deixou o hábito há mais de 10 anos.

Quanto à dependência nicotínica, ainda existem na população pessoas que apresentam uma dependência muito elevada.

O presente estudo permitiu uma caracterização bastante específica da população em questão, evidenciando características com maior nível de associação ao uso de tabaco (ter

mais de 50 anos, possuir ensino fundamental completo, ter tempo de trabalho no vínculo entre 6 e 20 anos, ser solteiro, ter filhos, morar com eles e fazer uso de álcool). Assim, entende-se que qualquer tipo de ação a ser desenvolvida junto à população de estudo, com vistas à promoção e prevenção relacionadas ao uso de tabaco no ambiente de trabalho, deva considerar tais características.

A partir deste estudo, ressalta-se a necessidade de desenvolver estudos de intervenção para a cessação e prevenção do uso de tabaco, delineados para atender a referida população mediante suas particularidades.

8 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

8 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, L. M. de; COUTINHO, E. da S. F. Prevalência de consumo de bebidas alcoólicas e de alcoolismo em uma região metropolitana do Brasil. **Rev. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, n.27, p. 23-29, 1993.

ALVES, M. G. M. **Pressão no trabalho**: estresse no trabalho e hipertensão arterial em mulheres no Estudo Pró-Saúde. 2004. Tese (Doutorado em Ciências da Saúde) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2004.

AMARAL, R. A. do; MALBERGIER. Avaliação de instrumento de detecção de problemas relacionados ao uso do álcool (CAGE) entre trabalhadores da Prefeitura do Campus da Universidade de São Paulo (USP) – Campus Capital. **Rev. Bras. Psiquiatr**, São Paulo, v.3, n.26, p. 156-163, 2004.

ANDRE, K.; SCHRAUB, S.; MERCIER, M.; BONTEMPO, P. Role of alcohol and tobacco in the aetiology of head and neck cancer: a case-control study in the Doubs region of France. *Eur J Cancer B Oral Oncol*. 1995;31:301-309.

ANTONIAZZI, A. As religiões no Brasil segundo o Censo de 2000. **Rev. de Estudos da Religião**, Campinas, n.2, p. 75-80, 2003.

ARAÚJO A. J. de; MENEZES, A. M. B.; DÓREA, A. J. P. S.; TORRES, B. S.; VIEGAS, C. A. de A.; SILVA, C. A. R. da et al. Diretrizes para Cessação do Tabagismo. **J. Bras. Pneumol.**, São Paulo, v. 30, n. 2, p. 1-76, ago. 2004.

ARELLANEZ-HERNÁNDEZ, J. L.; DIAZ-NEGRETE, D. B.; WAGNER-ECHEAGARAY, F.; PÉREZ-ISLAS, V. Factores picossociales asociados con el abuso y la dependencia de drogas entre adolescentes: análisis bivariados de um estudio de casos y controles. **Salud Mental**, v. 38, n. 3, p. 54-64, junio 2004.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EMPRESAS DE PESQUISA – ABEP (2003). **Critério de Classificação Econômica do Brasil**. Disponível em: http://www.abep.org.br/codigosguias/ABEP_CCEB.pdf. Acesso em 11 jan. 2008.

BARBOSA, M. T. S.; CARLINI-COLTRIN, B.; SILVA FILHO, A. R. O uso de tabaco por estudantes de primeiro e segundo graus multivariado para compreensão do fenômeno. **Rev. Saúde Pública**, v. 23, p. 401-409, 1989.

BARROS, M. V. de G.; NAHAS, M. V. Comportamento de risco, autoavaliação do nível de saúde e percepção de estresse entre trabalhadores da indústria. **Rev. Saúde Pública**, v.6, n.35, p. 544-563. São Paulo, 2001.

BASTOS, S. M. M. S. Experiências e projetos de formação profissional entre trabalhadores brasileiros. **Educação e Sociedade**, ano XVIII, n. 60, p. 117-143. São Paulo, 1997.

BATISTA, A. A. V.; VIEIRA, M. J.; CARDOSO, N. C. dos S.; CARVALHO, G. R. P. de. Fatores de motivação e insatisfação no trabalho do enfermeiro. **Rev. Esc. Enfermagem USP**, São Paulo, v.1, n. 39, p. 85-91, 2005.

BOM SUCESSO, E. P. **Trabalho e qualidade de vida**. Rio de Janeiro: Dunya, 1998.

BRASIL. 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. Rio de Janeiro: Inca, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Tabagismo e saúde**: informação para profissionais de saúde. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1997.

_____. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução n. 196, de 10 de outubro de 1996**: diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília, 2005.

_____. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS). **Indicadores e Dados Básicos** (IDB). Brasília, 2011. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br>. Acesso em: 20 set. 2011.

_____. Secretaria de Assistência à Saúde. Instituto Nacional de Câncer – INCA. **Estimativas da incidência e mortalidade por câncer**. Rio de Janeiro: INCA, 2002.

_____. **Tabagismo e saúde**: informação para profissionais de saúde. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1997.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios**: Tabagismo, 2008. Rio de Janeiro, 2009.

