https://doi.org/10.22491/2357-9730.148481

Artigo Original

Perfil tabágico e de saúde de trabalhadores fumantes de um hospital universitário

Smoking and health profile of smoking workers at a university hospital

Elizete Maria de Souza Bueno[1], Ana Carolina Ribeiro da Silva[1], Isabel Cristina Echer[2], Maria Jader dos Santos Luz[2], Elissandra Maria Faiz[1], Miguel Lucas Silva da Paixão[1], Talita Alencar Vasconcelos da Silva[1], Jessica Rosa Thiesen Cunha[2], Célia Mariana Barbosa de Souza[2], Daiane Dal Pai[1], Juliana Petri Tavares[1].

RESUMO

Introdução: O tabagismo é um problema de saúde pública que afeta usuários, pessoas expostas à fumaça e o meio ambiente. Com mais de oito milhões de mortes anuais devido ao fumo, é crucial identificar o perfil e os fatores que o compõem, visando o desenvolvimento de estratégias eficazes para cessação do tabagismo. **Objetivo:** Identificar o perfil tabágico e de saúde de trabalhadores fumantes de um hospital universitário. **Métodos:** Trata-se de um estudo transversal, quantitativo, realizado com 140 trabalhadores fumantes. Foram utilizados questionários sociodemográficos e clínicos, o Teste de Fagerström, o PHQ-9 e o Modelo Transteórico de Mudança. A análise estatística foi conduzida no software SPSS®, adotando-se nível de significância de 5%. **Resultados:** A maioria dos participantes era do sexo feminino (76,4%) e iniciou o consumo de tabaco na adolescência (60,3%). Técnicos de enfermagem e mulheres apresentaram maior vulnerabilidade. A fase contemplativa foi a mais frequente (47,8%), sugerindo predisposição à mudança. Houve alta prevalência de sintomas depressivos leves e moderados (68,6%) e elevada motivação para cessação (65%). **Conclusão:** Os resultados evidenciam a necessidade de estratégias multiprofissionais para cessação do tabagismo, considerando aspectos psicossociais e ocupacionais. A promoção de ambientes hospitalares saudáveis é essencial para melhorar a qualidade de vida dos trabalhadores.

Palavras-chave: *Tabagismo; Saúde do Trabalhador; Hospital Universitário; Transtornos Depressivos; Cessação do Tabagismo*

ABSTRACT

Introduction: Smoking is a public health problem that affects users, people exposed to smoke and the environment. With more than eight million deaths annually due to smoking, it is crucial to identify the profile and the factors that compose it, aiming at the development of effective strategies for smoking cessation. **Objective** To identify the smoking and health profile of smoking workers at a university hospital. **Methods** This is a cross-sectional, quantitative study conducted with 140 smoking workers. Sociodemographic and clinical questionnaires, the Fagerström Test, the PHQ-9, and the Transtheoretical Model of Change were used. Statistical analysis was conducted using SPSS® software, adopting a significance level of 5%. **Results** Most participants were female (76.4%) and started smoking in adolescence (60.3%). Nursing technicians and women were more vulnerable. The contemplative phase was the most frequent (47.8%), suggesting a predisposition to change. There was a high prevalence of mild and moderate depressive symptoms (68.6%) and high motivation to quit (65%). **Conclusion:** The results highlight the need for multidisciplinary strategies for smoking cessation, considering psychosocial and occupational aspects. Promoting healthy hospital environments is essential to improving the quality of life of workers.

Keywords: *Smoking; Worker's Health; University Hospital; Depressive Disorders; Smoking Cessation*

Clin Biomed Res. 2025;45:1-10

[1] Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, Brasil.

[2] Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Porto Alegre, RS, Brasil.

Autor correspondente:
Elizete Maria de Souza Bueno
E-mail: elizeteulbra@yahoo.com.br
Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Rua São Manoel, 963, CEP 90620-110, Porto Alegre, RS, Brasil

CC BY

INTRODUÇÃO

O tabagismo é reconhecido mundialmente como um dos principais fatores de risco evitáveis para diversas doenças crônicas não transmissíveis, como doenças cardiovasculares, neoplasias e enfermidades respiratórias crônicas[1]. Apesar dos avanços nas políticas públicas de controle do tabaco, ele ainda representa um desafio à saúde coletiva, afetando significativamente a qualidade de vida dos indivíduos e gerando impactos diretos nos sistemas de saúde[2]. A população de trabalhadores da saúde, cuja exposição a estressores ocupacionais e jornadas exaustivas pode agravar o uso de substâncias[3].

No Brasil, embora a prevalência de fumantes tenha diminuído nas últimas décadas, o tabagismo dos profissionais de saúde é preocupante, visto que afeta não apenas sua saúde individual, mas também sua credibilidade na promoção de comportamentos saudáveis[4]. Estudos apontam que técnicos de enfermagem apresentam maior vulnerabilidade ao tabagismo, em comparação com outros grupos de trabalhadores hospitalares[5].

