

Fatores socioeconômicos e culturais associados à prevalência de tabagismo entre trabalhadores do Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte

Socio-economic and cultural factors associated with smoking prevalence among workers in the National Health System in Belo Horizonte

Luiz Fábio Machado Barbosa¹, Carla Jorge Machado¹

RESUMO: *Objetivo:* Analisar os fatores associados ao tabagismo em trabalhadores da saúde vinculados ao Sistema Único de Saúde de Belo Horizonte, Minas Gerais. *Métodos:* Estudo transversal com base em inquérito realizado entre setembro de 2008 e janeiro de 2009 com amostra estratificada. Variáveis sociodemográficas, de condições de saúde, emprego e trabalho foram analisadas. Utilizou-se regressão de Poisson com variância robusta, com estimativa das razões de prevalência bruta e ajustada e o nível de significância para inclusão no modelo final foi 5%. *Resultados:* Em 1.759 questionários analisados e para os quais houve resposta para a questão do tabagismo, a prevalência de tabagismo obtida foi de 15,7%. Na análise de associações permaneceu, no modelo final, negativamente associada ao tabagismo, a relação regular entre exigências e recursos disponíveis (RP = 0,75; IC95% 0,58 – 0,96). Permaneceram positivamente associados ao tabagismo sexo masculino (RP = 1,75; IC95% 1,36 – 2,25) e os seguintes cargos: agentes comunitários de saúde (RP = 2,98; IC95% 1,76 – 5,05); profissionais envolvidos com a vigilância (RP = 3,86; IC95% 1,63 – 5,01); administrativos, de serviços gerais e outros (RP = 2,47; IC95% 1,51 – 4,05); profissionais técnicos de nível médio (RP = 2,23; IC95% 1,31 – 3,78); com inclusão de enfermeiros e técnicos de enfermagem (RP = 2,07; IC95% 1,18 – 3,64). *Conclusão:* Foram identificados subgrupos ocupacionais específicos que devem ser priorizados em programas de prevenção e cessação de fumar.

Palavras-chave: Pessoal de saúde. Hábito de fumar. Prevalência. Saúde pública. Epidemiologia. Saúde do trabalhador.

¹Universidade Federal de Minas Gerais – Belo Horizonte (MG), Brasil.

Autor correspondente: Luiz Fábio Machado Barbosa. Rua Maria Francisca, 886, Boa Vista, CEP: 31060-330, Belo Horizonte, MG, Brasil. E-mail: luizfabio2002@yahoo.com.br

Conflito de interesses: nada a declarar – **Fonte de financiamento:** Fundação de Amparo a Pesquisa de Minas Gerais (FAPEMIG - EDT 3339-2006).

ABSTRACT: *Objective:* To identify factors related to smoking among health workers of the National Health System in Belo Horizonte, Minas Gerais, Brazil. *Methods:* A cross-sectional study based on a survey conducted between September 2008 and January 2009 with a stratified sample. Data on sociodemographic, health, employment, and work characteristics were analyzed. Poisson regression models with robust variance and estimation of unadjusted and adjusted prevalence ratios were used to establish associations at a 5% significance level for inclusion in the final model. *Results:* In 1,759 questionnaires analyzed, in which the question related to smoking was answered, the overall prevalence of smoking was 15.7%. Reasonable relationship between requirements and available resources remained negatively correlated to smoking in the final model (PR = 0.75; 95%CI 0.58 – 0.96). The variables that remained positively associated with smoking were being male (PR = 1.75; 95%CI 1.36 – 2.25) and the following positions: community health workers (PR = 2.98; 95%CI 1.76 – 5.05), professionals involved in monitoring (PR = 3.86; 95%CI 1.63 – 5.01), administrative and other general services workers (PR = 2.47; 95%CI 1.51 – 4.05); technical mid-level workers (PR = 2.23; 95%CI 1.31 – 3.78), including nurses and practical nurses (PR = 2.07; 95%CI 1.18 – 3.64). *Conclusion:* Specific occupational subgroups were identified and should be prioritized in smoking cessation and prevention programs.