_____. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). **Pesquisa Nacional da Previdência**, 2008. Rio de Janeiro, 1999.

BRASIL. SENAD. Secretaria Nacional Anti-Drogas. **Prevenção ao uso de álcool e outras drogas no ambiente de trabalho**: conhecer para ajudar. Florianópolis, 2008.

BRUSCHINI, C.; RIDENTI, S. Família, Casa e Trabalho. **Cad. Pesq.**, São Paulo, n.88, p. 30-36, 1994.

CAPILHEIRA, F. M. **Prevalência e fatores associados à consulta médica e solicitação de exames complementares**: um estudo de base populacional. 2004. Dissertação (Mestrado em Epidemiologia) – Universidade Federal de Pelotas, RS, 2004.

CARDOSO, B. A. P.; SANTOS, M. L. S. C.; BERARDINELLI, L. M. M. A relação estilo de vida e tabagismo entre acadêmicos de enfermagem. **Rev. Eletr. Enferm.**, Goiânia, v. 11, n. 2, p. 368-374, 2009.

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.** São Paulo, n.59, v. 1/2, p. 73-80, 2002.

CARVALHO, A. K. S. **Dados demográficos e características gerais de saúde de uma população acima de 40 anos**. Estudo platino – área metropolitana de São Paulo. [tese]. São Paulo: UNIFESP – Escola Paulista de Medicina, 2007.

CASTRO, M. G. T. **Qualidade de vida e tabagismo**. Dissertação. Porto Alegre: PUCRS, 2005.

CAVALCANTE, T. M. O controle do tabagismo no Brasil: avanços e desafios. **Rev. Psiqu. Clín.** Rio de Janeiro, v. 32, n. 5, p. 283-300, 2005.

DALRI, R. de C. Tabagismo entre trabalhadores de uma usina sucroalcooleira no Brasil. **Cienc. Enferm.**, Chile, v. 12, n. 1, p. 53-60, jun 2006. Disponível em: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S071795532006000100006&lng=es. doi: 10.4067/S0717-95532006000100006. Acesso em 7 out. 2011.

DOLL, R.; PETO, R.; WHEATLEY, K.; GRAY, R.; SUTHERLAND, I. Mortality in relation to smoking: 40 years observations on male British doctors. **B. Med. J.** Orlando, v. 309, n. 6959, p. 901-911, 1994.

ECHER, I. C.; CORRÊA, A. P. A.; LUCENA, A. de F. et al. Prevalence of smoking among employees of a university hospital. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 19, n. 1, p. 179-186, 2011.

FAGERSTRÖM, K. O. Measuring degree of physical dependence to tobacco smoking with reference to individualization of treatment. **Addict. Behav.**, v. 3, n. 3-4, p. 235-241, 1978.

_____. The epidemiology of smoking: health consequences and benefits of cessation. **Drugs**, v. 62, Suplemento 2, p. 1-9, 2002.

FIELDING, J. **Maxcy Rosenau public health and preventive medicine**. [S.l]: Applleton & Lange, 1986. p. 999-1.038.

FIGORE, M. C.; BAILEY, W. C.; COHEN, S. J. **Smoking cessation**. Clinical Practice Guideline, 18. US Department of Health and Human Services, Public Health Service, Agency for Health Care Policy and Research; 1996.

FRENCH, J. R. P.; CAPLAN, R. D. Psychosocial factors in coronary heart disease. *Indus: Soc. Sd. Med.* v. 39, p. 383-397, 1970.

FRONE, M. R. Are work stressors related to employee substance use? The importance of temporal context assessments of alcohol and illicit drug use. **J. Appl. Psychol.**, v. 93, n. 1, p. 199-206, Jun. 2008.

FUCHS, C. S.; VICTORA, C. G.; FACHEL, J. Modelo hierarquizado: uma proposta de modelagem aplicada à investigação de fatores de risco para diarreia grave. **Rev. Saúde Pública**, Porto Alegre, n. 30, v.2, p. 168-178, 1996.

GALDURÓZ, J. C. F.; NOTO, A. R.; NAPPO, S. A.; CARLINI, E. A. **Primeiro levantamento domiciliar nacional sobre o uso de drogas psicotrópicas**. Parte A: Estudo envolvendo as 24 maiores cidades do Estado de São Paulo. São Paulo: Unifesp/Cebrid; 1999.

GLASSMAN, W. E.; HADAD, M. **Psicologia: abordagens atuais**. 4ª ed. Porto Alegre (RS): Artmed, 2006.

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.

GUAZZELLI, A. C.; FILHO, M. T.; FISS, E. Tabagismo entre médicos da Região do ABC Paulista. **J. Bras. Pneumologia**, São Paulo, n. 6, v. 31, p. 516-522, 2005.

GUIMARÃES, L. A. M.; GRUBITS, S. **Série saúde mental e trabalho**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.

HALTY, L. S.; HÜTTNER, M. D.; OLIVEIRA NETO, I. C.; SANTOS, V. A.; MARTINS, G. Análise da utilização do Questionário de Tolerância de Fagerström (FTQ) como instrumento de medida da dependência nicotínica. **J. Pneumol.**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 4, p. 180-186, 2002.