O ambiente hospitalar, paradoxalmente, pode funcionar tanto como espaço de promoção de saúde quanto de estresse crônico. Fatores como longas jornadas de trabalho, pressão emocional, sobrecarga laboral e turnos noturnos contribuem para o desenvolvimento ou manutenção de comportamentos de risco, como o uso de substâncias psicoativas, incluindo tabaco e álcool[6,7].

Estudos recentes destacam que o tabagismo ainda é prevalente entre trabalhadores da área da saúde, apontando para a necessidade de ações mais específicas de controle e suporte. Esse cenário reflete não apenas a persistência do hábito de fumar, mas também a importância de criar programas voltados para a cessação do tabagismo, promovendo saúde e qualidade de vida dos profissionais que atuam em hospitais e outras instituições de saúde[8,9].

Estudos apontam que trabalhadores da saúde expostos a altos níveis de estresse ocupacional são mais propensos a fumar como estratégia de enfrentamento emocional[10]. Além disso, a naturalização do uso de substâncias como o cigarro em ambientes de trabalho pode dificultar o abandono do hábito e inibir a adesão a programas de cessação[11]. Outro fator relevante é a associação entre o tabagismo e transtornos mentais, especialmente a depressão. A literatura evidencia uma relação bidirecional entre o uso de nicotina e sintomas depressivos, sugerindo que indivíduos fumantes têm maior risco de desenvolver depressão e vice-versa[12]. O consumo de álcool, por sua vez, é frequentemente associado ao uso do tabaco, sendo comum a ocorrência entre ambas as substâncias, o que agrava o quadro de dependência e dificulta a cessação[13].

O modelo transteórico de mudança de comportamento oferece suporte teórico importante para a compreensão da prontidão do indivíduo em cessar o uso do tabaco, contemplando estágios que vão da pré-contemplação à manutenção[14]. Trabalhadores da saúde apresentam características particulares que demandam atenção especial. A dualidade entre o papel de cuidador e o comportamento de risco gera conflitos éticos e pode impactar negativamente a adesão aos programas de promoção da saúde institucional[8,15].

Diante desse panorama, esta pesquisa se justifica pela relevância do tema e pela observação da baixa adesão dos trabalhadores às ações de controle do tabagismo promovidas por serviços de medicina ocupacional e comissões especializadas em ambientes hospitalares e universitários. A questão norteadora do estudo é: qual é o perfil tabágico e de saúde de trabalhadores fumantes em um hospital universitário? Conhecer o perfil dos trabalhadores tabagistas permitirá um diagnóstico situacional preciso, essencial para o planejamento de intervenções eficazes e direcionadas. Desta forma, o objetivo do presente estudo foi identificar o perfil tabágico e de saúde de trabalhadores fumantes de um hospital universitário.

MÉTODOS

Desenho e contexto do estudo

Trata-se de um estudo observacional, quantitativo, transversal, realizado com trabalhadores fumantes em um hospital público, universitário e de grande porte localizado na região Sul do Brasil entre outubro/2023 e julho/2024. O delineamento seguiu as diretrizes Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology para estudos transversais, assegurando a transparência e completude das informações reportadas[16].

População e amostra

A população do estudo foi composta por trabalhadores identificados como fumantes ativos, conforme registros do Serviço de Medicina Ocupacional da instituição. Foram incluídos todos os profissionais com idade igual ou superior a 18 anos, em atividade laboral durante o período de coleta e que concordaram em participar por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). A amostra foi calculada considerando uma população de 448 trabalhadores fumantes, com nível de confiança de 95% e margem de erro de 5%, resultando em uma amostra mínima

de 102 participantes. A seleção foi realizada por amostragem não probabilística por conveniência.

Coleta de dados

O recrutamento dos trabalhadores foi realizado por meio de cartazes, e-mail institucional e painel *online* de divulgação de pesquisas da instituição, disponibilizando o *link* do formulário da pesquisa, bem como por meio do SMO, por ocasião da busca de atendimento com o objetivo de parar de fumar, durante o período de coleta de dados. Na divulgação, foram fornecidas informações de contato com os pesquisadores, disponíveis pelo endereço eletrônico para dúvidas.

Instrumentos utilizados

Foram utilizados quatro instrumentos, descritos a seguir:

Questionário sociodemográfico e de saúde adaptado da Anamnese Clínica do Instituto Nacional de Câncer (INCA), com perguntas sobre idade, sexo, escolaridade, setor de trabalho, tempo de serviço, presença de doenças crônicas, consumo de álcool e histórico de tabagismo, baseada em modelos utilizados por políticas públicas de controle do tabaco no Brasil[17].

Foi utilizado o Teste de Fagerström para Dependência de Nicotina, em sua versão traduzida e validada para o Brasil, por Carmo e Pueyo (2002)[18]. A pontuação varia de 0 a 10, e os pontos de corte propostos são: 0 a 2 pontos: muito baixa; 3 a 4 pontos: baixa; 5 pontos: moderada; 6 a 7 pontos: elevada; 8 a 10 pontos: muito elevada[18].