Keywords: Health personnel. Smoking. Prevalence. Public health. Epidemiology. Occupational health.

INTRODUÇÃO

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

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

Estudos no Brasil e em outros países desenvolvidos e em desenvolvimento verificaram que o tabagismo pode comprometer a credibilidade do profissional, dado que é esperado que sirvam como exemplo aos seus pacientes e à comunidade em relação à adoção de hábitos saudáveis⁵⁻⁷. Ademais, o tabagismo funciona como preditor negativo para intervenções de prevenção e cessação de fumar, pois TS tabagistas tendem a abordar com menor frequência assuntos referentes à prevenção e cessação de fumar com seus pacientes, em comparação a TS não tabagistas^{4,5}.

Não há estudo brasileiro sobre o tabagismo nessa população específica, apenas pesquisas abordando o assunto em categorias profissionais específicas, notadamente médicos^{7,8} e pessoal de enfermagem^{5,9}. No entanto, segundo Barros et al.¹⁰ e Dawson et al.¹¹, as particularidades laborais desse grupo ocupacional são sujeitas a estressores semelhantes àqueles também

associados ao tabagismo: frustração, trabalho estressante, impotência, desvalorização, fraco reconhecimento, instabilidade empregatícia, alta demanda de trabalho, jornadas extensas e turno de trabalho não diurno^{10,11}. Assim, caracterizar os fumantes por ocupação pode contribuir para o aprimoramento de intervenções de controle e cessação de fumar¹⁰.

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

O presente estudo busca preencher essa lacuna existente na literatura através da análise de amostra representativa da população de TS, para responder qual a prevalência do tabagismo na população de TS e os fatores relativos às condições de saúde e trabalho de TS vinculados ao Sistema Único de Saúde (SUS) que se associam ao tabagismo.

METODOLOGIA

O inquérito epidemiológico foi desenvolvido e executado pelo Núcleo Saúde e Trabalho, grupo de pesquisa vinculado à Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), no período de setembro de 2008 a janeiro de 2009. As questões focalizaram o tema condições de saúde e trabalho. Foram elegíveis todos os profissionais vinculados ao serviço público municipal de saúde, independente do vínculo empregatício (permanente, temporário, estágio), em efetivo exercício profissional na unidade sorteada. Os questionários não identificavam os respondentes. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais (parecer nº 542/07) e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte (parecer nº 054/06). Os participantes leram e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

A amostra foi estratificada por distrito sanitário, nível de complexidade da assistência (centros de saúde, especialidades, urgência e gerências distritais) e ocupação. Em cada estrato, os indivíduos que compuseram a amostra foram selecionados por procedimento aleatório. Foram substituídos, respeitando-se a função ou cargo, nível de assistência e área geográfica, aqueles que não se encontravam no serviço por motivo de férias, transferência, aposentadoria ou morte.

Para o cálculo da amostra, considerou-se o universo de 13.602 TS à época da coleta de dados, prevalência de fumantes na população geral de 17,2%¹², nível de 95% de confiança e precisão de 3%. Dos 2.205 TS sorteados, 1.808 responderam ao questionário. Desses, por sua vez, 1.759 informaram sua situação quanto ao tabagismo, logo, obteve-se taxa de resposta de 79,8% $[(1.759/2.205)*100]$. Cabe observar que 1.759 indivíduos corresponde a número muito superior à amostra que teria sido necessária com base nos parâmetros definidos para dimensionamento da amostra.

O preenchimento do questionário foi conduzido por entrevistador treinado, que se dirigiu à unidade do participante após contato e confirmação da presença do entrevistado. Foram realizadas até três tentativas para localizar o trabalhador sorteado. Considerou-se perda quando o trabalhador não foi encontrado na terceira tentativa e o banco de dados foi construído no programa SPSS versão 15.