HARBS, T. C.; RODRIGUES, S. T.; QUADROS, V. A. S. Estresse da equipe de enfermagem em um centro de urgência e emergência. **Bol. Enferm.**, Curitiba, v. 1, n. 2, p. 41-56, jan.-jun. 2008.

HEATHERTON, T. F.; KOZLOWSKI, L. T.; FRECKER, R. C.; FAGERSTRÖM, K. O. The Fagerström Test for Nicotine Dependence: a revision of the Fagherström Tolerance Questionnaire. **Br. J. Addict.** Cambridge, v. 86, n. 9, p. 1.119-1.127, 1991.

HEISHMAN S. J.; TAYLOR, R. C.; HENNINGFIELD, J. E. Nicotine and smoking: a review of effects on human performance. **Exp. Clin. Psychopharm.** v. 2, p. 345-395, 1994.

HORTA, B. L.; CALHEIROS, P.; PINHEIRO, R. T.; TOMASI, E.; AMARAL, K. C.. Tabagismo em adolescentes de área urbana na região sul do Brasil. **Rev. Saúde Pública**, v. 35, n. 2, p. 159-164, 2007.

HOSHIYAMA, Y.; SASABA, T. A case-control study of stomach cancer and its relation to diet, cigarettes, and alcohol consumption in Saitama. *Cancer Causes Control*. 1992;3:441-448.

HURRELL JR., J. J.; SAUTER, S. L. Stress Ocupacional: causas, consequências, prevenção e intervenção. In: ROSSI, A. M.; PERREWÉ, P. L.; MEURS, J. A. (orgs.). **Stress e qualidade de vida no trabalho**: stress social – enfrentamento e prevenção. São Paulo: Atlas, 2011.

ISMAEL, S. M. C. **Efetividade da Terapia Cognitivo-comportamental na terapêutica do tabagista**. 2007. (Tese). São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, 2007.

JAQUECS, M. G; CODO, W. **Saúde mental e trabalho**. Petrópolis: Vozes, 2002.

JEFFERY, R. W.; KELDER, S. H. ; FOSTER, J. L. ; FRENCH, S. A. Restrictive smoking policies in the workplace: effects on smoking prevalence and cigarette consumption. **Prev. Med.** Minneapolis, v. 23, n. 78-82, 1994.

JOHNSON, S.; COOPER, C. L.; CARTWRIGTH, S.; DONALD, I.; TAYLOR, P.; MILLET, C. A vivência do stress relacionado ao trabalho em diferentes ocupações. **Journal of Managerial Psychology**, U.S.A., v.20, n.2, p. 178-187, 2005.

KAPLAN, H. I. **Compêndio de psiquiatria: ciências do comportamento e psiquiatria clínica**. Porto Alegre: Artmed, 1997.

KARASEK, R. T.; THEORREL, T. The Demand-Control-Support Model and CVD. Occupational Medicine: the workplace and cardiovascular disease. **State Art Rev.**, v. 15, n. 1, p. 78-83, 1990.

LAZARUS, R. S. Psychological stress in the workplace. In: CRANDALL R.; PERREWÉ, P. L. (Orgs.). **Occupational stress: a handbook** . Washington: Taylor & Francis, 1995.

LESHNER, A. L. Drug abuse and addiction are biomedical problems. **Hosp. Pract.**, Suplemento, U. S., p. 2-4, 1997.

LEWIS, P.C.; HARRELL, J.S.; BRADLEY, C.; DENG, S. Cigarette use in adolescents: the cardiovascular health in children and youth study. **Res Nurs Health**. 2001;24(1):27-37.

LOLIO, C. A. de; SOUZA, J. M. P. de; SANTO, A. H.; BUCHALLA, C. M. Prevalência de tabagismo em localidade urbana da Região Sudeste do Brasil. **Rev. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 4, p. 262-265, ago. 1993.

LONDOÑO, F. J. L. Factores relacionados con el consumo de cigarrillos en escolares adolescentes de la ciudad de Medellín. **Bol Oficina Sanit Panam**. v. 112, p. 131-137, 1992.

MALCON, M. C.; MENEZES, A. M.; CHATKINB, M. Prevalência e fatores de risco para tabagismo em adolescentes. **Rev Saúde Pública**, v. 37, n. 1, p. 1-7, 2003.

MANETTI, M. L. **Estudo de aspectos profissionais e psicossociais no trabalho e a depressão em enfermeiros atuantes em ambiente hospitalar**. 2009. Tese (Doutorado em Enfermagem Fundamental). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2009.

MARANO, V. P. Programas médicos específicos preventivos na empresa. In: VIEIRA, S. I. **Medicina básica do trabalho**. Curitiba: Gênesis, 1995. v. 4, p. 551-576.

MARQUES, A. C. P. R.; CAMPANA, A.; GIGLIOTTI, A.P.; LOURENÇO, M. T. C.; FERREIRA, M.P.; LARANJEIRA, R. Consenso sobre o tratamento da dependência de nicotina. **Rev. Bras. Psiquiatr.** São Paulo, v. 23, n. 4, p. 200-214, 2001.