A ferramenta Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9), em sua versão validada para uso no Brasil e com boa confiabilidade e aplicabilidade na prática clínica[19]. Isoladamente, este escore não é suficiente para confirmação diagnóstica de depressão, sendo utilizado para triagem de sintomas depressivos. Este é composto por nove itens que avaliam a presença e a intensidade de sintomas depressivos nas duas últimas semanas. Na literatura, os pontos de corte definidos são: 0 a 4 pontos: mínimo; 5 a 9 pontos: leve; 10 a 14 pontos: moderado; 15 a 19 pontos: moderadamente grave; 20 a 27 pontos: grave[19].

Neste estudo, o Modelo Transteórico de Mudança de Comportamento foi utilizado para classificar os participantes de acordo com seu estágio de motivação para cessação do tabagismo, sendo classificados em: Pré-contemplação: indivíduos não consideram a mudança. Podem estar desinformados ou desinteressados em mudar o comportamento; Contemplação: indivíduos começam a reconhecer os benefícios de parar de fumar, e ponderam as vantagens e desvantagens da mudança, mas ainda não estão prontos para agir; Preparação: indivíduos estão prontos para agir, e começam a fazer pequenos ajustes no comportamento, como reduzir o número de cigarros. Ação: indivíduos tomam medidas diretas para parar de fumar, utilizando estratégias como medicamentos ou terapia e na manutenção. Nesta fase, os indivíduos trabalham para manter o comportamento sem fumar, desenvolvendo estratégias para evitar recaídas. Este modelo foi incorporado à prática clínica em saúde para apoiar o planejamento de estratégias personalizadas de abordagem ao tabagismo[20].

As variáveis independentes incluíram características sociodemográficas e ocupacionais. As variáveis dependentes foram o grau de dependência nicotínica (Teste de Fagerström), os sintomas depressivos (PHQ-9) e o estágio motivacional para cessação do tabagismo.

Considerações éticas

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, conforme a Resolução nº 466/2012 e a Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD, Lei nº 13.709/2018). CAAE: 173316023.4.0000.5327.Todos os participantes assinaram TCLE, garantindo o anonimato e a confidencialidade das informações, além do direito de desistir da pesquisa a qualquer momento[21].

Controle de vieses

Para minimizar o viés de seleção, todos os trabalhadores identificados como fumantes pelo SMO foram convidados a participar do estudo, independentemente do interesse prévio em tratamentos ou estratégias de cessação. O instrumento de pesquisa foi enviado por e-mails via *Google Forms* com o objetivo de reduzir o viés de desejabilidade social e garantir que as respostas fossem o mais precisas e fidedignas possível.

Análise dos dados

Os dados obtidos foram organizados no Microsoft Excel® e analisados com o auxílio do software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS®), versão 25.0. Para as variáveis quantitativas, foi aplicado o teste de Shapiro-Wilk a fim de verificar a normalidade. Variáveis com distribuição normal foram descritas por média e desvio padrão; as demais, por mediana e intervalo interquartil (IIQ). As variáveis categóricas foram apresentadas em frequências absolutas e relativas. Além disso, realizou-se análise bivariada por meio do teste Qui-quadrado para investigar associações entre as variáveis categóricas dos níveis de dependência e grau de depressão.

RESULTADOS

A amostra foi composta majoritariamente por mulheres (76,4%), com idade mediana de 47 anos. Em relação à escolaridade, predominou o ensino médio (57,8%), seguido do ensino superior completo (24,2%). Entre as ocupações, "Outros" representaram 45,7% dos participantes, enquanto os técnicos de enfermagem corresponderam a 25,7%. Quanto ao turno de trabalho, o integral foi o mais frequente (32,1%).

A maioria dos participantes iniciou o hábito de fumar na adolescência, com 60,3% dos participantes começando a fumar antes dos 18 anos, sendo 28,7% entre 10-14 anos e 31,6% entre 15-17 anos. Após os 18 anos, há uma redução no número de iniciantes, com 14,3% entre 18-20 anos e 13,6% entre 21-29 anos, enquanto 6,4% começaram entre 30-39 anos e 5,0% após os 40 anos.

Além disso, 39,2% dos participantes relataram transtornos psicológicos e estão em tratamento. Em relação à autopercepção de saúde, 58,6% consideram como boa. Quanto ao consumo de álcool, 40,7% bebem menos de uma vez por semana, 39,3% mais de uma vez por semana, e 63,6% não têm intenção de parar de beber. Ainda sobre questões relacionadas à saúde, 5,7% apresentavam afta e lesões em mucosa oral, 0,7%, transtornos gastrointestinais, 8,6%, anorexia e bulimia.

Tabela 1: Caracterização sociodemográfica, laboral e clínica dos participantes. (N=140).

