

Opinião de pacientes, familiares e profissionais sobre o hábito de fumar em uma enfermaria psiquiátrica

Patients', families', and staff's opinion on smoking within a psychiatric infirmary

Opinión de pacientes, familiares y profesionales sobre el hábito de fumar en una enfermería psiquiátrica

Edson Arthur Scherer^I; Zeyne Alves Pires Scherer^{II}

RESUMO: Estudo descritivo quantitativo realizado na enfermaria de psiquiatria do Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto. Objetivou conhecer a opinião dos pacientes, familiares e equipe acerca do fumar na internação psiquiátrica e o grau de dependência dos fumantes. Utilizada entrevista semiestruturada e questionário de Fagerström. Entrevistados 98 sujeitos de julho a dezembro de 2010: 25 doentes; 25 familiares; e 48 profissionais. Os pacientes mostraram graus mais elevados de dependência do tabaco. A maioria concorda com a reserva de áreas para fumantes e proibição em locais públicos, sem privilégios para doentes mentais, e com o uso terapêutico de adesivo de nicotina no serviço estudado. Os não fumantes referiram incômodos quando era permitido fumar na internação e acreditavam que o cigarro gerava conflitos e desinteresse pelas atividades terapêuticas. Conclui-se que os profissionais devem abordar o fumo, investindo em pesquisas, na prevenção e promoção de saúde, conscientizando o fumante na busca de tratamento.

Palavras-Chave: Tabagismo; pessoas mentalmente doentes; hospitalização; psiquiatria.

ABSTRACT: Quantitative descriptive study carried out at the psychiatric ward of the Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto, Brazil. It aimed at assessing patients', families', and team's opinion concerning smoking during psychiatric hospitalization as well as smokers' dependence. Semi-structured interview and Fagerström's questionnaire were used. Ninety-eight (98) subjects were interviewed from July to December, 2010: 25 patients; 25 families; and 48 professionals. Patients showed higher degrees of tobacco dependence. The majority agrees to restricted smoking areas; to no-smoking requirements to all public places, with no exceptions to the mentally ill people; and to mandatory use of nicotine adhesive strips in the studied unit. The non-smoking ones complained about restriction-free smoking while in hospital and believed that cigarette smoking generated conflicts and disinterest in the therapeutic activities. Conclusions suggest that professionals must approach tobacco-related issues investing in research, prevention, and promotion of smoker's health awareness in the treatment.

Keywords: Smoking; mentally ill persons; hospitalization; psychiatry.

RESUMEN: Estudio descriptivo cuantitativo realizado en la enfermería de psiquiatria del Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto – São Paulo – Brasil. Objetivó conocer la opinión de los pacientes, familiares y equipo referente a fumar en la internación psiquiátrica y el grado de dependencia de los fumantes. Usada entrevista semiestruturada y cuestionario de Fagerström. Entrevistados 98 sujetos de julio a diciembre de 2010: 25 enfermos; 25 familiares; e 48 profesionales. Los pacientes tenían grados más elevados de dependencia del tabaco. La mayoría acuerda con la reserva de áreas para fumantes y la prohibición en lugares públicos, sin privilegios para los enfermos mentales, e con el uso de adhesivo de nicotina en el servicio estudiado. Los no fumadores relacionaron incómodo cuando era permitido fumar en la internación y acreditaban que el cigarrillo generaba conflictos y desinterés por las actividades terapéuticas. Se concluyó que los profesionales deben enfocar el tabaco, invirtiendo en pesquisas, prevención y promoción de la salud y conciencia del fumador en la búsqueda del tratamiento.

Palabras Clave: Tabaquismo; enfermos mentales; hospitalización; psiquiatria.

INTRODUÇÃO

A prevalência de tabagismo em doentes mentais^{III} é maior do que na população em geral, com maiores níveis de tolerância e dependência¹⁻⁶. O fumo pode trazer a sensação de alívio dos efeitos colaterais de certas medicações e de alguns sintomas de doença⁴. A sensação de desesperança quanto à recuperação e a necessidade

de controle tendem a levar o doente a buscar alívio no fumo³. Dificuldades em reconhecer que fumar é uma dependência, em perceber as complicações médicas e no conhecimento limitado sobre a associação entre fumo e distúrbios psiquiátricos fizeram com que o impacto do fumo nesta população fosse negligenciado^{3,5-7}.

^IProfessor Doutor em Patologia Experimental. Médico Psiquiatra Assistente do Departamento de Neurociências e Ciências do Comportamento do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Líder do Grupo de Estudos Interdisciplinares sobre Violência. Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil. E-mail: eascherer@hcrp.fmrp.usp.br.