MARTINS, C.; KOBAYASHI, R. M.; AYOUB, A. C.; LEITE, M. M. J. Perfil do Enfermeiro e necessidades de desenvolvimento de competência profissional. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, n.3, v. 15, p. 472-478, 2006.

MEN, L. **O stress está dentro de você**. São Paulo: Contexto, 2000.

MIRRA, A.P.; ROSEMBERG, J. Inquérito sobre prevalência do tabagismo na classe médica brasileira. Comissão de Combate ao Tabagismo da Associação Médica Brasileira. **Rev. Assoc. Méd.**, São Paulo, v. 43, n. 3, p. 209-216, 1997.

MORAL, M. M.; LORENZO, P. Conceptos fundamentales en drogodependencias. In: LORENZO, P.; LADERO, J. M.; LEZA, J. C.; LIZASOAIN, I. **Drogodependencias**. Madrid: Panamericana, 2003.

MUROFUSE, N. T; ABRANCHES, S. S.; NAPOLEÃO, A. A. Reflexões sobre estresse e Burnout e a relação com a enfermagem. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 2, p. 255-261, março-abr. 2005.

NASCIMENTO, L. C.; MENDES, I. J. M. Perfil de saúde dos trabalhadores de um Centro de Saúde-Escola. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, São Paulo, v. 4, n. 10, p. 502-508, 2002.

NAZARETH, C. A. L.; SOUZA, L. A.; CARDOSO, C. B.; CAMPOS, E. N. B. C. Frequência do tabagismo no ambiente hospitalar. **Rev. HU**, Juiz de Fora, v. 34, n. 4, p. 257-262, out.-dez. 2008.

NIOSH – NATIONAL INSTITUTE FOR OCCUPATIONAL SAFETY AND HEALTH. **Plain language about shiftwork**. Washington, DC: US Government Printing Office, 1997.

NUÑO-GUITIÉRREZ, B. L.; ALVAREZ-NEMEGYEI, J.; LEÓN, E. M. de; RASMUSSEN-CRUZ, B. Prevalencia y factores asociados al consumo de tabaco em adolescentes de una preparatoria de Guadalajara, Jalisco, México. **Salud Mental**, México, v. 28, n. 5, p. 64-70, Oct. 2005.

OMS – ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde**. Décima Revisão – CID 10. Traduzido por Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; Centro Colaborador da OMS para Classificação de Doenças em Português. 4ª ed. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 1997.

_____. **WHO MPOWER: Un Plan de Medidas para Hacer Retroceder la Epidemia de Tabaquismo**. Geneva: World Health Organization, 2008. Disponível em: <<http://www.who.int/tobacco/mpower/package/es/index.html>>. Acesso em: 13 jul. 2008.

OPAS – ORGANIZAÇÃO PAN AMERICANA DE SAÚDE; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **25ª Conferência Sanitária Pan Americana**. Disponível em: <http://www.paho.org/gov/csp/csp25_11.pdf>. Acesso: 10 set. 2011.

PAFARO, R. P.; MARTINO, M. M. F. Estudo do estresse do enfermeiro com dupla jornada de trabalho em um hospital de oncologia pediátrica de Campinas. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 38, n. 2, p. 152-160, 2004.

PASCHOAL, T.; TAMAYO, A. Impacto dos valores laborais e da interferência familiar: trabalho no estresse ocupacional. **Psicol.: Teor. Pesqui.**, Brasília, v. 21, n. 2, p. 173-180, ago. 2005.

PIETROBON, R. C.; BARBISAN, J. N.; MANFROI, W. C. Utilização do teste de dependência à nicotina de Fagerström como um instrumento de medida do grau de dependência. **Rev. HCPA**, v.3, n.27, p.31-36. Rio Grande do Sul, 2007.

PROBST, E. R. **A evolução da mulher no mercado de trabalho**. Santa Catarina: Instituto Catarinense de Pós-Graduação, 2004.

PROENÇA, M. I. **Stress ocupacional e qualidade de vida do jornalista da mídia impressa diária**. 1998. (Dissertação) – Campinas (SP): Faculdade de Psicologia da Pontifícia Universidade Católica de Campinas, 1998.

REED, P. L.; STORR, C. L.; ANTHONY, J. C. Drug dependence enviromics: job strain in the work environment and risk of becoming drug-dependent. **Am. J. Epidemiol.** Michigan, v. 163, n. 5, p. 404-411, 2006.

REICHERT, J.; ARAÚJO, A. J. de; GONÇALVES, C. M. C.; GODOY, I. de; CHATKIN, M.; SALES, M. da P. U. e colaboradores. Diretrizes para cessação do tabagismo – 2008, **Jornal Bras. de Pneumologia**, v. 34, Ed. 10, p. 845-880. Brasília, 2008.

REISDORFER, E. **Prevalência e fatores associados ao uso problemático de álcool entre adultos: um estudo de base populacional no Sul do Brasil.** 2010. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Federal de Santa Catarina, 2010.