Variáveis	Categorias	n (%)
Sexo	Masculino	33 (23,6)
	Feminino	107 (76,4)
Idade (anos)	40-55 (mediana 47)	-
Escolaridade	Ensino Fundamental	4 (2,8)
	Ensino Médio	81 (57,8)
	Ensino Superior Completo	34 (24,2)
	Pós-Graduação	21 (15,0)
Profissão	Enfermeiro	10 (7,1)
	Técnico de Enfermagem	36 (25,7)
	Assistente Administrativo	12 (8,5)
	Profissional de Higiene	18 (12,8)
	Outros	64 (45,7)
Turno de Trabalho	Manhã	31 (22,1)
	Tarde	34 (24,2)
	Noite	21 (15,0)
	Integral	45 (32,1)
	Intermediário	8 (5,7)
	6º Turno	1 (0,9)
Idade de início do tabagismo	10-14 anos	40 (28,7)
	15-17 anos	44 (31,6)
	18-20 anos	20 (14,3)
	21-29 anos	19 (13,6)
	30-39 anos	9 (6,4)
	40+ anos	7 (5,0)
Cigarros por dia	Menos de 10	59 (43,7)
	Mais de 11	76 (56,3)
Transtornos Psicológicos	Não possui	77 (55,0)
	Possui, sem tratamento	4 (2,8)
	Possui, em tratamento	55 (39,2)

Continua...

Tabela 1: Continuação.

Variáveis	Categorias	n (%)
Lesões em mucosa oral	Não possui	130 (92,9)
	Possui, sem tratamento	8 (5,7)
	Possui, em tratamento	1 (0,7)
Anorexia e bulimia	Não possui	139 (99,3)
	Possui, sem tratamento	1 (0,7)
Transtornos gastrointestinais	Não possui	100 (71,4)
	Possui, sem tratamento	24 (18,5)
	Possui, em tratamento	12 (8,6)
Uso de prótese dentária	Possui	18 (12,9)
	Não possui	122 (87,1)
Autopercepção de saúde	Ruim	4 (2,9)
	Regular	35 (25,0)
	Boa	82 (58,6)
	Muito boa	19 (13,6)
Consumo de álcool	Nunca	23 (16,4)
	Menos de 1 vez por semana	57 (40,7)
	1 vez ou mais por semana	55 (39,3)
	Finais de semana	2 (1,4)
	Todos os dias	2 (1,4)
Desejo de parar de beber	Não	89 (63,6)
	Sim	46 (32,9)

Nota: Nenhum dos valores de p obtidos apresentou significância estatística.

A maioria dos participantes demonstrou um padrão de consumo precoce de nicotina. Conforme o Teste de Fagerström, 25% fumavam o primeiro cigarro dentro de 5 minutos após acordar, 42% entre 6 e 30 minutos, 15,3% entre 31 e 60 minutos e 16,8% após 60 minutos. Dessa forma, 67,8% fumavam até 30 minutos após acordar, evidenciando maior urgência no início do consumo diário. Em relação à dependência, 62,7% foram classificados como muito baixa ou baixa, sendo 19,3% na categoria "Muito baixa" e 42,9% na categoria "Baixa". Já 16,7% apresentavam dependência moderada, enquanto 14% foram classificados como elevada e 6,3% como muito elevada.

Em relação ao estágio motivacional para cessação do tabagismo, a maioria dos participantes estava na fase contemplativa (48,2%), refletindo sobre parar de fumar, mas sem ações concretas, 9,5% estavam na fase pré-contemplativa, indicando baixa intenção de mudança, enquanto 18,2% estavam prontos para agir e 8,8% já iniciaram mudanças. Além disso, 5,3% relataram recaída e 9,5% encontram-se na fase de manutenção, consolidando a cessação do tabagismo.

Tabela 2: Dependência à nicotina e estágio motivacional para cessação do tabagismo. (N=137).

Variáveis	Categorias	n (%)
Tempo para fumar o primeiro cigarro após acordar	Até 5 minutos	25 (25,0)
	6-30 minutos	42 (42,0)
	31-60 minutos	15 (15,3)
	Após 60 minutos	16 (16,8)
Classificação da dependência à nicotina (Teste de Fagerström)	Muito baixa	25 (19,3)
	Baixa	54 (42,9)
	Moderada	21 (16,7)
	Elevada	18 (14,0)
	Muito elevada	8 (6,3)

Continua...

Tabela 2: Continuação.

Variáveis	Categorias	n (%)
Estágio motivacional para cessação do tabagismo	Recaída	8 (5,3)
	Pré-contemplativa	13 (9,5)
	Contemplativa	66 (48,2)
	Pronto para ação	25 (18,2)
	Ação	12 (8,8)
	Manutenção	13 (9,5)

Nota: Nenhum dos valores de p obtidos apresentou significância estatística.

A avaliação pelo PHQ-9 indicou que 68,6% dos participantes apresentaram sintomas de depressão. Entre esses casos, 23,6% foram classificados como depressão leve e 22,9% como moderada. Já os Quadris mais graves representaram 14,3% com depressão moderadamente grave e 7,9% com depressão grave.

Tabela 3: Presença e gravidade de sintomas depressivos conforme PHQ-9. (N=140).

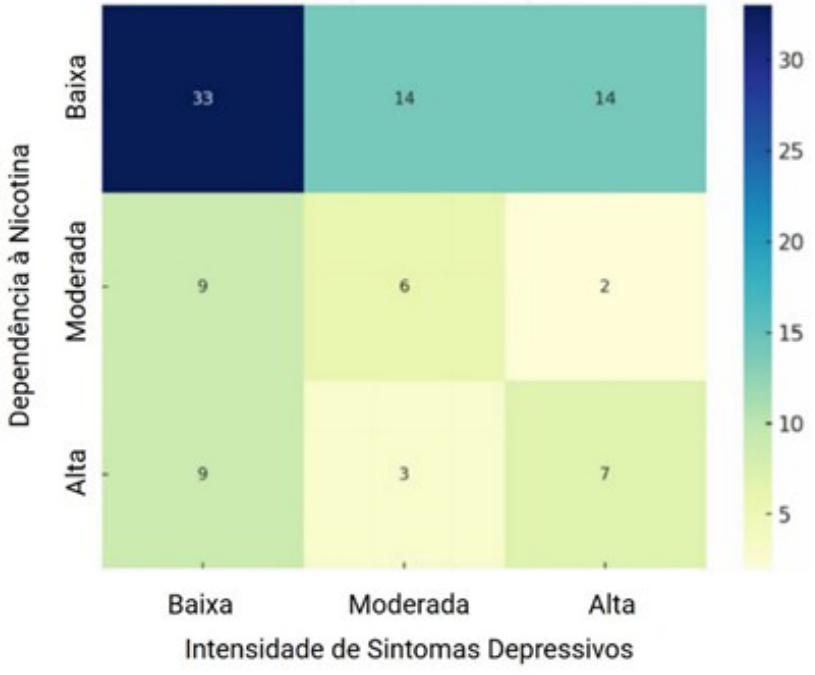
Variáveis	n (%)
Ausente	44 (31,4)
Leve	33 (23,6)
Moderada	32 (22,9)
Moderadamente grave	20 (14,3)
Grave	11 (7,9)

Nota: Nenhum dos valores de p obtidos apresentou significância estatística.

Observa-se que entre os indivíduos com dependência baixa à nicotina, a maioria apresentava níveis baixos de depressão (n = 33). Indivíduos com dependência moderada mostraram distribuição equilibrada entre depressão baixa (n = 9) e moderada (n = 6). Já entre aqueles com alta dependência nicotínica, houve maior proporção de depressão alta (n = 7). A relação entre dependência à nicotina e níveis de depressão sugere que ambas as condições estão interligadas. Entretanto, a associação entre nível de depressão e dependência à nicotina não foi estatisticamente significativa (p= 0,59).

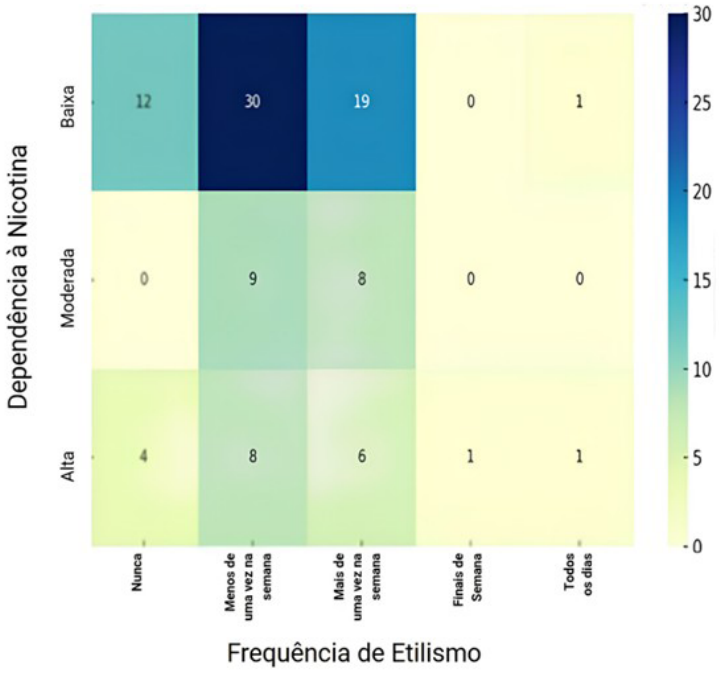
Nota-se que a maioria dos indivíduos com dependência baixa consumia bebidas alcoólicas menos de uma vez por semana (n = 30) ou uma vez ou mais por semana (n = 19). Embora o consumo frequente de álcool estivesse mais presente naqueles indivíduos com níveis mais elevados de dependência à nicotina, a análise estatística não evidenciou associação significativa entre as variáveis (p= 0,63).

Gráfico 1: Relação entre etilismo e dependência a nicotina.



Nota: Nenhum dos valores de p obtidos apresentou significância estatística.

Gráfico 2: Relação entre dependência à nicotina e consumo de álcool.



Nota: Nenhum dos valores de p obtidos apresentou significância estatística.

DISCUSSÃO

A análise dos resultados deste estudo revela um perfil preocupante entre os trabalhadores da saúde fumantes, com destaque para o uso de tabaco, álcool e a presença de sintomas depressivos. A prevalência de sintomas depressivos, nesta população, foi elevada, com 68,6%, o que está em consonância com evidências que apontam alta sobrecarga emocional e estresse ocupacional enfrentados por profissionais da saúde, sobretudo no ambiente hospitalar, contribuindo para o adoecimento mental e o uso de substâncias como estratégias de enfrentamento[22,23].

A iniciação precoce do tabagismo, antes dos 18 anos, observada na maioria dos participantes, configura um importante fator de risco para o desenvolvimento de maior dependência nicotínica e comorbidades físicas e mentais ao longo da vida[24]. Essa vulnerabilidade é intensificada quando associada ao consumo de álcool, como identificado em 39,3% dos trabalhadores. Estudos indicam que o uso concomitante de tabaco e álcool dificulta a cessação do tabagismo e está associado a pior prognóstico em saúde mental, além de aumentar a vulnerabilidade ao desenvolvimento de outras dependências[25].

Além disso, a combinação do tabagismo com o consumo frequente de álcool (39,3%) e os níveis variados de dependência nicotínica indicam um cenário de múltiplas vulnerabilidades[26]. A dependência de nicotina, apesar de em sua maioria ser baixa ou muito baixa, foi associada a comportamentos indicativos de alta urgência para fumar, como o ato de fumar o primeiro cigarro em até 30 minutos após acordar, um marcador clínico relevante para dependência fisiológica acentuada[26]. O uso concomitante de álcool e tabaco potencializa a gravidade da dependência à nicotina e a presença de transtornos mentais, destacando a importância de estratégias integradas e interdisciplinares de intervenção. Programas que abordam simultaneamente a cessação do tabagismo e a promoção da saúde mental tendem a ser mais eficazes, especialmente em trabalhadores da saúde com sofrimento psíquico, permitindo intervenções mais direcionadas e abrangentes[27].

A feminização do trabalho em saúde, com uma predominância de mulheres (76,4%), destaca um aspecto específico do grupo estudado. Esta prevalência está alinhada com a feminilização histórica da força de trabalho na saúde, especialmente nas profissões de enfermagem[28]. Além disso, a carga de trabalho intensa e múltiplas jornadas podem contribuir para o aumento da vulnerabilidade emocional entre as mulheres, com maior predisposição a transtornos como a depressão[26]. A literatura também sugere que as mulheres podem enfrentar barreiras adicionais em programas de cessação devido ao medo de engordar, o que exige uma abordagem personalizada no processo de tratamento[29].

O modelo transteórico revelou que 48,2% dos participantes estavam na fase contemplativa, demonstrando consciência do problema, mas sem intenção imediata de mudança. Esse dado reforça

a necessidade de intervenções motivacionais personalizadas e contínuas no ambiente laboral[30,31]. A presença de 20,6% de trabalhadores com dependência nicotínica moderada ou grave exige a adoção de estratégias intensivas de cessação, especialmente em contextos hospitalares que, paradoxalmente, ainda toleram ou negligenciam o hábito de fumar entre seus profissionais[32].

Evidências mostram que programas que abordam simultaneamente saúde mental e cessação do tabagismo tendem a ser mais eficazes em populações com sofrimento psíquico[33]. Portanto, a análise conjunta dos fatores tabagismo, consumo de álcool e sintomas depressivos aponta para um cenário de alta vulnerabilidade, no qual intervenções integradas são essenciais. Além disso, programas de saúde ocupacional devem ser adaptados às necessidades específicas desses trabalhadores, levando em consideração os fatores sociais, psicológicos e fisiológicos que influenciam o uso de substâncias e o sofrimento psíquico.

Como limitações do estudo, cita-se que este estudo foi realizado em um único hospital localizado no sul do Brasil, o que pode restringir a aplicabilidade dos resultados a outras regiões do país ou a instituições de saúde com diferentes características organizacionais e perfis de trabalhadores. Além disso, não foi realizada a avaliação de sintomas de ansiedade, o que representa uma lacuna importante, considerando sua frequente associação com o tabagismo e outros transtornos mentais. Ademais, o tamanho reduzido da amostra pode comprometer a representatividade dos participantes, limitando a diversidade de experiências e tornando mais desafiadora a generalização dos achados para populações mais amplas. Outra limitação a ser considerada é a abordagem transversal da pesquisa, que impede a análise da evolução do tabagismo ao longo do tempo e suas possíveis mudanças de padrão em resposta a intervenções ou a fatores contextuais.

Estudos futuros devem priorizar metodologias longitudinais para melhor compreender os fatores que influenciam o tabagismo entre trabalhadores da saúde. A inclusão de abordagens qualitativas também poderia enriquecer a análise, proporcionando uma visão mais profunda das motivações e dificuldades enfrentadas por esses profissionais no processo de cessação do tabagismo.

CONCLUSÕES

Os achados deste estudo evidenciam um perfil preocupante entre os trabalhadores da saúde fumantes, marcado pela iniciação precoce do tabagismo, elevada prevalência de sintomas depressivos e pelo consumo concomitante de álcool. Apesar de a maioria apresentar baixa dependência nicotínica, indicadores como o tempo reduzido até o primeiro cigarro do dia e a associação tanto com sintomas depressivos quanto com o consumo de álcool sugerem um padrão de uso com implicações significativas para a saúde física e mental. Embora o consumo frequente de bebidas alcoólicas tenha se relacionado à maior dependência nicotínica, essa associação não foi estatisticamente significativa, apontando para a necessidade de estudos futuros que explorem outros fatores que possam influenciar essa relação.

A predominância de participantes nos estágios iniciais do modelo transteórico de mudança (pré-contemplação e contemplação) ressalta a importância de intervenções motivacionais contínuas, adaptadas ao nível de prontidão para a cessação do tabagismo. Tais estratégias devem ser integradas ao acompanhamento psicológico e à promoção da saúde mental, especialmente diante das exigências emocionais e dos fatores psicossociais presentes no cotidiano hospitalar.

Além disso, os resultados reforçam a necessidade de políticas institucionais eficazes de prevenção e controle do tabagismo no ambiente de trabalho, particularmente no setor da saúde, que possui papel estratégico na promoção de comportamentos saudáveis. A capacitação de profissionais como agentes multiplicadores de ações antitabagismo, associada à oferta de suporte contínuo, pode contribuir para a redução do consumo e melhora das condições de trabalho e bem-estar dos profissionais.

Portanto, conclui-se que a identificação precoce de sintomas psíquicos pode favorecer intervenções mais eficazes para a cessação do tabagismo entre trabalhadores da saúde. As implicações clínicas incluem a necessidade de implantação de programas institucionais voltados ao bem-estar emocional, suporte psicológico e ações de promoção da saúde no ambiente de trabalho. Tais estratégias podem melhorar a qualidade de vida dos profissionais e reduzir os riscos relacionados ao uso contínuo de tabaco.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. WHO report on the global tobacco epidemic, 2019: offer help to quit tobacco use [Internet]. Geneva: WHO; 2019 [cited 2025 Nov 24]. Available from: https://www.who.int/publications/i/item/9789241516204.
2. Xavier MO, Del-Ponte B, Santos IS. Epidemiologia do tabagismo em zona rural de um município de médio porte no Sul do Brasil. Rev Saude Publica. 2018;52(Suppl. 1):10s.
3. Rodrigues KF, Funari RR, Resende C. Tabagismo e a percepção entre estudantes e profissionais da enfermagem. GeTeC. 2023;12(42).

4. Rocha SAV, Hoepers ATC, Fröde TS, Steidle LJM, Pizzichini E, Pizzichini MMM. Prevalence of smoking and reasons for continuing to smoke: a population-based study. J Bras Pneumol. 2019;45(4):e20170080.

5. Beneton ER, Schmitt M, Andretta I. Sintomas de depressão, ansiedade e estresse e uso de drogas em universitários da área da saúde. Rev SPAGESP. 2021;22(1):145-59.

6. Lopes CS, Sampaio MMA, Werneck GL, Chor D, Faerstein E. Influência de fatores psicossociais na cessação do tabagismo: evidências longitudinais no Estudo Pró-Saúde. Rev Saude Publica. 2013;47(4):732-9.

7. Perdikaris P, Kletsiou E, Gymnopoulou E, Matziou V. The Relationship between Workplace, Job Stress and Nurses' Tobacco Use: A Review of the Literature. Int J Environ Res Public Health. 2010;7(5):2362-75.

8. Boni FG, Echer IC, Antunes KP. Estratégias para coibir o tabagismo em um hospital universitário. In: Semana Científica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, 37. Porto Alegre: Clin Biomed Res; 2017. Trabalho eP1430.

9. World Health Organization. WHO report on the global tobacco epidemic 2021: addressing new and emerging products [Internet]. Geneva: WHO; 2021 [cited 2025 Nov 24]. Available from: https://www.who.int/pt/publications/b/59152.

10. Kava CM, Ruiz RA, Harris JR, Hannon PA. Worksite tobacco control – a qualitative study on perspectives from employers and employees at small worksites. BMC Public Health. 2022;22(904).

11. Rondina RC, Gorayeb R, Botelho C. Relação entre tabagismo e transtornos psiquiátricos. Arch Clin Psychiatry (São Paulo). 2003;30(6):221-8.

12. Melo NMM, Pires NT, Matos NP, Rosa RS, Rodrigues IG. Prevalência do uso de tabaco e sua relação com a autopercepção de depressão: uma análise de dados secundários. Braz J Health Rev. 2024;7(1):1828-44.

13. Martinez MC, Latorre MRDO, Fischer FM. Fatores associados ao consumo abusivo de álcool em profissionais de enfermagem no estado de São Paulo, Brasil. Rev Bras Saude Ocup. 2022;47:edepi1.

14. Heatherton TF, Kozlowski LT, Frecker RC, Fagerström KO. The Fagerström test for nicotine dependence: a revision of the Fagerström Tolerance Questionnaire. Br J Addict. 1991;86(9):1119-27.

15. Silveira DP, Vieira ALS. Reflexões sobre a ética do cuidado em saúde: desafios para a atenção psicossocial no Brasil. Estud Pesqui Psicol. 2005;5(1):92-101.

16. Von Elm E, Altman DG, Egger M, Pocock SJ, Gøtzsche PC, Vandenbroucke JP. The Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE) Statement: Guidelines for reporting observational studies. J Clin Epidemiol. 2014;61(4):344-9.

17. Instituto Nacional de Câncer. Anamnese clínica para o tratamento do tabagismo [Internet]. Rio de Janeiro: INCA; 2015 [cited 2025 Jun 16]. Available from: www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//anamnese-clinica-para-o-tratamento-do-tagagismo-inca-agosto-2020.pdf.

18. Fagerström K. Determinants of tobacco use and renaming the Fagerström Test for Nicotine Dependence. Nicotine Tob Res. 2012;14(1):75-8.

19. Damiano RF, Hoffmann MS, Gosmann NP, Pan PM, Miguel EC, Salum GA. Translating measurement into practice: Brazilian norms for depressive symptom assessment with the Patient Health Questionnaire (PHQ-9). Braz J Psychiatry. 2023;45(4):310-7.

20. Prochaska JO, Velicer WF. The transtheoretical model of health behavior change. Am J Health Promot. 1997;12(1):38-48.

21. Brasil. Lei nº 13.709, de 14 de agosto de 2018. Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD) [Internet]. Diário Oficial da União. 2018 [cited 2022 Jul 2];157(seção 1):59. Available from: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2018/lei/l13709.htm.

22. Boni FG, Osmarin VM, Juchem BC, Mantovani VM, Echer IC. Cessação do tabagismo: ações da equipe de saúde na hospitalização. Rev Recien. 2020;10(31):13-23.

23. Sales AA, Santos FAS, Pagliarini JL, Porto MBS, Moreira PRR, Muniz AS, et al. Prevalência de sintomas depressivos e fatores relacionados em trabalhadores de saúde da atenção primária: revisão integrativa. Res Soc Dev. 2022;11(16):e3868413197.

24. Malta DC, Morais EAH, Silva AG, Souza JB, Gomes CS, Santos FM, et al. Mudanças no uso do tabaco entre adolescentes brasileiros e fatores associados: Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar. Cienc Saude Coletiva. 2024;29(9):e08252023.

25. Zenkner KV, Denardin EF, Jesus AA, Strom BR, Silva ES, Carlesso JPP. Mental health of health professionals: the illness of those who are dedicated to caring for the illness of others. Res Soc Dev. 2020;9(7):e916974747.

26. Amorim TA, Lucchese R, Silva EM, Santos JS, Vera I, Paula NI, et al. Determinantes de saúde mental e abuso de substâncias psicoativas associadas ao tabagismo: estudo de caso-controle. Cienc Saude Coletiva. 2019;24(11):4211-52.

27. Ministério da Saúde (BR). Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Tabagismo [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2020 [cited 2025 Jun 16]. Available from: https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/protocolos/resumidos/20210113_pcdt_resumido_tabagismo.pdf.

28. Conselho Nacional de Saúde (BR). Mulheres e saúde: as diferentes faces da inserção feminina no trabalho e na educação em saúde [Internet]. Brasília: CNS; 2025 [cited 2025 Jun 16]. Available from: https://www.gov.br/conselho-nacional-de-saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/cartilhas/mulheres-e-saude-as-diferentes-faces-da-insercao-feminina-no-trabalho-e-na-educacao-em-saude/view.

29. Pereira BBSG, Silva ASM, Lima DR, Carvalho CFC, Loreto AR, Galvao LP, et al. Sex differences in smoking cessation: a retrospective cohort study in a psychosocial care unit in Brazil. Trends Psychiatry Psychother. 2023;45:e20210217.

30. Melo WV, Oliveira MS, Araújo RB, Pedroso RS. A entrevista motivacional em tabagistas: uma revisão teórica. Rev Psiquiatr Rio Gd Sul. 2008;30(1 Suppl):S104-9.

31. Ministério da Saúde (BR). Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Tabagismo [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2020 [cited 2025 Jun 16]. Available from: https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/protocolos/resumidos/20210113_pcdt_resumido_tabagismo.pdf.

32. Andrade RO, Lanzieri IO, Amaral LM, Santos MS, Leite ICG. Fatores associados ao grau de dependência à nicotina em pacientes tabagistas internados no Hospital Universitário da UFJF. Principia. 2021;21:e33884.

33. Sousa FMA, Sousa LMD, Aragão JMN, Oliveira EN, Almeida PC, Bezerra SMN, et al. Uso de substâncias psicoativas e rendimento acadêmico de universitários da área de saúde. Cogitare Enferm. 2023;28:e87063.

Recebido: 26 jun 2025
Aceito: 22 out 2025