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

As variáveis explicativas foram organizadas em três blocos:

1. características individuais: informações sociodemográficas e de condições de saúde (sexo, idade, grau de escolaridade e absenteísmo, isto é, falta ao trabalho por problemas de saúde nos últimos 12 meses);
2. características do emprego: cargo, tipo de vínculo atual e renda bruta mensal relativa ao trabalho na unidade;
3. características do trabalho: relação entre as exigências das tarefas e os recursos disponíveis, demanda física do trabalho e demanda emocional do trabalho.

A variável relação entre as exigências das tarefas e os recursos disponíveis teve origem na pergunta do questionário, com quatro opções de respostas: boa, regular, ruim ou muito ruim (as duas últimas alternativas foram agrupadas na categoria ruim/ muito ruim).

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

A variável demanda emocional do trabalho teve origem na pergunta “*Meu trabalho me exige muito emocionalmente*”, com respostas: discordo fortemente e discordo (agrupadas em baixa demanda), concordo e concordo fortemente (agrupadas em alta demanda).

Primeiramente, foi executada a análise descritiva dos dados (proporções e percentual de sujeitos, distribuídos nas categorias de cada variável estudada). Posteriormente, foi obtida a distribuição dos TS na amostra, para cada nível da variável explicativa, estratificada por presença ou ausência de tabagismo. Já a análise univariável foi feita por meio da regressão de Poisson com variância robusta simples, com estimativa das razões de prevalência brutas e seus respectivos intervalos de confiança de 95% (IC95%) para avaliação da magnitude de associação entre as variáveis. Aquelas variáveis que se mostraram significativas ao nível de 20% na análise univariável foram agrupadas em um modelo multivariável e avaliadas por análise de deleção sequencial, considerando um nível de significância de 5% e IC95%.

Na análise por deleção sequencial, as variáveis não significativas do modelo multivariado são retiradas, gerando um novo modelo explicativo. Esse novo modelo é novamente testado considerando o mesmo nível de significância. O processo é repetido até obter um modelo final, em que todas as variáveis “resistem” repetidamente à análise ao nível de significância de 5%. Foi utilizado o software estatístico STATA 12.0.

RESULTADOS

A proporção de fumantes correspondeu a 276 indivíduos (15,7%). As mulheres representaram 71,6% da população, da qual 54,2% relataram escolaridade de ensino médio, técnico ou superior incompleto e 51,3% negaram falta, licença ou afastamento do trabalho nos últimos 12 meses (Tabela 1). A idade média foi de 40,8 anos ($\pm 11,1$) e a amplitude de 16 a 73 anos. Quanto ao emprego, 23,0% ocupavam cargos administrativos, de serviços gerais e outros, e 69,7% eram concursados/municipalizados. A renda média era de R\$ 1.932,12 e a renda mediana de R\$ 1.000,00. Com relação às características do trabalho, 50,5% relataram

Tabela 1. Descrição da amostra do estudo. Trabalhadores municipais da saúde de Belo Horizonte, MG, 2009.

Características individuais	n	%
Características sociodemográficas e de condições de saúde		
Sexo	1788	
Feminino	1281	71,6
Masculino	507	28,4
Idade (em anos)	1783	
Até 34	567	31,8
De 35 a 46	608	34,1
47 ou mais	608	34,1
Grau de escolaridade	1785	
Superior completo ou pós-graduação	662	37,1
Médio, técnico ou superior incompleto	968	54,2
Fundamental	155	8,7
Absenteísmo (últimos 12 meses)	1770	
Não	908	51,3
Sim	862	48,7
Tabagismo	1759	
Não fumante	1483	84,3
Fumante atual	276	15,7

Continua...

Tabela 1. Continuação.

Características individuais	n	%
Características do emprego		
Cargo	1643	
Médicos	234	14,2
Enfermeiros e técnicos de enfermagem	228	13,9
Profissionais técnicos de nível superior	201	12,2
Profissionais envolvidos com a vigilância	106	6,5
Agentes comunitários de saúde	223	13,6
Profissionais técnicos de nível médio	273	16,6
Administrativos, serviços gerais e outros	378	23,0
Vínculo atual	1758	
Concursado/municipalizado	1225	69,7
Contratado sem concurso/estagiário	533	30,3
Rendimento bruto mensal (em reais)	1654	
Até 600	473	28,6
De 601 a 1.200	516	31,2
Acima de 1.201	665	40,2
Características do trabalho		
Relação entre exigências e recursos disponíveis	1782	
Boa	617	34,6
Regular	900	50,5
Ruim/muito ruim	265	14,9
Demanda física do trabalho	1740	
Baixa	1172	67,4
Alta	568	32,6
Demanda emocional do trabalho	1781	
Baixa demanda	451	25,3
Alta demanda	1330	74,7

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

como regular a relação entre exigências e recursos disponíveis, 67,4% consideraram baixa a demanda física do trabalho e 74,7% julgaram como alta a demanda emocional do trabalho.

Como principais resultados da análise univariável, a prevalência de tabagismo em homens foi 70% maior comparativamente à prevalência entre mulheres, com razão de prevalência (RP) de 1,70 (Tabela 2). Em relação à escolaridade, a prevalência de tabagismo entre aqueles com ensino médio, técnico ou superior incompleto foi 50% maior comparativamente àquela dos participantes com superior completo ou pós-graduação (RP = 1,50). Já entre aqueles com ensino fundamental, a prevalência de tabagismo foi 93% maior do que aquela dos indivíduos com ensino superior completo ou pós-graduação (RP = 1,93). Entre os participantes que relataram absenteísmo nos últimos 12 meses, a prevalência de tabagismo foi 22% menor comparativamente àquela dos que negaram absenteísmo (RP = 0,78). Quanto às características do emprego, comparativamente aos médicos, a prevalência de tabagismo foi 2,1 vezes maior entre profissionais envolvidos com a vigilância (RP = 3,1); 1,37 vezes maior entre agentes comunitários de saúde (RP = 2,37) e 1,55 vezes maior entre administrativos, serviços gerais e outros (RP = 2,55). A prevalência de tabagismo entre profissionais técnicos de nível médio foi 89% maior comparativamente à prevalência entre médicos (RP = 1,89). A prevalência de tabagismo entre TS contratados/estagiários foi 50% maior comparativamente àquela de concursados/municipalizados (RP = 1,50). A prevalência de tabagismo foi 29% menor entre participantes com renda acima de R\$ 1.201,00 comparativamente àquelas cuja renda era de até R\$ 600,00 (RP = 0,71). Quanto às características do trabalho, a prevalência de tabagismo foi 26% menor entre aqueles que relataram relação regular entre as exigências e recursos disponíveis, comparativamente àquelas que relataram essa relação como boa (RP = 0,74). As prevalências de tabagismo entre aqueles que relataram baixa demanda física e emocional do trabalho foram, respectivamente, 29 e 27% menores, comparativamente àquelas que relataram alta demanda (RP = 0,71 e 0,73, respectivamente) (Tabela 2).

As variáveis incluídas no modelo multivariável foram: sexo, escolaridade, absenteísmo, cargo, tipo de vínculo, renda, relação entre exigências e recursos disponíveis, demanda física e demanda emocional do trabalho; e foram obtidas razões de prevalências ajustadas. Os resultados da análise multivariável evidenciaram que a prevalência de tabagismo ajustada entre participantes do sexo masculino foi 75% maior comparativamente à prevalência entre mulheres (RP = 1,75; IC95% 1,36 – 2,25) (Tabela 3). Com relação à variável cargo, a prevalência de tabagismo ajustada, comparativamente aos médicos foi: 1,07 vezes maior entre enfermeiros e técnicos de enfermagem (RP = 2,07; IC95% 1,18 – 3,64); 1,86 vezes maior entre profissionais envolvidos com a vigilância (RP = 2,86; IC95% 1,63 – 5,01); 1,98 vezes maior entre agentes comunitários de saúde (RP = 2,98; IC95% 1,76 – 5,05); 1,23 vezes maior entre profissionais técnicos de nível médio (RP = 2,23; IC95% 1,31 – 3,78) e 1,47 vezes maior entre trabalhadores administrativos, de serviços gerais e outros (RP = 2,47; IC95% 1,51 – 4,05). A prevalência de tabagismo ajustada entre aqueles que relataram como regular a relação entre exigências e recursos disponíveis foi 25% menor, em comparação àquelas que relataram essa relação como boa (RP = 0,75; IC95% 0,58 – 0,96).

Tabela 2. Prevalência de tabagismo e resultados da análise univariável. Trabalhadores municipais da saúde de Belo Horizonte, MG, 2009.

Caraterísticas individuais	n	%	RP (IC95%)	Valor p
Características sociodemográficas e de condições de saúde				
Sexo	1788			
Feminino	1281	13,1	1,00	
Masculino	507	22,2	1,70 (1,37 – 2,12)	< 0,001***
Idade (anos)	1783			
Até 34	567	17,2	1,00	
De 35 a 46	608	14,0	0,82 (0,62 – 1,07)	0,144
47 ou mais	608	16,3	0,95 (0,73 – 1,23)	0,701
Grau de escolaridade	1785			
Superior completo ou pós-graduação	662	11,7	1,00	
Médio, técnico ou superior incompleto	968	17,4	1,50 (1,16 – 1,92)	0,002**
Fundamental	155	22,5	1,93 (1,34 – 2,77)	< 0,001***
Absenteísmo (últimos 12 meses)	1770			
Não	908	17,5	1,00	
Sim	862	13,7	0,78 (0,63 – 0,98)	0,030*
Características do emprego				
Cargo	1643			
Médicos	234	7,9	1,00	
Enfermeiros e técnico de enfermagem	228	12,8	1,63 (0,93 – 2,85)	0,090
Profissionais técnicos de nível superior	201	8,8	1,28 (0,70 – 2,34)	0,428
Profissionais envolvidos com a vigilância	106	24,3	3,06 (1,75 – 5,35)	< 0,001***
Agentes comunitários de saúde	223	18,6	2,37 (1,41 – 4,00)	0,001**
Profissionais técnicos de nível médio	273	14,5	1,89 (1,12 – 3,21)	0,018*
Administrativos, serviços gerais e outros	378	20,1	2,55 (1,57 – 4,16)	< 0,001***
Vínculo atual	1758			
Concursado/municipalizado	1225	12,7	1,00	
Contratado sem concurso/estagiário	533	18,4	1,50 (1,20 – 1,87)	< 0,001***
Rendimento bruto mensal (em reais)	1654			
Até 600	473	17,7	1,00	
De 601 a 1.200	516	18,5	1,05 (0,80 – 1,37)	0,738
Acima de 1.201	665	12,6	0,71 (0,53 – 0,94)	0,017*

Continua...

Tabela 2. Continuação.

Características individuais	n	%	RP (IC95%)	Valor p
Características do trabalho				
Relação entre exigências e recursos disponíveis	1782			
Boa	617	18,4	1,00	
Regular	900	13,7	0,74 (0,59 – 0,94)	0,013*
Ruim/muito ruim	265	16,4	0,90 (0,64 – 1,23)	0,479
Demanda física do trabalho	1740			
Baixa	1172	17,3	1,00	
Alta	568	12,4	0,71 (0,55 – 0,92)	0,010*
Demanda emocional do trabalho	1781			
Baixa	451	19,4	1,00	
Alta	1330	14,2	0,73 (0,58 – 0,92)	0,008*

RP: razão de prevalência; IC95%: intervalo de confiança de 95%; *p < 0,05; **p < 0,01; ***p < 0,001.

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

Variáveis	RP (IC95%)	Valor p
Sexo		
Feminino	1,00	
Masculino	1,75 (1,36 – 2,25)	< 0,001***
Cargo		
Médicos	1,00	
Enfermeiros e técnicos de enfermagem	2,07 (1,18 – 3,64)	0,011*
Profissionais técnicos de nível superior	1,41 (0,76 – 2,62)	0,279
Profissionais envolvidos com a vigilância	2,86 (1,63 – 5,01)	< 0,001***
Agentes comunitários de saúde	2,98 (1,76 – 5,05)	< 0,001***
Profissionais técnicos de nível médio	2,23 (1,31 – 3,78)	0,003**
Administrativos, serviços gerais e outros	2,47 (1,51 – 4,05)	< 0,001**
Relação entre exigências e recursos disponíveis		
Boa	1,00	
Regular	0,75 (0,58 – 0,96)	0,023*
Ruim/muito ruim	0,89 (0,63 – 1,28)	0,542

RP: razão de prevalência; IC95%: intervalo de confiança de 95%; *p < 0,05; **p < 0,01; ***p < 0,001.

DISCUSSÃO

A prevalência de tabagismo, em 2009, na amostra de TS vinculados à rede pública municipal de Belo Horizonte, Minas Gerais, foi ligeiramente superior àquela estimada para a população geral do município em 2009 (15,7 e 15,2%, respectivamente). A maior prevalência de tabagismo entre TS, comparativamente à população geral foi, a princípio, inesperada, dada a especificidade da amostra composta de TS, os quais estariam mais cientes dos efeitos nocivos do consumo de tabaco, comparados à população geral. No caso dos TS em cargos administrativos e de serviços gerais, apesar de não necessariamente possuírem formação acadêmica em saúde, convivem com os profissionais da área e com as mazelas dos efeitos do tabagismo.

Esse fato é preocupante, já que Machado e Assunção¹³ evidenciaram maior interesse e implicação dos TS em estimular os pacientes a adotarem práticas cujos benefícios são conhecidos por eles próprios em suas experiências pessoais. Esses mesmos autores indicam que os TS, ao aplicarem os protocolos de intervenção em saúde aos usuários, extraem aprendizados para si mesmos. Portanto, tal prevalência de tabagismo entre TS pode também indicar ausência ou falha na aplicação dos protocolos de prevenção e cessação de fumar nos serviços¹³.

Convergente com a literatura, houve maior prevalência de tabagismo entre os homens, como observado nos países em desenvolvimento^{13,14}. Esse resultado, que foi estatisticamente significativo, manteve-se no modelo final.

No tocante ao grau de escolaridade, foi encontrado um gradiente de exposição, caracterizado por uma relação inversa, gradual e significativa na análise univariável entre menor escolaridade e maior prevalência de tabagismo. Esses achados foram convergentes com a literatura referente aos TS em países em desenvolvimento e à população geral brasileira^{7,12,15}. A baixa escolaridade pode ser considerada um marcador de baixo acesso ao conhecimento e de baixa compreensão sobre os efeitos deletérios do tabaco sobre a saúde¹⁶. Contudo, o achado não se sustentou na análise multivariável.

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

Com relação ao tipo de vínculo empregatício, os achados também foram compatíveis com o estudo de Giatti e Barreto¹⁷. A precariedade do vínculo esteve positivamente associada ao tabagismo no modelo univariável. Contudo, o resultado não se manteve no modelo final.

Quanto às condições de saúde, houve associação negativa entre tabagismo e episódio de absenteísmo nos últimos 12 meses no modelo univariável. Embora os estudos de Torres Lana et al.¹⁸ e Gorman et al.¹⁹ apontem relação positiva entre absenteísmo e comportamentos nocivos, esse resultado pode ser explicado por um possível efeito de confusão promovido

pela variável vínculo, conforme relatado em pesquisas anteriores^{20,21}. Considerando que há associação positiva entre vulnerabilidade do vínculo e tabagismo, possivelmente, a maior proporção de tabagistas encontrada no grupo contratado explica a menor ocorrência de absenteísmo. A situação encontrada é compatível com o presenteísmo relacionado à ameaça de perda do emprego, ou seja, a insegurança do vínculo é um fator que pode levar à diminuição do absenteísmo entre contratados²².

Também houve associação negativa entre tabagismo e renda na análise univariável, situação esperada segundo a literatura^{10,12,23}.