RIBEIRO, S. A.; JARDIM, J. R. de B.; LARANJEIRA, R. R.; ALVES, A. K. S.; KESSELRING, F.; FLEISSIG, L.S. et al. Prevalência de tabagismo na Universidade Federal de São Paulo, 1996 – dados preliminares de um programa institucional. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, v. 45, n. 1, p. 39-44, jan.-mar. 1999.

ROMERO, L. C.; COSTA e SILVA, V. L. 23 anos de Controle do tabaco no Brasil: a atualidade do Programa Nacional de Combate ao Fumo de 1988. **Rev. Bras. Cancerol.** Brasília, v. 3, p. 305-314, 2011.

RONCHETTI, R.; BONCI, E.; MARTINEZ, F. D. Passive smoking in childhood -tobacco smoke. **Lung**, New York, Supl. 1, p. 313-319, 1990.

ROSA FILHO, L. A. **Determinantes e efeitos da continuidade na Atenção à Saúde: Estudo de base populacional em Pelotas.** 2006. Dissertação (Mestrado em Epidemiologia) – Universidade Federal de Pelotas, RS, 2006.

SABRY, M. O. D.; SAMPAIO, H. A. C.; SILVA, M. G. C. Tabagismo e etilismo em funcionários da Universidade Estadual do Ceará. **J. Pneumol.** v. 25, n. 6, p. 313-320, 1999.

SCHMIDT, D. R. C.; DANTAS, R. A. S.; MARZIALE, M. H. P.; LAUS, A. M. Estresse ocupacional entre profissionais de enfermagem do bloco cirúrgico. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 18, n. 2, p. 330-337, abr.-jun. 2009.

SELYE, H. Confusion and controversy in the stress field. **J. Human Stress**, Washington, v. 1, p. 37-44, 1975.

SCHMIDT, D. R. C. **Qualidade de vida no trabalho e sua associação com o estresse ocupacional, a saúde física e mental e o senso de coerência entre profissionais de enfermagem do bloco cirúrgico.** 2009. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Fundamental – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2009.

SILVA, L. G.; YAMADA, K. N. Estresse ocupacional em trabalhadores de uma unidade de internação de um hospital-escola. **Ciênc. Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 7, n. 1, p. 98-105, jan.-mar. 2008.

SNOW, D. L.; KLINE, M. L. Preventive Interventions in the workplace to reduce negative psychiatric consequences of work and family stress. In: MAZURE, C. M. **Does stress cause psychiatric illness?** Washington: Lybrary of Congress, 1995.

SZAJMAN, A.; NERI, A.; MOTA, A. B. da; CAMARANO, A. A.; FRAIMAN, A. P. (org.) JÚNIOR J. C. B. **Empreendedorismo, Trabalho e Qualidade de Vida na Terceira Idade.** São Paulo: Edicon, 2009.

SZKLO, A. S.; SAMPAIO, M. M. A.; MARTINS, L. F. L.; FERNANDES, E. M.; ALMEIDA, L. M. O tabagismo no Contexto dos Futuros Profissionais de Saúde do Rio de Janeiro. **Rev. Bras. de Cancerologia.** Rio de Janeiro, n. 57, v. 3, p.321-327, 2011.

TAMAYO, A.; LIMA, D.; SILVA, A. V. **Impacto do clima organizacional sobre o estresse no trabalho.** Trabalho apresentado no XXVI Encontro Nacional da ANPAD, Salvador, Bahia, 2002.

THEORELL, T.; PERSKI, A.; AKERSTEDT, T.; SIGALA, F.; AHLBERG-HULTÉN, G.; SVENSSON, J. A. N. et al. Changes in job strain in relation to changes in psychological state. **Scand. J. Work Environ. Health**, v. 14, n. 3, p. 189-196, Jun. 1988.

THORNTON, P. L.; FRY, J. Differences between smokers, exsmokers, passive smokers and non-smokers. **J. Clin. Epidemiol.** v. 47, p. 1.143-62, 1994.

URBANETTO, J. de S.; SILVA, P. C. da; HOFFMEISTER, E.; NEGRI, B. S. de; COSTA, B. E. P. da; FIGUEIREDO, C. E. P. de. Estresse no trabalho da enfermagem em hospital de pronto-socorro: análise usando a Job Stress Scale. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, São Paulo, v. 19, n.5, p.1-10, 2011.

US DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES. Oral Health In America: a report of the health consequences of smoking. **Surgeon General's Report.**, Illinois, v. 6, p. 732-765, 2000.

_____. Promoting physical activity: a guide for community action. **Surgeon General's Report.**, Illinois, 1999.

USA, DEPARTAMENTO DE SALUD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA. **Tabaquismo y salud en las Américas.** Atlanta, 1992 (DHHS, publicación nº CDC 92-8420. Disponível em: <<http://www.who.int/tobacco/resources/publications/wntd/2007/>>. Acesso: 5 abril 2010.

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.