^{II}Professora Doutora em Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas. Professora Doutora do Departamento de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Líder do Grupo de Estudos Interdisciplinares sobre Violência. Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil. E-mail: scherer@eerp.usp.br.

^{III}Artigo extraído do Projeto Regular nº 2009/05907-9 apoiado pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo.

O presente estudo pretende fornecer subsídios que facilitem um diálogo melhor orientado sobre fumo por doentes mentais, especialmente no ambiente de internação hospitalar. Além disso, busca servir de base para auxiliar os profissionais de saúde na implantação de programas de prevenção e conscientização do fumante na busca de tratamento.

Assim, o objetivo deste estudo foi conhecer a opinião das pessoas internadas, dos seus familiares e dos integrantes da equipe de assistência acerca do uso de tabaco no ambiente de internação hospitalar e o grau de dependência dos indivíduos fumantes.

REVISÃO DE LITERATURA

Resultados de pesquisa realizada em hospitais psiquiátricos israelenses mostraram índices altos de fumantes tanto entre profissionais de saúde (48,1%) quanto entre doentes internados (76,0%)⁸. Uma pessoa internada nestas circunstâncias é significativamente exposta a uma atmosfera pró-fumo e às consequências do fumo sobre sua saúde.

A ociosidade, comum nas instituições psiquiátricas, pode contribuir para que o doente fume. Os profissionais são divergentes quanto à política de cessação do fumo na internação. Alguns defendem que o doente mental tem direito de fumar mesmo em ambientes fechados. O cigarro pode ser utilizado como barganha, ou seja, ser fornecido ao paciente como prêmio ao seu bom comportamento^{3,4,7}. O fumo pode ser visto como instrumento que apazigua e facilita a interação social dos doentes^{4,9}. A equipe tende a acreditar que a proibição do fumo aumentaria a agressividade dos pacientes⁶. A instituição de tratamentos para a dependência de nicotina pode sofrer interferência negativa dos fumantes, pacientes e/ou profissionais, motivados pela descrença na eficácia dessas terapêuticas³.

Os familiares de fumantes portadores de transtorno mental podem sentir incômodo ou mostrar preocupação com essa dependência. Estudo sueco com familiares de doentes mentais¹⁰, realizado após 3 anos que esses haviam saído da internação psiquiátrica e mudado para um lar abrigado, evidenciou que os mesmos convivem com tristeza, angústia e preocupação constante. Preocupam-se com filhos que passam muito tempo na cama, aumentando de peso, desenvolvendo problemas dentários, fumando e bebendo café em demasia.

METODOLOGIA

Pesquisa descritiva e comparativa com abordagem quantitativa¹¹, realizada na enfermaria de psiquiatria (EPQU) do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (HCRP). No período de julho a dezembro de 2010, foram entrevistados 98 sujeitos que assinaram o Termo

de Consentimento Livre e Esclarecido. Participaram, portanto, todos os 25 doentes internados, 25 representantes familiares ou responsáveis de cada um deles e os 48 integrantes da equipe (40 fixos e oito estagiários).

Os pacientes podiam fumar na EPQU, seguindo determinações relacionadas a local e horário. Em junho de 2009, foi proibido o fumo no HCRP, atendendo à lei estadual nº 13.541/2009. Aos fumantes internados é oferecido o adesivo de nicotina como terapia de reposição de nicotina (TRN) para reduzir o desconforto, maximizar a eficácia da política antifumo e minimizar efeitos adrenérgicos indesejáveis da abstinência^{5,12}.

Foi utilizada entrevista semiestruturada com questões para a caracterização dos participantes, opinião sobre o fumo e uma questão que selecionou os fumantes que responderam o questionário de Fagerström (avaliação do grau de dependência ao tabaco)¹³. Os sujeitos foram entrevistados em sala reservada e horários combinados, sem comprometer sua participação nas atividades.

Os achados foram armazenados em banco de dados no *software* Excel e compilados através do *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 18. Os resultados estão apresentados de forma descritiva, complementados com trechos de respostas que ilustram as opiniões dos sujeitos.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética do HCRP (Processo HCRP nº 3504/2009). Nos resultados, para garantir o anonimato, os sujeitos foram identificados por letras representando cada grupo entrevistado: P (paciente), F (familiares), E (equipe); seguidas pelo número de identificação de cada sujeito no seu grupo.

RESULTADOS

Os dados foram submetidos à análise descritiva e, para verificar as associações desejadas, foi proposto o teste exato de Fisher. Não foram encontradas associações significativas. O reduzido tamanho da amostra constituiu uma das limitações do estudo. A gravidade dos quadros das pessoas internadas na EPQU tende a prolongar o tempo de internação. Em 2010 o tempo médio de permanência foi de 87 dias com índice de ocupação de leitos de 75%.

O grupo de 25 pacientes teve idades que variaram dos 16 aos 78 anos (média: 42,4; mediana: 36). Os familiares variaram dos 23 aos 69 anos (média: 50,2; mediana: 51). Os 40 membros da equipe fixa tinham de 24 a 57 anos de idade (média: 38,5; mediana: 36,5). Os oito estagiários estavam na faixa dos 24 aos 29 anos (média: 26,2; mediana: 26). Dos 98 sujeitos, 58 (59,2%) eram do sexo feminino; 47 (47,9%) casados ou com união consensual e 42 (42,8%) solteiros; e 70 (71%) católicos. Os pacientes e seus familiares possuíam menor escolaridade que os profissionais e exerciam ocupações relacionadas a essa limitação.

Os diagnósticos prevalentes foram de transtorno de humor e de esquizofrenia, respectivamente em 11 (44%) e 7 (28%) pacientes. O tempo de doença, da internação atual e número de internações dos doentes eram: 13 (52%) com 10 ou mais anos de evolução, 8 (32%) com 1 a 9 anos e 4 (16%) menos de um ano; o tempo de internação variou de 3 a 240 dias (média: 46,3; mediana: 30); e 16 (64%) com histórico de uma a cinco internações e 9 (36%) 6 ou mais.

Dos 98 sujeitos, 21 (21,4%) eram fumantes, 14 (14,3%) ex-fumantes e 63 (64,3%) nunca fumantes, conforme mostra a Tabela 1. No que se refere ao sexo dos fumantes, 14 (66,7%) eram mulheres e 7 (33,3%) homens. Das mulheres, 5 (35,7%) eram da equipe fixa, 4 (28,6%) pacientes, 4 (28,6%) familiares e 1 (7,1%) estagiária. Dos homens, 4 (57,1%) eram da equipe fixa, 2 (28,6%) pacientes e 1 (14,3%) familiar.

Quanto ao grau de dependência ao tabaco encontramos: 5 (83,4%) dos pacientes com graus elevado ou

muito elevado; 4 (80%) familiares com graus muito baixo ou médio; e 9 (90%) da equipe com graus variando de muito baixo a médio, como apresentado na Tabela 1.

Na opinião de 87 (88,8%) dos entrevistados, deveriam ser reservadas áreas específicas para fumantes. Concordaram com a proibição do fumo em locais onde costuma haver concentração de pessoas, como: aeroportos - 18 (85,7%) dos fumantes e 58 (92,1%) dos não fumantes; igrejas - 18 (85,7%) dos fumantes e 58 (92,1%) dos não fumantes; transportes coletivos - 18 (85,7%) dos fumantes e 59 (93,7%) dos não fumantes; centros comerciais - 17 (81%) dos fumantes e 58 (92,1%) dos não fumantes; e hospitais - 17 (81%) dos fumantes e 59 (93,7%) dos não fumantes.

Do total de sujeitos pesquisados, 79 (80,6%), dos quais 14 (66,6%) fumantes e 65 (84,4%) não fumantes, concordaram com não permitir que doentes mentais fumem em locais públicos onde é proibido, conforme a Tabela 2.

Tabela 1: Distribuição dos pacientes, familiares e equipe da EPQU segundo o uso de tabaco e grau de dependência, Ribeirão Preto. 2011.

Variáveis	Pacientes		Familiares		Equipe			
	f	%	f	%	Fixa		Flutuante	
	f	%	f	%	f	%	f	%
Uso do tabaco								
Fumante	6	24	5	20	9	22,5	1	12,5
Nunca Fumante	17	68	15	60	24	60	7	87,5
Ex-fumante	2	8	5	20	7	17,5	-	-
Grau de Dependência								
Muito baixo	-	-	3	60	5	55,6	1	100
Baixo	1	16,7	-	-	2	22,2	-	-
Médio	-	-	1	20	1	11,1	-	-
Elevado	4	66,6	1	20	1	11,1	-	-
Muito elevado	1	16,7	-	-	-	-	-	-

Tabela 2: Distribuição dos pacientes, familiares e equipe da EPQU segundo a opinião sobre o uso de cigarros pelos doentes mentais em diferentes locais, Ribeirão Preto. 2011.

Variáveis	Pacientes		Familiares		Equipe			
	f	%	f	%	Fixa		Flutuante	
	f	%	f	%	f	%	f	%
Permitir DM^(*) fumar onde é proibido								
Não	22	88	20	80	30	75	7	87,5
Sim	2	8	2	8	7	17,5	1	12,5
Não sei	1	4	3	12	3	7,5	-	-
Permitir DM fumar em HD^(**)								
Não	15	60	17	68	22	55	4	50
Sim	9	36	8	32	17	42,5	4	50
Não sei	1	4	-	-	1	2,5	-	-
Permitir DM fumar em Ambulatórios								
Não	22	88	22	88	35	87,5	7	87,5
Sim	3	12	1	4	4	10	1	12,5
Não sei	-	-	2	8	1	2,5	-	-
Permitir DM fumar em CAPS^(***)								
Não	15	60	17	68	23	57,5	4	50
Sim	9	36	7	28	16	40	4	50
Não sei	1	4	1	4	1	2,5	-	-
Permitir DM fumar em EPHG^(****)								
Não	19	76	24	96	31	77,5	7	87,5
Sim	6	24	1	4	9	22,5	1	12,5

(*)DM – Doente mental; (**) HD – Hospitais-dia; (***) CAPS – Centros de Atenção Psicossocial; (****) EPHG – Enfermarias de Psiquiatria de Hospital Geral.

Os trechos a seguir exemplificam as justificativas apresentadas.

Faz parte do tratamento ficar sem cigarro. (P25)

Proibido significa proibido para todos, sem exceções. (F18)

O paciente da psiquiatria não tem condições de controlar o uso, ele abusa. (E32)

Regra é para ser seguida. Não devemos tratar o doente mental de forma diferente. (E48)

Os 12 (12,2%) sujeitos, 5 (23,8%) fumantes e 7 (9%) não fumantes, favoráveis a liberar doentes mentais a fumarem onde é proibido, conforme Tabela 2, apresentaram as justificativas a seguir.

Cada um faz o que quer. (P6)

O cigarro alivia a ansiedade. (P21)

Tem que separar quem fuma. Doentes mentais às vezes não entendem regras. (F11)

O doente mental fuma por impulso ou por falta do que fazer, não por dependência. (E23)

Se proibir tem risco de agressão, agitação e ansiedade. (E10)

Sobre a liberação do fumo para doentes mentais em serviços especializados de atendimento, a maioria foi contra: ambulatórios - 86 (87,8%), enfermarias de psiquiatria de Hospital Geral (EPHG) - 81 (82,7%), centros de atenção psicossocial (CAPS) - 59 (60,2%) e hospitais-dia (HD) - 58 (59,2%), como mostra a Tabela 2. A maioria dos não fumantes concordou com a não permissão do fumo pelos pacientes em: HD - 50 (64,9%), CAPS - 52 (67,5%), ambulatórios - 68 (88,3%) e EPHG - 67 (87%). Entre os fumantes, enquanto 18 (85,7%) não liberariam os doentes para fumar nos ambulatórios e 14 (66,7%) em enfermarias, 13 (61,9%) permitiriam o fumo em HD e CAPS, como apresentado na Tabela 2.

Questionados se encontravam alguma dificuldade ou se sentiam algum incômodo decorrente do fumo pelos internos na EPQU quando era permitido fumar, 66 (67,3%) dos entrevistados, isto é 5 (23,8%) fumantes e 61 (79,2%) não fumantes, responderam afirmativamente. Nos trechos a seguir, as justificativas apresentadas.

Porque é muito ruim, o cheiro incomoda. (P9)

Tenho alergia da fumaça. (F9)

Sinto dor de cabeça, enjôo. (F20)

Fumar é mais um estressor. Quando podiam fumar, insistiam a todo instante, ficava difícil controlar e seguir a rotina. (E21)

Fumar era sua principal atividade, desviando o interesse das atividades do serviço. (E31)

Os argumentos dos 31 (31,6%) sujeitos, dos quais 16 (76,2%) fumantes e 15 (19,5%) não fumantes, que

declararam não sentir desconforto com o fumo na EPQU, quando era permitido, foram:

Não, porque fumo e estou acostumada com o cheiro. (P21)

Como fumante não me importo com o cheiro. (F5)

Não porque sou fumante e eles fumavam no local determinado. (E17)

Arguidos se concordariam em proibir o fumo pelos pacientes na EPQU, a maioria, 62 (63,3%), sendo 8 (38%) fumantes e 54 (70,1%) não fumantes, respondeu afirmativamente.

O não fumante recebe a maior carga. (P12)

A internação é um bom momento para retirar o cigarro. (F6)

Sim, porque os pacientes aceitaram bem. Antes da lei responderia não, porque acreditava que eles teriam muita resistência em não fumar. (E18)

Os argumentos dos 31 (31,6%) entrevistados, 11 (52,4%) fumantes e 20 (25,9%) não fumantes, contrários a proibir o fumo na EPQU são ilustrados a seguir:

O fumante fica mais nervoso se não fumar. (P2)

Quem é viciado não para, fica pior pra cabeça dele. (F18)

Não é em 2 ou 3 meses que consegue parar. (E10)

A decisão deve ser da pessoa. (E14)

A maioria, 81 (82,7%), dos quais 15 (71,4%) fumantes e 66 (85,7%) não fumantes, concordou com a conduta de oferecer a TRN aos fumantes internados na EPQU, como política de restrição ao fumo.

Estou usando, não sinto vontade de fumar. (P7)

Ninguém quer ficar perto do fumante. (F13)

Com o adesivo não prejudica o não fumante. (F15)

Desde que tenha o consentimento do paciente. (E1)

O uso atenua os sintomas da abstinência. (E43)

Os 10 (10,2%) participantes, 3 (14,3%) fumantes e 7 (9%) não fumantes, que não concordaram com a TRN (com adesivo de nicotina apresentaram) justificativas como:

Acredito que o adesivo não funciona, não resolve. (P2)

Eu acho que não resolve, seria melhor um remédio que desse nojo. (F11)

Conheço o adesivo, sei que não funciona. (E14)

DISCUSSÃO

Achados do Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas não Transmissíveis por Inquérito Telefônico (VIGITEL), implantado pelo Ministério da Saúde no Brasil, apontaram o

total de 12,1% de tabagistas no país em 2012¹⁴. Neste estudo, o contingente de fumantes foi de 98 (21,4%) sujeitos, resultado superior ao do estudo anterior. No que se refere ao sexo, a pesquisa populacional¹⁴ concluiu que este hábito era mais disseminado entre os homens (15,5%) do que nas mulheres (9,2%). Nesta pesquisa houve predominância de fumantes do sexo feminino (66,7%).

A literatura mostra que doentes internados tendem a apresentar índices maiores de prevalência de fumo^{1,15}. Pesquisa em hospital geral universitário de São Paulo identificou 58 (21%) pacientes fumantes, do total de 275, em diferentes unidades de internação¹⁶. Estudos em serviços de internação psiquiátrica mostraram índices maiores. Na Espanha, foram encontrados 21 (52%) fumantes entre 40 internados em uma EPHG¹⁷. Em Porto Alegre, de 103 pacientes de uma EPHG, 48 (46,6%) eram fumantes¹⁸. Nos presentes achados, 6 (24%) dos 25 doentes eram fumantes, resultado próximo ao do estudo paulista. As diferenças observadas entre o nosso estudo e os demais podem estar relacionadas ao tamanho das amostras e a fatores como diferenças culturais dos locais pesquisados.

Para a maioria dos pacientes fumantes (83,3%), a avaliação da dependência ao tabaco (questionário de Fagerström) foi considerada elevada (score ≥ 6). Os familiares e os profissionais, em sua maioria (80% e 90%, respectivamente), mostraram graus de dependência de médio para baixo (score ≤ 5). Este achado corrobora dados da literatura que sugerem que pacientes psiquiátricos apresentam dependência mais intensa^{4,17,18}.

A opinião dos entrevistados sobre o fumo em diferentes ambientes é comparável aos resultados da literatura. Em relação ao fumo em locais públicos, os presentes achados (88,8%) foram semelhantes aos de pesquisas realizadas na Itália e Irlanda, onde, respectivamente, 90,0% e 83,0% da população se manifestaram a favor de áreas públicas livres de tabaco^{19,20}. Apesar de concordarem com a proibição do fumo em locais onde há concentração de pessoas, as respostas dos fumantes foram em percentuais menores. Os fumantes tendem a não concordar com normas que interfiram em seu direito de fumar em locais públicos fechados, como hospitais e outros serviços de saúde²¹.

A maioria dos entrevistados concordou em não permitir que doentes mentais fumem em locais públicos onde é proibido. Justificam com o conhecimento acerca dos malefícios do cigarro, o prejuízo para o tratamento, o incômodo e o desrespeito para com os não fumantes. Acreditam que doentes mentais têm dificuldade de controlar o uso de cigarros e que permitir que fumem poderia estimular o preconceito com a doença. O fumo causa prejuízo à integridade física e psicológica do indivíduo. A nicotina é indutora da dependência e fatores individuais, sociais e

ambientais são importantes para o desenvolvimento desta adição^{22,23}. Artigo de revisão de literatura sobre esquizofrenia e dependência do tabaco concluiu que o cigarro pode interferir na terapêutica medicamentosa, piorar os sintomas da doença, aumentar o número de surtos psicóticos, precipitar discinesia tardia e aumentar a vulnerabilidade para doenças crônicas⁴.

Por outro lado, os favoráveis a que os doentes mentais fumem em locais públicos, usaram como argumentos o direito do doente ao livre arbítrio, sua dificuldade em entender e seguir regras e a noção de que fumar alivia a ansiedade. Acreditam que o doente fuma não por dependência, mas por impulso e ociosidade e, em caso de proibição, corre o risco de ficar agitado e agressivo. Fumar pode funcionar como um tampão emocional. O fumante tende a acreditar que fumando consegue controlar sua ansiedade, ira e tristeza^{4,22}. O fumo contribui para o desenvolvimento de distúrbios de ansiedade como consequência dos presumíveis efeitos ansiogênicos da nicotina e sua cessação é seguida pela redução da ansiedade após 4 semanas de abstinência²⁴. Pesquisa com pacientes esquizofrênicos crônicos fumantes internados submetidos à abordagem grupal comportamental de orientação para redução do fumo mostrou diminuição do número de cigarros utilizados sem piora de sintomas ou comportamentos dos doentes¹. O direito de fumar não foi abordado no nosso estudo por ser polêmico e fugir dos objetivos.

A questão referente à liberação do fumo para doentes mentais em serviços de atendimento mostrou resultados divergentes. As diferentes opiniões quanto aos Ambulatórios, HD e CAPS podem ser explicadas pelo fato de que os pacientes permanecem por período de tempo menor nos mesmos. Além disso, o espaço físico maior e aberto dos HD e CAPS permite reservar áreas para fumantes. Permitir o fumo em HD e CAPS pode ter respaldo em estudo conduzido em um CAPS-ad (CAPS álcool e drogas), no qual os pacientes, antes de frequentarem o tratamento, não consideravam o cigarro como uma droga²⁵. Acreditavam que poderiam fumar e que o cigarro não causa danos à saúde, o que é corroborado em estudo sobre a percepção dos riscos do tabagismo entre fumantes com e sem esquizofrenia, no qual os doentes tenderam a valorizar menos os malefícios do fumo²⁶. Foram encontradas, também, diferenças de opinião com relação à proibição do uso de cigarros em EPHG e EPQU. O que pode justificar estas diferenças é que na EPQU havia, até a implantação da lei anti-fumo, certa cultura pró-fumo dos pacientes.

A favor de proibir o fumo na EPQU, doentes e familiares mencionaram os prejuízos do cigarro para fumantes e não fumantes e que esta proibição pode estimular a cessação do hábito. Os profissionais mostraram surpresa com as reações favoráveis dos pacientes e familiares com a mudança após lei anti-fumo. Na prática da EPQU deste estudo, os profissionais

e supervisores de alunos e estagiários percebiam a preocupação de colegas com o fumo. Reconheciam que interferia na resposta aos tratamentos e nos relacionamentos dos doentes. Mencionaram alívio por não precisarem mais administrar o cigarro dos pacientes. Antes cuidavam da obtenção, distribuição, controle e observação do paciente enquanto fumava para evitar intercorrências como o risco de queimarem objetos ou móveis da unidade. Portanto, agora não precisam mais desviar parte do seu tempo destinado à assistência aos doentes para administrar seu fumo⁵.

Os contrários à proibição do fumo na EPQU mencionaram a dificuldade do dependente ficar sem fumar e os efeitos da proibição no seu estado emocional. Consideraram o tempo de internação insuficiente para alterar o hábito e que a vontade de parar deveria partir do fumante. Contudo, um estudo concluiu que esquizofrênicos são mais suscetíveis a pararem de fumar em resposta a pressão social ou alguma recompensa²⁶. O momento da internação é propício para oferecer aos doentes orientações acerca dos benefícios da cessação do tabagismo. Além disso, a inserção de programa de tratamento orientado para diminuição do fumo não causa piora ao reduzir o uso de cigarros¹.

A maioria dos não fumantes referiu dificuldades ou incômodos quando era permitido fumar na EPQU como: fumo passivo; tolerância do convívio; cheiro do cigarro; alergia do tabaco; náusea, dor de cabeça, irritação nasal e nos olhos. Acreditavam que o cigarro era motivo de discussões e gerador de estresse para os doentes, dificultando o controle e a manutenção das rotinas. Perceberam que o fumar pode ser motivo para desviar o interesse do doente pelas atividades terapêuticas. A maioria dos fumantes negou qualquer dificuldade ou incômodo e sugeriu a reserva de área para fumantes na enfermaria.

A maioria dos sujeitos concordou com a conduta da EPQU de usar TRN. Mencionaram os efeitos positivos do adesivo e a melhora na inclusão dos doentes ao grupo. Ressaltaram a necessidade de que seu uso seja feito mediante o consentimento do tabagista. Entre as justificativas dos 10 (10,2%) participantes contrários ao uso de TRN, foram encontrados a descrença na sua eficácia³ e desconforto com esta conduta.

Conhecer a associação entre tabagismo e doença mental é necessário para planejar estratégias de combate ao fumo nessa população. Reconhecer o estigma e as próprias opiniões acerca dos doentes mentais fumantes facilita a abordagem dos profissionais. As intervenções devem oferecer aos pacientes a oportunidade de refletir sobre o fumo em sua vida e sua disposição para parar⁴. No presente estudo, foi percebida a escassez de conhecimentos dos profissionais acerca do tabagismo entre doentes mentais, corroborado pela literatura³⁻⁷. Há estudos acerca dos aspectos neurobiológicos relacionados ao cigarro,

mas poucos abordam as intervenções terapêuticas e suas implicações, em especial no Brasil. Pesquisas têm mostrado, também, que as pessoas têm conhecimentos acerca dos efeitos do cigarro na saúde e mostram receptividade a discussões sobre o tema, mas têm baixo reconhecimento do conteúdo de campanhas educativas^{27,28}. Portanto, é necessário investir em estudos sobre prevenção e promoção da saúde que enfoquem a temática do tabagismo.

CONCLUSÃO

Os doentes mentais fumantes mostraram graus mais elevados de dependência ao tabaco, como constatado na literatura. A opinião da maioria dos sujeitos foi favorável a proibir que doentes mentais fumem nos ambientes de tratamento e em locais públicos. Concordaram com a reserva de áreas para fumantes e com o uso de TRN na EPQU. Os não fumantes referiram incômodos quando era permitido fumar na internação e acreditavam que o cigarro gerava conflitos e desinteresse pelas atividades terapêuticas. Estes achados podem subsidiar discussões sobre fumo e doença mental e auxiliar na programação de intervenções que objetivem a cessação do fumo nesta clientela.

Apesar da limitada amostra, que não permite generalização dos achados, os objetivos propostos foram alcançados, pois foi analisada a temática do tabagismo entre doentes mentais.

Oferecer um ambiente livre de tabaco nos serviços de saúde pode constituir o início de um processo terapêutico para estimular a cessação do fumo. Para tanto, é necessário que os profissionais tenham conhecimentos sobre a relação tabagismo e doença mental. No entanto, parece haver pouco conhecimento acerca desta relação. É esperado que os profissionais abordem a questão do fumo em sua totalidade, investindo em pesquisas, na prevenção e promoção de saúde, conscientizando o fumante para buscar tratamento antitabagismo.

REFERÊNCIAS

1. Gelpkopf M, Noam S, Rudinski D, Lerner A, Behrbalk P, Bleich A, Melamed Y. Nonmedication smoking reduction program for inpatients with chronic schizophrenia: a randomized control design study. *J Nerv Ment Dis.* 2012;200:142-6.
2. Kreinin A, Novitski D, Rabinowitz D, Weizman A, Grinshpoon A. Association between tobacco smoking and bipolar affective disorder: clinical, epidemiological, cross-sectional, retrospective study in outpatients. *Compr Psychiatry.* 2012;53:269-74.
3. Lawn S, Pols R. Smoking bans in psychiatric inpatient settings? A review of the research. *Aust N Z J Psychiatry.* 2005;39:866-85.

4. Oliveira RM, Furegato ARF. Esquizofrenia e dependência de tabaco: uma revisão integrativa. *Enferm Glob*. 2012;25:404-25.
5. Prochaska JJ, Gill P, Hall SM. Treatment of tobacco use in an inpatient psychiatric setting. *Psychiatr Serv*. 2004;55:1265-70.
6. Reilly P, Murphy L, Alderton D. Challenging the smoking culture within a mental health service supportively. *Int J Ment Health Nurs*. 2006;15:272-8.
7. Perondi AML, Colombo M, Rondina RC. O impacto da internação em hospital psiquiátrico no comportamento do fumante de tabaco: algumas considerações. *Revista Cient Eletr de Psicol*. [periódico na internet]. 2006 [citado em 25 julho 2013];4(6):[11 screens]. Disponível em: <http://faef.revista.inf.br/site/e/psicologia-6-edicao-maio-de-2006.html#tab448>
8. Willemsen MC, Görtts CA, Van Soelen P, Jonkers R, Hilberink SR. Exposure to environmental tobacco smoke (ETS) and determinants of support for complete smoking bans in psychiatric settings. *Tob Control*. 2004;13:180-5.
9. Lawn S. Cigarette smoking in psychiatric settings: occupational health, safety, welfare and legal concerns. *Aust N Z J Psychiatry*. 2005;39:886-91.
10. Pejler A. Being a parent of an adult son or daughter with severe mental illness receiving professional care: parents' narratives. *Health Soc Care Community*. 2001;9:194-204.
11. Triviños ANS. Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas; 2010.
12. Focchi GR, Braun IM. Tratamento farmacológico do tabagismo. *Rev psiq clín*. 2005;32:259-66.
13. Meneses-Gaya IC, Zuardi AW, Loureiro SR, Crippa JAS. As propriedades psicométricas do teste de Fagerström para dependência de nicotina. *J bras pneumol*. 2009;35:73-82.
14. Ministério da Saúde (Br). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção de Saúde. *Vigitel Brasil 2012: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico*. – Brasília (DF): Editora MS; 2013.
15. Willaing I, Jørgensen T, Iversen L. How does individual smoking behaviour among hospital staff influence their knowledge of the health consequences of smoking? *Scand J Public Health*. 2003;31:149-55.
16. Figlie NB, Pillon SC, Dunn J, Laranjeira R. The frequency of smoking and problem drinking among general hospital inpatients in Brazil - using the AUDIT and Fagerström questionnaires. *Sao Paulo Med J*. 2000;118:139-43.
17. García CI, Villa MJA, Quirós JCB, Suárez EB, Gonzalo JC, Del Valle RG, et al. Modificación del patrón de consumo de tabaco en una unidad de psiquiatria de hospital general. *Nure Inv* [periódico na internet]. 2009 [citado em 22 jun 2013];6(38): [7 screens]. Disponível em: http://www.fuden.es/FICHEROS_ADMINISTRADOR/ORIGINAL/modpat_original_38.pdf
18. De Boni R, Pechansky F. Prevalência de tabagismo em uma unidade de internação psiquiátrica de Porto Alegre. *Rev psiquiatr Rio Gd Sul*. 2003;25:475-8.
19. Fong GT, Hyland A, Borland R, Hammond D, Hastings G, McNeill A, et al. Reductions in tobacco smoke pollution and increases in support for smoke-free public places following the implementation of comprehensive smoke-free workplace legislation in the Republic of Ireland: Findings from the ITC Ireland/UK Survey. *Tob Control*. 2006;15 Suppl 3: 51-8.
20. Gallus S, Zuccaro P, Colombo P, Apolone G, Pacifici R, Garattini S, et al. Effects of new smoking regulations in Italy. *Ann Oncol*. 2006;17: 346-7.
21. Gokirmak M, Ozturk O, Bircan A, Akkaya A. The attitude toward tobacco dependence and barriers to discussing smoking cessation: a survey among Turkish general practitioners. *Int J Public Health*. 2010; 55:177-83.
22. Consuegra RVG, Zago MMF. Creencias en fumadores pertenecientes a un programa de salud cardiovascular. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2004;12:412-9.
23. Sawicki WC, Rolim MA. Graduandos de enfermagem e sua relação com o tabagismo. *Rev esc enferm USP*. 2004; 38: 181-9.
24. Johnson JG, Cohen P, Pine DS, Klein DF, Kasen S, Brook JS. Association between cigarette smoking and anxiety disorders during adolescence and early adulthood. *JAMA*. 2000;284:2348-51.
25. Vieira JKS, Carvalho RN, Azevedo EB, Silva PMC, Ferreira Filha MO. Concepção sobre drogas: relatos dos usuários do CAPS-ad, de Campina Grande, PB. *SMAD, Rev Eletr Saúde Mental Álcool Drog* [internet]. 2010 [citado em 4 fev 2014]; 6:274-95. Disponível em: <http://www2.eerp.usp.br/resmad/artigos/SMADv6n2a4.pdf>
26. Kelly DL, Raley HG, Lo S, Wright K, Liu F, McMahon RP, Moolchan ET, Feldman S, Richardson CM, Wehring HJ, Heishman SJ. Perception of smoking risks and motivation to quit among nontreatment-seeking smokers with and without schizophrenia. *Schizophr Bull*. 2012;38:543-51.
27. David HMSL, Matos HS, Silva TS, Dias MG. Tabagismo e saúde da mulher: uma discussão sobre as campanhas de controle do tabaco. *Rev enferm UERJ*. 2006;14:412-7.
28. Lopes GT, Belchior PC, Felipe ICV, Bernardes MM, Casanova EG, Pinheiro APL. Dinâmicas de criatividade e sensibilidade na abordagem de álcool e fumo com adolescentes. *Rev enferm UERJ*. 2012;20:33-8.