Quanto às características do trabalho, os resultados da análise univariável evidenciaram associação negativa entre piores condições de trabalho e tabagismo. Foi menor a prevalência de tabagismo entre participantes que relataram relação regular entre exigências e recursos disponíveis, alta demanda física e alta demanda emocional do trabalho. De fato, os estudos de Heikkila et al.²⁴ e Peretti-Watel et al.²⁵ encontraram associação positiva entre tabagismo e relato de situação de trabalho estressante, além de Sapp et al.²⁶ verificarem efeito atenuador do suporte social sobre a relação entre tabagismo e alta demanda de trabalho. Radi et al.²⁷ verificaram associação entre fatores estressores no trabalho e tabagismo na população australiana, com diferentes padrões por sexo. Esses autores encontraram associação negativa entre trabalho ativo ou com alta exigência e prevalência de tabagismo apenas em mulheres. O mesmo estudo, entretanto, encontrou associação positiva entre tabagismo e alta pressão no trabalho apenas em homens e, entre tabagismo, demanda física e demanda psicológica apenas em mulheres. Já Andersen et al.²⁸ não encontraram associação entre condições de trabalho e prevalência de tabagismo entre trabalhadores empregados da população geral dinamarquesa e sueca.

No presente estudo, a relação regular entre exigências e recursos disponíveis, comparativamente à boa relação, revelou-se protetora ao tabagismo na análise univariável e multivariável e a magnitude do efeito foi semelhante e estatisticamente significativa nos dois modelos. Esse resultado não é intuitivo. Não foram encontrados estudos sobre a relação entre tabagismo e condições de trabalho especificamente em TS, mas segundo Boeuf-Cazou et al.²⁹ indivíduos sujeitos a responsabilidades profissionais sobre pressão de tempo são trabalhadores mais vulneráveis ao tabagismo. Nossos resultados indicam, entretanto, que o controle por variáveis de categoria profissional, que poderia ser uma *proxy* a essa pressão do tempo, não modificou o efeito.

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

CONCLUSÃO

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

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization (WHO). WHO Report on the global tobacco epidemic, 2011: warning about the dangers of tobacco. Geneva: WHO; 2011.
2. Antal M, Forster A, Zalai Z, Barabás K, Ramseier C, Nagy K. Attitudes of Hungarian dental professionals to tobacco use and cessation. *Cent Eur J Public Health* 2012; 20(1): 45-9.
3. Sarna L, Bialous SA, Nandy K, Yang Q. Are quit attempts among U.S. female nurses who smoke different from female smokers in the general population? An analysis of the 2006/2007 tobacco use supplement to the current population survey. *BMC Womens Health* 2012; 12: 4.
4. Bello SS, Soto MI, Michalland SH, Salinas JC. Encuesta nacional de tabaquismo en funcionarios de salud. *Rev Méd Chile* 2004; 132: 223-32.
5. Lugo NS, Hernández MC, Negrín SH. El tabaquismo en los profesionales de la salud en el municipio Habana Vieja. *Rev Cuba Salud Pública* 2008; 34(4).
6. Al-Eisa IS, Al-Terkit AM, Radwan MM, Al-Jassar Tm Al-Murat MS. Smoking among health care workers of the Capital Governorate Health Region, Kuwait: prevalence and attitudes. *Kuwait Med J* 2006; 38(2): 100-6.
7. Balbani APS, Montovani JC, Carvalho LR. Tabagismo, abandono do fumo e os otorrinolaringologistas do estado de São Paulo. *Rev Bras Otorrinolaringol* 2006; 72(1): 96-103.
8. Viegas CAA, Andrade APA, Silvestre RS. Características do tabagismo na categoria médica do Distrito Federal. *J Bras Pneumol* 2007; 33(1): 76-80.
9. Eriksen W. Work factors as predictors of smoking relapse in nurses' aides. *Int Arch Occup Environ Health* 2006; 79(3): 244-50.
10. Barros AJD, Cascaes AM, Wehrmeister FC, Martínez-Mesa J, Menezes AMB. Tabagismo no Brasil: desigualdades regionais e prevalência segundo características ocupacionais. *Ciênc Saúde Coletiva* 2011; 16(9): 3707-16.
11. Dawson AP, Cargo M, Stewart H, Chong A, Daniel M. "I know it's bad for me and yet I do it": exploring the factors that perpetuate smoking in Aboriginal Health Workers – a qualitative study. *BMC Health Serv Res* 2012; 12(102).
12. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD): tabagismo 2008. Rio de Janeiro: IBGE; 2009.
13. Machado JMH, Assunção AA, orgs. Panorama da saúde dos trabalhadores da saúde. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais; 2012.
14. World Health Organization (WHO). WHO Report on the global tobacco epidemic, 2008. Geneva: WHO; 2008.
15. Monteiro CA, Cavalcante TM, Moura EC, Claro RM, Szwarcwald CL. Population-based evidence of a strong decline in the prevalence of smokers in Brazil (1989-2003). *Bull World Health Organ* 2007; 85(7): 527-34.
16. Opaleye ES, Sanchez ZM, Moura YG, Galduróz JC, Locatelli DP, Noto AR. The Brazilian smoker: a survey in the largest cities of Brazil. *Rev Bras Psiquiatr* 2012; 34(1): 43-51.
17. Giatti L, Barreto SM. Tabagismo, situação no mercado de trabalho e gênero: análise da PNAD 2008. *Cad Saúde Pública* 2011; 27(6): 1132-42.
18. Torres Lana A, Cabrera de León A, Marco García MT, Aguirre Jaime A. Smoking and sickness absence among public health workers. *Public Health* 2005; 119(2): 144-9.
19. Gorman E, Yu S, Alamgir H. When healthcare workers get sick: exploring sickness absenteeism in British Columbia, Canada. *Work* 2010; 35(2): 117-23.
20. Roelen CA, van der Pol TR, Koopmans PC, Groothoff JW. Identifying workers at risk of sickness absence by questionnaire. *Occup Med (Lond)* 2006; 56(7): 442-6.

21. Virtanen M, Kivimäki M, Elovainio M, Vahtera J. Selection from fixed term to permanent employment: prospective study on health, job satisfaction, and behavioural risks. *J Epidemiol Community Health* 2002; 56(9): 693-9.
22. Virtanen M, Kivimäki M, Elovainio M, Vahtera J, Ferrie JE. From insecure to secure employment: changes in work, health, health related behaviours, and sickness absence. *Occup Environ Med* 2003; 60(12): 948-53.
23. World Health Organization (WHO). Adult tobacco surveys in WHO member states. Geneva: WHO; 2012.
24. Heikkilä K, Nyberg ST, Fransson EI, Alfredsson L, De Bacquer D, Bjorner JB, et al. Job strain and tobacco smoking: an individual-participant data meta-analysis of 166,130 adults in 15 European studies. *PLoS One* 2012; 7(7): e35463.
25. Peretti-Watel P, Constance J, Seror V, Beck F. Working conditions, job dissatisfaction and smoking behaviours among French clerks and manual workers. *J Occup Environ Med* 2009; 51(3): 343-50.
26. Sapp AL, Kawachi I, Sorensen G, LaMontagne AD, Subramanian SV. Does workplace social capital buffer the effects of job stress? A cross-sectional, multilevel analysis of cigarette smoking among U.S. manufacturing workers. *J Occup Environ Med* 2010; 52(7): 740-50.
27. Radi S, Ostry A, Lmaontagne AD. Job stress and other working conditions: relationships with smoking behaviors in a representative sample of working Australians. *Am J Ind Med* 2007; 50(8): 584-96.
28. Andersen I, Rasmussen NK, Ostergren PO, Carlsson F, Grahn M, Diderichsen F. Does job strain mediate the effect of socioeconomic group on smoking behaviour? The impact of different health policies in Denmark and Sweden. *Scand J Public Health* 2008; 36(6): 598-606.
29. Boeuf-Cazou O, Lapeyre-Mestre M, Niezborala M, Montastruc JL. Profile of psychoactive substances consumption in workplace. *Therapie* 2011; 66(2): 155-65.

Recebido em: 09/12/2013

Versão final apresentada em: 18/06/2014

Aceito em: 30/09/2014