VICTORA, C. G. V.; HUTTLY, S. R.; FUCHS, S. C.; OLINTO, M. T. The role of conceptual frameworks in epidemiological analysis: a hierarchical approach. **Int. J. Epidemiol.**, U.K., v. 26, n. 1, p. 224-227, 1997.

WAKEFIELD, M. A.; WILSON, D.; OWEN, N.; ESTERMAN, A. ROBERTS, L. Workplace smoking restrictions, occupational status, and reduced cigarette consumption. **J.O.M.**, v. 34, p. 693-697, 1992.

WHO – **World Health Organization. Protection from exposure to second-hand tobacco smoke. Policy recommendations.** Geneva: World Health Organization, 2007.

WORLD BANK. **Tobacco & Health in the Developing World.** A Background Paper for the High Level Round Table on Tobacco Control and Development Policy. Organized by the European Commission in collaboration with the World Health Organization and the World Bank, Brussels, February, 2003. Acesso em: 10 jul. 2008.

YANG, G.; MA, J.; CHEN, A. et al. Smoking in China: findings of the 1996 National Prevalence Survey. **JAMA**, China, v. 282, p. 1.247-1.253, 1999.

YUSTE, M. N. H. Adolescência, grupo de iguais, consumo de drogas, y otras conductas problemáticas. **Estudios Juventud**, Madrid, n. 62, p. 81-91, 2003.

9 APÊNDICES

APÊNDICE I – Questionário para coleta de dados.**CONSUMO DE TABACO E ESTRESSE NO TRABALHO E FATORES
ASSOCIADOS ENTRE OS SERVIDORES NÃO-DOCENTES DE UMA
UNIVERSIDADE PÚBLICA****QUESTIONÁRIO DE DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS E ECONÔMICOS**

Idade: _____ anos

Sexo: ☐ Masculino ☐ Feminino

Reside:

☐ Sozinho ☐ Família de origem ☐ Família atual ☐ Amigos

Estado civil:

☐ Solteiro ☐ Casado/amasiado ☐ Separado ☐ Viúvo

Filhos:

- ☐ Sim, moram comigo
☐ Sim, não moram comigo
☐ Não

Renda Familiar: _____ reais

Número de pessoas que vivem com este dinheiro: _____ pessoas

Escolaridade:

- ☐ Ensino Fundamental Incompleto
☐ Ensino Fundamental Completo
☐ Ensino Médio Incompleto
☐ Ensino Médio Completo
☐ Ensino Superior Incompleto
☐ Ensino Superior Completo

Religião: _____

CARACTERÍSTICAS DO TRABALHO

Unidade em que trabalha: _____

Setor: _____

Função: _____

Tempo de trabalho na instituição: _____

QUESTIONÁRIO SOBRE O USO DO TABACO

1 – Você já fumou?

☐ Sim

☐ Não

☐ Experimentei e não gostei

Se você respondeu Sim, continue na questão 2.

Se você respondeu Não ou Experimentei uma vez, mas nunca mais fumei, você não precisa continuar a responder o questionário.

2 – Você fuma atualmente?

☐ Sim

☐ Não

Se você respondeu Sim, continue na questão 3.

Se você respondeu Não, pule para a questão 10.

3 – Quantos cigarros você fuma, em média, por dia? _____ cigarros.

4 – Quanto tempo depois de acordar, você fuma o seu primeiro cigarro?

(0) Após 60 minutos

(1) 31-60 minutos

(2) 6 –30 minutos

(3) Nos primeiros 5 minutos

5 – Você encontra dificuldades em evitar o fumar em lugares onde é proibido, como por exemplo: igrejas, local de trabalho, cinemas, shopping, etc.?

(0) Não

(1) Sim

6 – Qual é o cigarro mais difícil de largar ou de não fumar?

(0) Qualquer um

(1) O primeiro da manhã

7 – Quantos cigarros você fuma por dia?

(0) 10 ou menos

(1) 11-20

(2) 21-30

(3) 31 ou mais

8 – Você fuma mais frequentemente nas primeiras horas do dia do que durante o resto do dia?

(1) Sim

(2) Não

9 – Você fuma mesmo estando doente a ponto de ficar acamado a maior parte do dia?

(0) Não

(1) Sim

Por favor, pule para a questão 15.

10 – Você é ex-fumante?

☐ Sim

☐ Não

11 – Porque você decidiu parar de fumar? _____

12 – Quando você parou de fumar, como você fez?

☐ Parou de fumar de uma vez

☐ Foi diminuindo o número de cigarros que fumava

13 – Há quanto tempo você é ex-fumante? _____

14 – Desde que parou de fumar, você já teve recaídas (fumou em algumas ocasiões)?

☐ Sim

☐ Não

Por favor, pule para a questão 21.

15 – Já tentou parar de fumar, mas continua fumando?

☐ Sim

☐ Não

Se você respondeu Sim, continue na questão 16

Se você respondeu Não, pule para a questão 18.

16 – Quantas vezes já tentou parar de fumar? _____

17 – O que mais dificultou você a parar de fumar? _____

18 – Você gostaria de parar de fumar?

☐ Sim

☐ Não

Se você respondeu Sim, continue na questão 19.

Se você respondeu Não, pule para a questão 21.

19 – Qual afirmação abaixo se aplica mais a você:

☐ Gostaria de parar de fumar mas não tenho planos de quando vou parar

☐ Gostaria de parar de fumar dentro de um ano

☐ Gostaria de parar de fumar daqui há mais de um ano

20 – Porque você gostaria de parar de fumar?

21 – Você já procurou ajuda para parar de fumar?

☐ Sim. Que tipo de ajuda? _____ ☐ Não

22 – Você acha que já teve algum problema devido ao uso de cigarro?

☐ Sim. Qual? _____ ☐ Não.

QUESTIONÁRIO SOBRE CONDIÇÕES DE SAÚDE
--

ESCALA DE ESTRESSE NO TRABALHO-JOB STRESS SCALE – JSS (Versão apresentada por ALVES, CHOR, FAERSTEIN, LOPES, WERNECK, 2004).

Este questionário consiste em questões e afirmações que variam de A a Q. Depois de ler cuidadosamente cada questão/afirmação, faça um círculo em torno do número (1, 2, 3 ou 4) diante da afirmação que descreva melhor como você se sente perante seu ambiente de trabalho. Tome cuidado de ler todas as afirmações, em cada grupo, antes de fazer sua escolha.

ESCALA DE DEMANDA

<p>a) Com que frequência você tem que fazer suas tarefas de trabalho com muita rapidez?</p> <p>4. Frequentemente 3. Às vezes 2. Raramente 1. Nunca ou quase nunca</p>
<p>b) Com que frequência você tem que trabalhar intensamente (isto é, produzir muito em pouco tempo)?</p> <p>4. Frequentemente 3. Às vezes 2. Raramente 1. Nunca ou quase nunca</p>
<p>c) Seu trabalho exige demais de você?</p> <p>4. Frequentemente 3. Às vezes 2. Raramente 1. Nunca ou quase nunca</p>
<p>d) Você tem tempo suficiente para cumprir todas as tarefas de seu trabalho?</p> <p>1. Frequentemente 2. Às vezes 3. Raramente 4. Nunca ou quase nunca</p>
<p>e) O seu trabalho costuma apresentar exigências contraditórias ou discordantes?</p> <p>4. Frequentemente 3. Às vezes 2. Raramente 1. Nunca ou quase nunca</p>

ESCALA DE CONTROLE

f) Você tem possibilidade de aprender coisas novas em seu trabalho?			
4. Frequentemente	3. Às vezes	2. Raramente	1. Nunca ou quase nunca
g) Seu trabalho exige muita habilidade ou conhecimentos especializados?			
4. Frequentemente	3. Às vezes	2. Raramente	1. Nunca ou quase nunca
h) Seu trabalho exige que você tome iniciativas?			
4. Frequentemente	3. Às vezes	2. Raramente	1. Nunca ou quase nunca
i) No seu trabalho, você tem que repetir muitas vezes as mesmas tarefas?			
1. Frequentemente	2. Às vezes	3. Raramente	4. Nunca ou quase nunca
j) Você pode escolher COMO fazer o seu trabalho?			
4. Frequentemente	3. Às vezes	2. Raramente	1. Nunca ou quase nunca
k) Você pode escolher O QUE fazer no seu trabalho?			
4. Frequentemente	3. Às vezes	2. Raramente	1. Nunca ou quase nunca

ESCALA DE APOIO SOCIAL

l) Existe um ambiente calmo e agradável onde trabalho.			
4. Concordo totalmente	3. Concordo mais que discordo	2. Discordo mais que concordo	1. Discordo totalmente
m) No trabalho, nos relacionamos bem uns com os outros.			
4. Concordo totalmente	3. Concordo mais que discordo	2. Discordo mais que concordo	1. Discordo totalmente
n) Eu posso contar com o apoio dos meus colegas de trabalho.			
4. Concordo totalmente	3. Concordo mais que discordo	2. Discordo mais que concordo	1. Discordo totalmente

o) Se eu não estiver num bom dia, meus colegas compreendem.			
4. Concordo totalmente	3. Concordo mais que discordo	2. Discordo mais que concordo	1. Discordo totalmente
p) No trabalho, eu me relaciono bem com meus chefes.			
4. Concordo totalmente	3. Concordo mais que discordo	2. Discordo mais que concordo	1. Discordo totalmente
q) Eu gosto de trabalhar com meus colegas.			
4. Concordo totalmente	3. Concordo mais que discordo	2. Discordo mais que concordo	1. Discordo totalmente

CONSUMO DE ÁLCOOL

1 – Faz consumo de bebida alcoólica?

☐ Sim

☐ Não

MUITO OBRIGADA PELA SUA PARTICIPAÇÃO!

APÊNDICE II – Autorização para utilização da Escala de Estresse no Trabalho

FW: Pesquisa – Job Stress Scale – concordância da Alves

From: nane@eerp.usp.br
To: mi.lops@hotmail.com
Subject: Fw: Re: Pesquisa-Job Stress Scale
Date: Thu, 13 Jan 2011 16:24:34 -0300

----- Forwarded Message -----

From: Marcia Guimarães <marciagmalves@gmail.com>
To: Edilaine C Silva Gherardi-Donato <nane@eerp.usp.br>
Sent: Fri, 9 Apr 2010 14:56:12 -0300
Subject: Re: Pesquisa-Job Stress Scale

Prezada Edilaine

Entendo perfeitamente seu pedido e a parabeno pelo cuidado. Fizemos o mesmo com o Dr. Theorell por ocasião da publicação do primeiro artigo, o qual por e-mail concordou com a publicação da escala adaptada.

Confirmo, pois, o recebimento de sua mensagem onde você informa sobre seu interesse em usar a escala reduzida de estresse no trabalho em sua pesquisa e solicita nossa concordância.

Informo-lhe que, após consulta e concordância da Coordenação do Estudo Pró-Saúde que encaminhou o processo de adaptação, estamos cientes de seu interesse e concordamos em sua utilização.

Coloco-me ainda, à disposição, para quaisquer esclarecimentos que se fizerem necessários.

Um abraço

Márcia Guimarães de Mello Alves
Professora Adjunta
Departamento de Planejamento em Saúde
Instituto de Saúde da Comunidade
Universidade Federal Fluminense

<http://sn143w.snt143.mail.live.com/mail/PrintMessages.aspx?cpids=fb924aec-1ffa-11e0-8d68-002264c202d0,m&isSafe=true&FolderID=00000000-0000-0000-0000-000000000001>

APÊNDICE III – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Informações para o (a) participante voluntário(a):

Você está convidado (a) a responder este *questionário anônimo* que faz parte da coleta de dados da pesquisa “Consumo de substâncias lícitas e estresse laboral entre trabalhadores de uma universidade pública” sob responsabilidade da pesquisadora Prof. Edilaine Cristina da Silva da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

O principal objetivo dessa pesquisa é conhecer a quantidade de álcool e tabaco consumido, e se este consumo está relacionado ao estresse no trabalho entre os servidores não-docentes da universidade do campus de Ribeirão Preto. Após este levantamento, pretendemos propor um serviço de apoio ao servidor e a seus familiares caso tenham algum problema relacionado ao uso de álcool e tabaco e queiram participar do atendimento. Para que você não se sinta constrangido em responder o questionário no local de trabalho, poderá levá-lo para casa para responder. Os pesquisadores disponibilizarão uma urna em sua unidade para que você possa depositar o questionário respondido.

Se você concordar em participar da pesquisa, queremos esclarecer que:

- a) você é livre para, a qualquer momento, recusar-se a responder às perguntas que lhe ocasionem constrangimento de qualquer natureza;
- b) você pode deixar de participar da pesquisa e não precisa apresentar justificativas para isso;
- c) seu questionário **não será identificado**;
- d) os resultados estarão à disposição de qualquer servidor que se interessar em saber, independente de ter participado ou não.

Agradecemos sua colaboração e colocamo-nos a disposição para esclarecimentos que se fizerem necessária.

Estando de acordo:

Nome: _____ RG: _____

Assinatura: _____

Prof. Dra. Edilaine Cristina da Silva. (16) 3602-3447

Clarissa M. Corradi-Webster

Miriam Lopes (19) 9618-1166

Ingrid R. Ribaldo (16) 8804-2092

Av. Bandeirantes 3900 – EERP/USP

Ribeirão Preto – São Paulo

10 ANEXO

10 ANEXO

ANEXO A: Folha de Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa à solicitação de substituição e inclusão de instrumentos de coleta de dados

ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO - UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
CENTRO COLABORADOR DA ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE PARA
O DESENVOLVIMENTO DA PESQUISA EM ENFERMAGEM

Avenida Bandeirantes, 3900 - Campus Universitário - Ribeirão Preto - CEP 14040-902 - São Paulo - Brasil
FAX: (35) - 16 - 3633-3271 / 3602-4419 / TELEFONE: (55) - 16 - 3602-3382

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA EERP/USP

Of.CEP-EERP/USP – 039/2008

Ribeirão Preto, 29 de fevereiro de 2008

Prezada Senhora,

Comunicamos que as modificações do projeto de pesquisa, abaixo especificado, foram analisadas e consideradas **APROVADAS**, pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, em 29 de fevereiro de 2008.

Protocolo: nº 0846/2007

Projeto: DROGAS LÍCITAS E ESTRESSE LABORAL ENTRE SERVIDORES NÃO DOCENTES DE UMA UNIVERSIDADE PÚBLICA.

Pesquisador: Edilaine Cristina da Silva

Em atendimento à Resolução 196/96, deverá ser encaminhado ao CEP o relatório final da pesquisa e a publicação de seus resultados, para acompanhamento, bem como comunicada qualquer intercorrência ou a sua interrupção.

Atenciosamente,

Enª Maria Antonieta Spinoso Prado
Vice-Coordenadora do CEP-EERP/USP

Ilma. Sra.

Profª Drª Edilaine Cristina da Silva

Departamento de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP