UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

RENATA MARQUES DE OLIVEIRA

**Dependência de tabaco na esquizofrenia, sua relação com indicadores clínicos e o
sentido para o usuário**

Ribeirão Preto

2012

RENATA MARQUES DE OLIVEIRA

Dependência de tabaco na esquizofrenia, sua relação com indicadores clínicos e o sentido para o usuário

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

Linha de pesquisa: “Enfermagem psiquiátrica: o doente, a doença e as práticas terapêuticas”

Orientadora: Profa. Dra. Antonia Regina Ferreira Furegato

Ribeirão Preto

2012

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

FICHA CATALOGRÁFICA

Oliveira, Renata Marques de

Dependência de tabaco na esquizofrenia, sua relação com indicadores clínicos e o sentido para o usuário. Ribeirão Preto, 2012.

206 p. : il. ; 30 cm

Dissertação de Mestrado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Enfermagem Psiquiátrica.

Orientadora: Furegato, Antonia Regina Ferreira.

1. Tabagismo. 2. Esquizofrenia. 3. Saúde Mental.
4. Enfermagem Psiquiátrica.

FOLHA DE APROVAÇÃO

OLIVEIRA, Renata Marques de

Dependência de tabaco na esquizofrenia, sua relação com indicadores clínicos e o sentido para o usuário

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

Aprovado em: ____/____/____

Banca examinadora

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Dedicatória

Dedico este estudo a todos os pacientes psiquiátricos que tive oportunidade de conhecer ao longo da minha formação. De forma especial, aos que participaram desta pesquisa, por serem a razão da minha profissão e dessa caminhada.

Dedico-o também a minha avó Zilda [in memoriam], falecida no início do meu mestrado, deixando muita saudade!

Agradecimentos

Agradeço a **Deus**, por seu zelo e ternura para comigo, pela oportunidade de realizar este estudo e por me capacitar a fazê-lo. Seu amor e presença constante é o que me motiva a seguir adiante.

Agradeço, de forma especial, à **Profa. Dra. Antonia Regina Ferreira Furegato**, pela disposição e dedicação que teve na orientação deste estudo. Obrigada por sempre ter me incentivado a ir além da superficialidade, pela paciência em trabalhar as minhas dificuldades, por todo carinho e compreensão.

Agradeço ao **Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq)** pelo financiamento desta pesquisa.

Agradeço ao **Prof. Dr. Jair Licio Ferreira Santos**, por ter garantido a qualidade deste estudo por seu olhar atento desde o seu delineamento inicial até a análise estatística e interpretação dos dados. Sua contribuição foi realmente valiosa!

Agradeço à **banca do Exame de Qualificação**, Profa. Dra. Jacqueline de Souza e Prof. Dr. Antonio Carlos Siqueira Júnior, por terem contribuído com este estudo por meio de sugestões de melhorias e reflexões.

Agradeço à **Gilda Pacheco** por ter sido sempre amável, acolhedora e prestativa.

Agradeço ao **Dr. João Salvi**, diretor clínico do Hospital das Clínicas de Marília, e à **Dra. Valéria Garcia Caputo**, responsável pela enfermaria de psiquiatria da instituição, por terem autorizado a coleta dos dados. Obrigada pela confiança!

Agradeço à **equipe multiprofissional da enfermaria de psiquiatria** do Hospital das Clínicas de Marília, pela acolhida e apoio ao longo da coleta dos dados. De forma especial, aos **profissionais de enfermagem** pelo companheirismo e por não terem medido esforços em me ajudar.

Agradeço a **Enfª. Maraíza Macedo** pelo apoio no início da coleta dos dados.

Agradeço ao **Prof. Dr. Antonio Carlos Siqueira Júnior**, por sua generosidade em me apoiar e me incentivar a seguir a área acadêmica.

Agradeço aos **pacientes** que participaram deste estudo, pela confiança em dividir comigo suas dores e por cada lição de vida. Obrigada por me estimularem a querer ser a cada dia uma pessoa e uma profissional melhor.

Agradeço aos **meus pais** pelo apoio, dedicação e incentivo. Obrigada por terem construído ao longo dos anos a base de todas as conquistas da minha vida e por serem a base do que sou.

Agradeço às minhas **irmãs**, Adriana e Natália, pelo apoio e torcida. Agradeço, de forma especial, à Adriana por seu exemplo de luta e perseverança e por me mostrar que vale a pena lutar pelos nossos sonhos.

Agradeço ao meu **querido tio**, Pe. Mauricio, sempre presente em minha vida, pelo carinho, apoio e compreensão. Sua amizade é um verdadeiro tesouro!

Agradeço a alguns **amigos e familiares** pela sincera torcida: Christian Martinez, Dani Corcioli, Monique, Nilda, Rodrigo Capel, Tia Luíza e Tio João.

Mestre não é quem sempre ensina, mas quem de repente aprende. (Guimarães Rosa)

RESUMO

OLIVEIRA, R.M. **Dependência de tabaco na esquizofrenia, sua relação com indicadores clínicos e o sentido para o usuário.** 2012. 206f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 2012.

O tabagismo é uma pandemia responsável por seis milhões de mortes anuais com prejuízos à saúde física, mental e à vida social e econômica dos usuários. Sua prevalência entre os esquizofrênicos é de duas a três vezes superior à da população geral, com maior grau de dependência nicotínica e maior número de recaídas nos períodos de abstinência. Este estudo tem por objetivo identificar o grau de dependência do tabaco entre portadores de transtorno mental internados em unidade psiquiátrica de um hospital geral, correlacionando estes índices com os indicadores clínicos e o sentido para o usuário, especialmente para os portadores de esquizofrenia. Foi realizada uma pesquisa de campo de abordagem quantitativa e qualitativa em uma enfermaria de psiquiatria de hospital geral, público e estadual do interior do estado de São Paulo. Foi selecionada uma amostra probabilística, composta por portadores de transtorno mental internados, de agosto de 2010 a fevereiro de 2012, constituída por 270 sujeitos. Utilizaram-se dois instrumentos: 1) Instrumento de Identificação de Tabagistas em Unidade Psiquiátrica de hospital geral – ITUP e 2) Teste de Dependência à Nicotina de Fagerström – FTDN. Os dados quantitativos foram submetidos à análise descritiva e à análise bivariada e os dados qualitativos, à análise temática de conteúdo. Os resultados mostram que dos 270 sujeitos do estudo, 70,7% são do sexo feminino, com média etária de 38,9 anos. Os diagnósticos prevalentes são esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e delirantes (36,3%), com predomínio de sujeitos com até 12 meses de diagnóstico (30,4%) e sem história de internações psiquiátricas (50,7%). Do total da amostra, 96 (35,6%) são tabagistas, 38 (14,1%) ex-tabagistas e 136 (50,4%) não tabagistas. O tabagismo é mais frequente entre os portadores de transtornos mentais severos (esquizofrênicos, do humor e da personalidade) e está associado a maior tempo de diagnóstico, número de internações psiquiátricas, uso de álcool e de substâncias ilícitas. A severidade da dependência nicotínica está associada a transtornos do espectro esquizofrênico; maior idade; presença de comorbidades físicas; maior quantidade de cigarros e tempo de tabagismo; diminuição da percepção da capacidade de parar de fumar e maior percepção dos efeitos do tabaco no organismo e no comportamento. O tabagismo para o portador de transtorno mental tem sentido de prazer, distração, automedicação dos sintomas psiquiátricos, alívio dos efeitos colaterais dos medicamentos, facilitação das interações sociais, alívio da solidão, autocontrole, proteção/segurança, ajuda para esquecer os problemas, ajuda para enfrentar o estigma e o autoestigma (não aceitação de suas próprias limitações), autodestruição, companheirismo e sentido para a vida. Há diferença no sentido que os esquizofrênicos atribuem ao tabagismo em relação aos portadores dos demais transtornos. Para eles, o cigarro é algo insubstituível, um refúgio para os problemas decorrentes da esquizofrenia, sendo tão necessário quanto respirar. Conclui-se que a frequência de tabagistas entre os portadores de transtorno mental, internados em enfermaria psiquiátrica de hospital geral, é superior à encontrada na população geral e que essa problemática requer um olhar atento dos profissionais, especialmente da enfermagem pela proximidade do cuidado.

Palavras-chave: Tabagismo; Esquizofrenia; Saúde Mental; Enfermagem Psiquiátrica.

ABSTRACT

OLIVEIRA, R.M. **Smoking in schizophrenics, its relation to clinical indicators, and its importance to the user.** 2012. 206p. Master's Dissertation – Nursing School of Ribeirão Preto, São Paulo University (USP). 2012.

Tobacco addiction is a pandemic responsible for six million annual deaths, causing damage to the addicts's mental and physical health as well as social and economic life. Its prevalence among schizophrenics is two to three times higher in relation to the general population, with a more elevated degree of nicotine addiction and larger number of relapses during the periods of abstinence. The present study aimed at identifying the degree of tobacco addiction among patients with mental disorders, admitted into the psychiatric ward of a general hospital by correlating the index mentioned above with the clinical indicators and its meaning to the user, especially schizophrenic patients. Quantitative and qualitative field research was conducted in a psychiatric ward of a public, state general hospital in the state of Sao Paulo. A probabilistic sample was selected, composed of 270 hospitalized patients with mental disorders from August 2010 to February 2012. Two tests were used: 1) Instrument of Identification of Tobacco Dependents in Psychiatric Ward of a General Hospital – ITPW and 2) Fagerström Test for Nicotine Dependence – FTND. The collected quantitative data were scrutinized through descriptive and bivariate analysis, and the qualitative data through thematic content analysis. The results show that, out of the 270 subjects in this study, 70,7% are female and the age average is 38,9 years. The prevalent diagnoses are schizophrenia, and schizotypal and delirious disorders (36,3%), with predominance of individuals with diagnoses that date back up to 12 months (30,4%) and without history of hospitalization for psychiatric reasons (50,7%). Within the grand total of the sample, 96 (35,6%) are tobacco dependents, 38 (14,1%) are former tobacco dependents, and 136 (50,4%) are not tobacco dependents. Tobacco addiction is more frequent among patients with severe mental disorders (schizophrenic disorders, mood disorders, and personality disorders), and is associated with a long time period since the first diagnosis, the number of admissions in the psychiatric ward, and the intake of alcohol and other illicit substances. The severity of the nicotine dependence is associated with disorders of the schizophrenic spectrum, with older age, with the presence of physical co-morbidities, larger quantity of cigarettes and the time elapsed since the onset of nicotine dependence, diminishment of the perception of the ability to quit smoking, and higher perception of the effects of tobacco on the individual's body and behavior. For a patient with mental disorders, tobacco dependence carries the meaning of pleasure, distraction, self-medication for psychiatric symptoms, relief from the collateral effects caused by medication, facilitation of social interactions, relief from loneliness, self-control, protection/safety, help to forget problems, help to face stigma and self-stigma (non-acceptance of one's limitations), self-destruction, company, and a meaning to life. There is a difference in the meaning attributed to tobacco dependence by schizophrenics in comparison to patients with other disorders. To the first group, tobacco is irreplaceable, it is a shelter from the problems brought by schizophrenia; it is as vital as breathing. In conclusion, the frequency of tobacco dependents among individuals with mental disorders, hospitalized in the psychiatric ward of a general hospital, is superior to that of the general population. This problem requires special attention from health professionals, especially nurses due to the consequential relation of proximity with the patient, imbued in the nature of the care provided.

Key-words: Smoking; Schizophrenia; Mental Health; Psychiatric Nursing.

RESUMEN

OLIVEIRA, R.M. **La dependencia del tabaco en la esquizofrenia, su relación con los indicadores clínicos y lo sentido para el usuario.** 2012. 206h. Disertación (Maestría) – Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto, Universidad de São Paulo, 2012.

El tabaquismo es una pandemia, responsable por seis millones de muertes al año con perjuicios a la salud del cuerpo, mental, a la vida social y económica del usuario. Su prevalencia entre los esquizofrénicos es dos o tres veces superior a la población general con mayor grado de recaídas durante los periodos de abstinencia. Este estudio tuvo como objetivo identificar el grado de dependencia del tabaco entre los portadores de trastorno mental, internados en unidad psiquiátrica de un hospital general, haciendo la correlación de estos índices con los indicadores clínicos y de sentido para el usuario, especialmente para los portadores de la esquizofrenia. Fue realizada una pesquisa de campo de abordaje cuantitativa y cualitativa en una enfermería psiquiátrica de hospital general, público estadual, del interior del estado de São Paulo. Fue seleccionada una muestra probabilística, compuesta por portadores del trastorno mental internados, de agosto de 2010 hasta febrero de 2012, constituida por 270 sujetos. Fueran utilizados dos instrumentos: 1) Instrumento de Identificación de Tabaquistas en Unidad Psiquiátrica de hospital general – ITUP y 2) Teste de dependencia Nicotínica de Fagerstrom – FTDN. Los datos cuantitativos fueran sometidos al análisis descriptivo e el análisis bivariado y los datos cualitativos al análisis de contenido temático. Los resultados muestran que de los 270 sujetos de este estudio, 70,7% son de lo genero femenino e la media de edad es de 38,9 años. Los diagnósticos prevalentes son esquizofrenia, trastornos esquizotípicos y delirantes (36,3%), con predominio de sujetos con ate 12 meses de diagnostico (30,4%) y sin historia de internaciones psiquiátricas (50,7%). De la muestra final, 96 (35,6%) son tabaquistas, 38 (14,1%) ex tabaquistas e 136 (50,4%) no son tabaquistas. El tabaquismo es más frecuente entre los portadores de trastornos mentales severos (trastornos esquizofrénicos, trastornos de humor y trastornos de personalidad) y está asociada al mayor tiempo de diagnostico, numero de internaciones psiquiátricas, uso del alcohol y de las sustancias ilícitas. La severidad de la dependencia nicotínica está asociada a los trastornos del espectro esquizofrénico, la mayor edad, presencia de comorbidades físicas, mayor cantidad de cigarrillos y tiempo de tabaquismo, disminución de la percepción de la capacidad de parar de fumar y mayor percepción de los efectos del tabaco en lo organismo y él comportamiento. El tabaquismo para el portador de trastorno mental tiene sentido de placer, distracción, automedicación de los síntomas psiquiátricos, alivio de los efectos colaterales de los medicamentos, facilitación de las interacciones sociales, alivio de la soledad, autocontrol, protección/segurança, ayuda para olvidar los problemas, ayuda para enfrentar lo estigma y lo auto estigma (no aceptación de sus propias limitaciones), autodestrucción, compañero y sentido para la vida. Hay diferencia en el sentido que los esquizofrénicos atribuyen para el tabaquismo en relación a los portadores de los demás trastornos. Para ellos, el cigarrillo es algo insustituible, un refugio para los problemas debido la esquizofrenia, siendo tan necesario cuanto el aire. Se concluye que la frecuencia de tabaquistas entre los portadores de trastorno mental, internados en enfermería psiquiátrica de hospital general, es superior a la encontrada en la población general y que esa problemática requiere una mirada atenta de los profesionales, especialmente da enfermería por la proximidad del cuidado.

Palabras Clave: Tabaquismo; Esquizofrenia; Salud Mental; Enfermería Psiquiátrica.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Distribuição dos sujeitos excluídos do estudo	73
Gráfico 2 - Distribuição da proporção dos sujeitos do estudo com diagnóstico de síndromes comportamentais associadas a disfunções fisiológicas e a fatores físicos (F50 – F59) e do total da amostra, segundo número de internações no período da coleta dos dados	75
Gráfico 3 - Distribuição dos sujeitos por ocupação e sexo.....	77
Gráfico 4 - Distribuição dos tipos de ocupação, segundo sexo	77
Gráfico 5 - Distribuição da proporção de sujeitos por grupos etários e estado civil.....	78
Gráfico 6 - Distribuição da proporção de sujeitos, segundo escolaridade e grupos etários	79
Gráfico 7 - Distribuição dos sujeitos, segundo arranjo domiciliar	79
Gráfico 8 - Distribuição da renda familiar mensal dos sujeitos	80
Gráfico 9 - Distribuição dos sujeitos, segundo sexo e diagnósticos médicos (CID 10).....	83
Gráfico 10 - Distribuição dos sujeitos, segundo grupos etários e diagnósticos médicos (CID 10).....	84
Gráfico 11 - Associação entre idade e início da doença.....	85
Gráfico 12 - Distribuição dos sujeitos, segundo sexo e tipo de terapia.....	86
Gráfico 13 - Distribuição da proporção dos sujeitos, segundo prática de exercícios físicos, leitura, atividades culturais e viagens.....	87
Gráfico 14 - Atividades de lazer mais realizadas pelos sujeitos.....	89
Gráfico 15 - Distribuição da proporção de sujeitos, segundo uso de álcool, uso de substâncias ilícitas e prática de jogos	89
Gráfico 16 - Distribuição dos sujeitos do estudo, segundo o uso de tabaco	90
Gráfico 17 - Distribuição da proporção de tabagistas, ex-tabagistas e não tabagistas por grupos etários	91
Gráfico 18 - Distribuição da proporção de tabagistas, ex-tabagistas e não tabagistas, segundo sexo.....	91
Gráfico 19 - Distribuição da proporção de tabagistas, ex-tabagistas e não tabagistas, segundo escolaridade	92

Gráfico 20 - Frequência de tabagistas nos grupos diagnósticos (CID 10)	94
Gráfico 21 - Distribuição da proporção de tabagistas, ex-tabagistas e não tabagistas, segundo tempo de diagnóstico.....	95
Gráfico 22 - Distribuição da proporção de tabagistas, ex-tabagistas e não tabagistas, segundo número de internações anteriores	96
Gráfico 23 - Distribuição da proporção de usuários de álcool e de substâncias ilícitas, segundo tabagismo	96
Gráfico 24 - Distribuição da proporção de uso de café, segundo tabagismo	97
Gráfico 25 - Distribuição da quantidade diária de café, segundo uso de tabaco	97
Gráfico 26 - Distribuição dos sujeitos, segundo grau de dependência nicotínica	99
Gráfico 27 - Distribuição dos sujeitos por grau de dependência nicotínica e grupos etários ..	100
Gráfico 28 - Grau de dependência nicotínica, segundo grupos diagnósticos	102
Gráfico 29 - Grau de dependência nicotínica, segundo tempo de diagnóstico.....	103
Gráfico 30 - Distribuição da proporção de sujeitos por grau de dependência nicotínica e uso de café	104
Gráfico 31 - Associação entre grau de dependência nicotínica e quantidade diária de cigarro	107
Gráfico 32 - Associação entre tempo de tabagismo e grau de dependência nicotínica.....	107
Gráfico 33 - Associação entre gasto mensal com tabaco e grau de dependência nicotínica..	108
Gráfico 34 - Associação entre sentir-se capaz de parar de fumar e grau de dependência nicotínica.....	108
Gráfico 35 - Associação entre aceitação da condição de tabagista e grau de dependência nicotínica.....	109
Gráfico 36 - Distribuição da proporção de sujeitos, segundo quantidade diária de cigarros e tempo de início da doença.....	110
Gráfico 37 - Distribuição da quantidade diária de cigarros.....	110
Gráfico 38 - Distribuição da proporção de sujeitos que fumam onze e mais cigarros/dia, segundo grupos diagnósticos (CID 10).....	111
Gráfico 39 - Distribuição do tempo de tabagismo.....	112

Gráfico 40 - Distribuição da proporção de sujeitos, segundo tempo de tabagismo e tempo de início da doença.....	113
Gráfico 41 - Distribuição dos sujeitos, segundo idade de início do tabagismo.....	115
Gráfico 42 - Distribuição da proporção de sujeitos, segundo idade de início do tabagismo, transtornos mentais severos e demais transtornos	117
Gráfico 43 - Fatores que influenciaram o início do tabagismo	117
Gráfico 44 - Tentativas de parar de fumar, segundo tempo de início da doença	118
Gráfico 45 - Distribuição dos sujeitos de acordo com o número de tentativas de parar de fumar	119
Gráfico 46 - Distribuição dos sujeitos de acordo com os métodos utilizados para tentar parar de fumar.....	120
Gráfico 47 - Mediana do máximo de tempo sem fumar, segundo diagnósticos médicos (CID 10).....	121
Gráfico 48 - Distribuição dos sujeitos de acordo com o máximo de tempo que conseguiram ficar sem fumar.....	122
Gráfico 49 - Locais onde os sujeitos buscariam ajuda para parar de fumar.....	123
Gráfico 50 - Prejuízos do tabagismo reconhecidos pelos sujeitos	125
Gráfico 51 - Distribuição da proporção de sujeitos que se sentem capazes de parar de fumar, segundo tempo de diagnóstico	126
Gráfico 52 - Proporção de sujeitos que tiveram o padrão de fumo modificado na internação atual	128
Gráfico 53 - Opinião dos sujeitos sobre a influência da internação psiquiátrica no início do tabagismo	128
Gráfico 54 - Distribuição dos tabagistas que acreditam que os portadores de transtorno mental fumam mais que a população geral	131
Gráfico 55 - Distribuição da proporção de tabagistas que acreditam que os portadores de transtorno mental fumam mais, segundo diagnóstico médico (CID 10)	131
Gráfico 56 - Distribuição dos sujeitos que acreditam que os portadores de transtorno mental têm mais dificuldade para deixar de fumar	132
Gráfico 57 - Distribuição dos sujeitos que acreditam que os portadores de transtorno mental têm mais dificuldade para deixar de fumar, segundo tempo de doença.....	134

Gráfico 58 - Distribuição dos sujeitos que acreditam que os portadores de transtorno mental têm mais dificuldade para deixar de fumar, segundo tipo de terapia.....	134
Gráfico 59 - Distribuição do tempo de permanência hospitalar dos sujeitos, segundo mudança na regra de restrição ao tabagismo	136
Gráfico 60 - Distribuição do tempo de permanência hospitalar dos tabagistas, ex-tabagistas e não tabagistas	137
Gráfico 61 - Percepção sobre o apoio para parar de fumar pela equipe da enfermaria de psiquiatria, segundo mudança na regra de restrição ao tabagismo	139

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Associação entre reinternações dos sujeitos do estudo no período da coleta dos dados e diagnósticos médicos (CID 10)	74
Tabela 2 - Caracterização sociodemográfica dos sujeitos do estudo.....	76
Tabela 3 - Distribuição das proporções de sujeitos, segundo arranjo domiciliar e grupos etários.....	80
Tabela 4 - Renda familiar mensal: média, desvio padrão, mínimo, percentil 25, mediana, percentil 75 e máximo	80
Tabela 5 - Distribuição das proporções de sujeitos, segundo religião e grupos etários	81
Tabela 6 - Caracterização clínica dos sujeitos do estudo	82
Tabela 7 - Distribuição das proporções dos sujeitos por grupo etário e tempo de início da doença	85
Tabela 8 - Distribuição da proporção dos sujeitos por tipo de terapia e grupos etários.....	86
Tabela 9 - Distribuição da proporção dos sujeitos, segundo comorbidades e grupos etários ..	87
Tabela 10 - Caracterização dos sujeitos de acordo com atividades e hábitos	88
Tabela 11 - Distribuição da proporção dos sujeitos, segundo grupos etários e uso de álcool, substâncias ilícitas e café.....	90
Tabela 12 - Caracterização sociodemográfica dos tabagistas, ex-tabagistas e não tabagistas .	92
Tabela 13 - Caracterização clínica dos tabagistas, ex-tabagistas e não tabagistas	94
Tabela 14 - Quantidade diária de café: média, desvio padrão, mínimo, percentil 25, mediana, percentil 75 e máximo	97
Tabela 15 - Caracterização dos tabagistas, ex-tabagistas e não tabagistas, segundo atividades e hábitos.....	98
Tabela 16 - Distribuição da proporção dos sujeitos, segundo grau de dependência nicotínica e variáveis sociodemográficas não estatisticamente significantes	101
Tabela 17 - Distribuição da proporção dos sujeitos, segundo grau de dependência nicotínica e tempo de diagnóstico	103
Tabela 18 - Distribuição da proporção de sujeitos com comorbidades, segundo grau de dependência nicotínica.....	104
Tabela 19 - Grau de dependência nicotínica, segundo as atividades e hábitos da vida diária	105

Tabela 20 - Associação entre grau de dependência nicotínica e outras variáveis	106
Tabela 21 - Distribuição da proporção de tabagistas, segundo tipo principal de tabaco e locais das internações anteriores	109
Tabela 22 - Distribuição da proporção de sujeitos, segundo tempo de tabagismo e diagnóstico médico (CID 10)	112
Tabela 23 - Distribuição da proporção de sujeitos, segundo tempo de tabagismo e tipo de terapia recebida	113
Tabela 24 - Caracterização da história do tabagismo e dos aspectos atuais, segundo os tabagistas internados na enfermaria de psiquiatria.....	114
Tabela 25 - Distribuição da proporção de sujeitos, segundo idade de início do tabagismo e locais das internações anteriores	116
Tabela 26 - Idade de início do tabagismo de acordo com os transtornos mentais severos e demais transtornos.....	116
Tabela 27 - Número de tentativas de parar de fumar de acordo com os locais das internações anteriores.....	119
Tabela 28 - Distribuição da proporção de sujeitos por diagnóstico médico (CID 10) e métodos utilizados para tentar parar de fumar	120
Tabela 29 - Tempo máximo sem fumar: média, desvio padrão, mínimo, mediana e máximo	121
Tabela 30 - Distribuição do máximo de tempo sem fumar de acordo com os grupos diagnósticos (CID 10).....	122
Tabela 31 - Percepções sobre o tabagismo	125
Tabela 32 - Percepção dos sujeitos sobre o apoio para parar de fumar recebido pelos serviços de saúde não psiquiátricos de acordo com o tempo de início da doença.....	127
Tabela 33 - Associação entre aceitação da condição de tabagista e outras variáveis.....	129
Tabela 34 - Percepção dos efeitos do tabagismo no organismo	130
Tabela 35 - Percepção dos efeitos do tabagismo no comportamento.....	130
Tabela 36 - Distribuição dos sujeitos que acreditam que os portadores de transtorno mental têm mais dificuldade para deixar de fumar, segundo número de internações anteriores	132
Tabela 37 - Opinião dos sujeitos sobre a variação da dificuldade de parar de fumar de acordo com o local das suas internações anteriores e não internações.....	133

Tabela 38 - Tempo de permanência hospitalar dos sujeitos, segundo mudança na regra de restrição ao tabagismo	135
Tabela 39 - Média de permanência hospitalar dos sujeitos do estudo e intervalo de confiança, segundo mudança na regra de restrição ao tabagismo.....	136
Tabela 40 - Distribuição do tempo de permanência hospitalar dos tabagistas, ex-tabagistas e não tabagistas.....	137
Tabela 41 - Comparação das médias de permanência hospitalar dos tabagistas, ex-tabagistas e não tabagistas por meio do teste t de Student	137
Tabela 42 - Percepção dos tabagistas sobre o apoio da equipe da enfermagem para parar de fumar e tabagismo nos portadores de transtorno mental, segundo mudança na regra da restrição ao tabagismo no período da coleta dos dados	138

LISTA DE SIGLAS

ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CAPS-ad	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas
CID 10	Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde
F20 – F29	Esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e delirantes
F30 – F39	Transtornos do humor (afetivos)
F40 – F48	Transtornos neuróticos, transtornos relacionados com o “stress” e transtornos somatoformes
F50 – F59	Síndromes comportamentais associadas a disfunções fisiológicas e a fatores físicos
F60 – F69	Transtornos da personalidade e do comportamento do adulto
CQCT	Convenção Quadro para Controle do Tabaco
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
DP	Desvio padrão
FTDN	Teste de Dependência à Nicotina de Fagerström
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INCA	Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva
ITUP	Instrumento de Identificação de Tabagistas em Unidade Psiquiátrica de hospital geral
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PETab	Pesquisa Especial de Tabagismo
PNCT	Programa Nacional de Controle do Tabagismo
SNC	Sistema nervoso central
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	20
2 REVISÃO DA LITERATURA	23
2.1 ASPECTOS GERAIS DO TABAGISMO	23
2.1.1 Contexto epidemiológico e político atual	24
2.1.2 Definição de tabagismo e conceitos relacionados	28
2.1.3 Psicofarmacologia da nicotina	30
2.1.4 Modos de consumo	32
2.1.5 Consequências clínicas e sociais	34
2.1.6 Dependência física e psicológica	37
2.2 TABAGISMO NOS TRANSTORNOS MENTAIS E COMPORTAMENTAIS	41
2.2.1 Tabagismo e esquizofrenia	42
2.2.2 Tabagismo e transtornos de ansiedade	47
2.2.3 Tabagismo e transtorno bipolar	49
2.2.4 Tabagismo e transtornos depressivos	50
2.2.5 Tabagismo e transtornos de personalidade	52
2.2.6 Tabagismo e internação psiquiátrica	53
2.2.7 Cuidado de enfermagem, tabagismo e transtornos mentais	57
2.2.8 Dificuldades para cessar o tabagismo na população psiquiátrica	60
3 OBJETIVO	63
3.1 OBJETIVO GERAL	63
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	63
4 METODOLOGIA	64
4.1 TIPO DE ESTUDO	64
4.2 LOCAL DO ESTUDO	65
4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA	66
4.4 INSTRUMENTOS DE COLETA DOS DADOS	67
4.4.1 Instrumento de Identificação de Tabagistas em Unidade Psiquiátrica de hospital geral – ITUP	67

4.4.2 Teste de Dependência à Nicotina de Fagerström - FTDN	68
4.5 ASPECTOS ÉTICOS	69
4.6 PROCEDIMENTOS DE COLETA DOS DADOS	69
4.7 PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE DOS DADOS	70
 5 RESULTADOS	 73
5.1 CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS	73
5.1.1 Perfil sociodemográfico	75
5.1.2 Informações clínicas	81
5.1.3 Atividades e hábitos da vida diária	87
5.2 IDENTIFICAÇÃO DO TABAGISMO	90
5.3 IDENTIFICAÇÃO DO GRAU DE DEPENDÊNCIA NICOTÍNICA	98
5.4 ASSOCIAÇÃO ENTRE TABAGISMO E OUTRAS VARIÁVEIS	109
5.5 IMPACTO DA RESTRIÇÃO AO TABAGISMO NOS SUJEITOS DO ESTUDO	135
5.6 ANÁLISE TEMÁTICA DE CONTEÚDO	139
5.6.1 O sentido do tabagismo para o portador de transtorno mental	139
5.6.2 O tabagismo na internação psiquiátrica	144
 6 DISCUSSÃO	 150
6.1 PERFIL DOS SUJEITOS DO ESTUDO	150
6.2 PERFIL DOS TABAGISTAS	152
6.3 VARIÁVEIS ASSOCIADAS AO TABAGISMO	154
6.4 SEVERIDADE DA DEPENDÊNCIA NICOTÍNICA NA ESQUIZOFRENIA	155
6.5 TABAGISMO NA INTERNAÇÃO PSIQUIÁTRICA	161
 7 CONCLUSÃO	 170
 REFERÊNCIAS	 172
APÊNDICES	193
ANEXO	206

1 INTRODUÇÃO

O tabagismo é uma doença crônica reconhecida como um problema de saúde pública e também como a principal causa de morte prevenível. É uma pandemia, responsável por seis milhões de mortes anuais com prejuízos à saúde física, mental e à vida social e econômica do usuário (BRASIL, 2011a; WHO, 2011a).

Assim, como na definição utilizada pelo DATASUS, neste estudo são considerados tabagistas os indivíduos que fazem uso de tabaco, independente da frequência do uso (tabagistas diários e ocasionais), da quantidade e do tempo do início do hábito, de modo a se abranger tanto os iniciantes como os tabagistas de longa data (BRASIL, 2010a).

Organizações políticas têm reconhecido a gravidade do tabagismo na população mundial, propondo estratégias para minimizar esta realidade, o que tem alcançado bons resultados à medida que há evidência de redução da prevalência de tabagismo nas estatísticas nacionais e mundiais. No entanto, percebe-se que o mesmo resultado não vem sendo alcançado entre a população portadora de transtorno mental, especialmente entre os esquizofrênicos, que apresentam prevalência de tabagismo duas a três vezes superior à da população geral com maior grau de dependência nicotínica e maior número de recaídas nos períodos de abstinência (LASSER et al., 2000; DE LEON; DIAZ, 2005; HALL; PROCHASKA, 2009; SCHNEIDER et al., 2009; MA et al., 2010; BRASIL, 2011b; WHO, 2011a; AUBIN et al., 2012).

A prevalência elevada de tabagismo entre os portadores de transtorno mental encontra suas raízes na herança cultural dos hospitais psiquiátricos e nas crenças do efeito de automedicação da nicotina nos sintomas, amplamente divulgadas pelas indústrias de tabaco. Além disso, há falta de conhecimento e despreparo dos profissionais para lidar com esse fenômeno. Apesar dos aparentes benefícios do tabagismo nos transtornos mentais, os prejuízos são graves, comprometendo a integridade física e psicológica desses indivíduos (MC CLOUGHEN, 2003; HALL; PROCHASKA, 2009; GREEN, 2010; JOHNSON et al., 2010).

Frente ao exposto, a literatura científica vem mostrando preocupação crescente com a associação entre tabagismo e transtornos mentais. Seu foco de discussão, no entanto, é limitado aos aspectos neurobiológicos desse fenômeno, pouco sendo discutidos os diferentes aspectos que podem estar associados a essa realidade, assim como o porquê e o como os profissionais podem intervir para combater o tabagismo nessa população.

Estudiosos do tema reconhecem que a enfermagem é uma profissão com condições para abordar essa temática junto aos pacientes psiquiátricos devido ao cuidado direto, ao relacionamento terapêutico e à abordagem compreensiva presente em sua prática cotidiana. No entanto, apesar dessa posição privilegiada, a falta de apropriação de conhecimento científico, bem como a falta de referências nas práticas educativas sobre promoção da saúde têm se mostrado séria barreira a limitar suas ações (CATALDO, 2001; MCCLOUGHEN, 2003; BLOOR; MEESON; CROME, 2006; LAWN; CONDON, 2006; O'DONOVAN, 2009; GREEN, 2010).

Apesar de a enfermagem encontrar-se em fase de avanço na divulgação de conhecimentos especializados por meio das publicações nos meios científicos, não foi encontrado, no Brasil, nenhum estudo que abordasse a problemática do tabagismo nos portadores de transtornos mentais na perspectiva do cuidado de enfermagem, assim como observado na revisão integrativa da literatura científica, realizada por Oliveira e Furegato (2012a).

Autores têm indicado a necessidade de estudos sobre esse fenômeno a partir de novas perspectivas, além do foco biológico exaustivamente discutido, o que vem ao encontro das ideias do Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva – INCA, que acredita que as pesquisas sobre tabagismo devem contemplar diferentes contextos, temáticas e abordagens metodológicas (RONDINA; GORAYEB; BOTELHO, 2003; CALHEIROS; OLIVEIRA; ANDRETTA, 2006; KEIZER; DESCLOUX; EYTAN, 2009; BRASIL, 2011a).

Diante da imersão da pesquisadora no campo de atenção aos portadores de transtorno mental e da subsequente revisão da literatura científica, surgiram três questionamentos: 1) Qual o sentido do tabagismo para os portadores de transtorno mental internados em unidade psiquiátrica de hospital geral? 2) Quais variáveis estão associadas ao tabagismo nessa população? 3) Há diferença no grau de dependência nicotínica, indicadores clínicos e sentido do tabagismo entre os portadores de esquizofrenia e os portadores dos demais transtornos?

Foram consideradas as seguintes hipóteses: 1) O tabagismo assume um papel importante na vida dos portadores de transtorno mental, ajudando-os a superar as dificuldades geradas pela convivência com o transtorno e as geradas pela internação; 2) O tabagismo, nos portadores de transtorno mental, está associado a indicadores clínicos (diagnóstico, início da doença, terapias, internações anteriores e comorbidades) e a atividades e hábitos da vida pessoal; 3) O grau de dependência nicotínica é mais elevado nos portadores de esquizofrenia em comparação aos portadores dos demais transtornos.

Dessa forma, neste estudo, pretende-se, além de identificar o grau de dependência nicotínica e as variáveis associadas ao tabagismo nos diferentes transtornos, compreender o *sentido* atribuído a esse fenômeno.

Vale salientar que o termo *sentido* é conceituado como as percepções que o sujeito tem da realidade vivenciada. Reconhece-se, todavia, que o pesquisador não consegue alcançar a compreensão do *sentido* dos fenômenos em sua totalidade, pois o seu olhar e o seu ouvir sofrem influências das teorias e dos paradigmas inerentes a sua prática de investigação. Assim sendo, ao pesquisador cabe apenas a compreensão do *significado* do fenômeno, ou seja, sua interpretação a partir do que lhe é trazido pelos sujeitos (OLIVEIRA, 1996).

Apesar das diferenças conceituais, reconhece-se que o *sentido* e o *significado* não podem ser vistos de forma separada, pois, embora o pesquisador consiga retratar apenas o *significado*, o *sentido* dos fenômenos deve ser sempre buscado. Aqui se utiliza o termo *sentido* de forma a valorizar a importância de sua busca constante.

Este estudo visa proporcionar uma melhor compreensão sobre o tabagismo nos portadores de transtorno mental, contribuindo para o conhecimento de aspectos úteis para o cuidado de enfermagem e demais procedimentos técnicos da área da saúde.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 ASPECTOS GERAIS DO TABAGISMO

O hábito de consumir tabaco, conhecido como tabagismo, tem sua raiz em um passado distante, conhecido e de grande valor histórico-cultural, o descobrimento da América do Norte. Quando Colombo chegou ao continente americano (1492), o tabaco era amplamente cultivado pelos nativos e seu consumo era constante nas cerimônias religiosas, quando os pajés ou caciques aspiravam o fumo a fim de conferir aos rituais um caráter mágico-religioso. Portanto, foi a partir do século XV que o tabaco passou a ser disseminado por todo o mundo civilizado e entre todas as classes sociais, constituindo um dos maiores fenômenos de aculturação já existentes na história da humanidade.

Os navegadores e a tripulação encarregaram-se de levar o tabaco para a Europa, inicialmente para quatro países, Espanha, Portugal, França e Inglaterra. Sua chegada à França teve um papel especial, pois, ao ser entregue ao embaixador Jean Nicot, ele atribui à erva a cicatrização de uma úlcera em sua perna, sendo também utilizada pela rainha Catarina de Médicis (*erva da rainha*) para aliviar suas crises de enxaqueca.

Em 1561, o tabaco passou a ser cultivado no Vaticano pelas sementes fornecidas por Jean Nicot, sendo chamada de *erva divina*. Tornou-se hábito na Catedral de São Pedro a aspiração de tabaco nos altares, conduzindo a uma grande discussão teológica, pois o Papa Urbano VIII declarava que os fumantes seriam condenados à ex-comunhão.

Após alguns anos de discussão a respeito do nome a lhe ser dado, em 1737, em menção a Jean Nicot, a erva foi denominada de *Nicotiana tabacum*.

A propagação do tabaco teve implicações no contexto econômico mundial, o que certamente deve ter contribuído para ele estar presente ainda nos dias atuais. Nos países europeus, por exemplo, o tabaco foi transformado na fonte de renda mais significativa dos governos e, no Brasil Colônia, foi utilizado como moeda na troca de escravos africanos (HOLMES, 1997; ROSEMBERG, 2003, 2006; BARLOW; DURAND, 2008). Assim, com esse epítome histórico, percebe-se que o tabagismo surgiu sustentado por alicerces fortes e imutáveis: a economia, a história e a cultura.

2.1.1 Contexto epidemiológico e político atual

Embora por muitos anos o tabagismo tenha sido um hábito socialmente aceito, símbolo de *status* social e intensamente incentivado pelas propagandas comerciais, somente em meados do século XX é que foi associado ao surgimento e agravamento de doenças.

Algumas organizações médicas brasileiras reconheceram, na década de 1970, a necessidade de se controlar esse hábito, que se tornou política de governo em 1989, quando foi instituído o Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT), sob responsabilidade do Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva – INCA.

O reconhecimento do tabagismo como doença pela Organização Mundial da Saúde (OMS), em 1997, contribuiu para o fortalecimento do seu controle. Em 1999, foi criada a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), de grande importância para a fiscalização das medidas de controle do tabagismo no Brasil.

Em 1999, com o reconhecimento do tabagismo, como problema global e de responsabilidade social dos governos, os países integrantes da Organização das Nações Unidas (ONU) propuseram, na 52ª Assembléia Mundial da Saúde, a elaboração do primeiro tratado internacional de saúde pública para controle do tabagismo, conhecida como Convenção Quadro para Controle do Tabaco (CQCT). Em 2003, na 56ª Assembléia Mundial da Saúde, o texto final da CQCT foi aprovado, dando-se início à fase de assinatura do tratado pelos países. No Brasil, a CQCT entrou em vigor em 2006, pelo Decreto nº 5658. Até novembro de 2011, 174 países integravam a CQCT (BRASIL, 2006a, 2011a, 2011b; WHO, 2005, 2011b).

De modo a auxiliar os países na implantação da Convenção Quadro, a Organização Mundial da Saúde (OMS) instituiu, em 2008, a MPOWER, política de intervenção ao tabagismo, composta por seis ações que objetivam reduzir a prevalência e a incidência de tabagismo: 1) Monitorar o tabagismo; 2) Proteger a população contra a fumaça do tabaco; 3) Oferecer ajuda para a cessação do fumo; 4) Advertir sobre os perigos do tabaco; 5) Fazer cumprir as proibições sobre publicidade, promoção e patrocínio e 6) Aumentar os impostos sobre o tabaco (BRASIL, 2011a; WHO, 2011a).

Políticas e intervenções do pacote MPOWER	
M (Monitor) Monitorar o tabagismo <ul style="list-style-type: none"> • Obter dados periódicos representativos em nível nacional e baseados na população, sobre os indicadores-chave do consumo de tabaco entre jovens e adultos. 	P (Protect) Proteger a população contra a fumaça do tabaco <ul style="list-style-type: none"> • Promover e fazer cumprir leis sobre ambientes 100% livres de fumo nos estabelecimentos de saúde e educacionais, assim como em todos os lugares públicos fechados, inclusive locais de trabalho, restaurantes e bares.
	O (Offer) Oferecer ajuda para cessação do fumo <ul style="list-style-type: none"> • Fortalecer os sistemas de saúde para que facilitem o aconselhamento sobre cessação na assistência primária à saúde. Apoiar a criação de linhas telefônicas para ajudar a cessação e outras iniciativas comunitárias, junto com tratamento farmacológico de fácil acesso e baixo custo, quando cabível.
	W (Warn) Advertir sobre os perigos do tabaco <ul style="list-style-type: none"> • Exigir que a embalagem inclua advertências eficazes. • Realizar publicidade antitabagismo. • Obter a cobertura gratuita das atividades de controle do tabagismo pelos meios de comunicação.
	E (Enforce) Fazer cumprir as proibições sobre publicidade, promoção e patrocínio <ul style="list-style-type: none"> • Promulgar e fazer cumprir leis eficazes que proíbam qualquer tipo de publicidade, promoção e patrocínio diretos do tabaco. • Promulgar e fazer cumprir leis eficazes que proíbam qualquer tipo de publicidade, promoção e patrocínio, mesmo que indiretos, do tabaco.
	R (Raise) Aumentar os impostos sobre o tabaco <ul style="list-style-type: none"> • Aumentar a taxação sobre o tabaco e assegurar que os impostos sejam ajustados regularmente, conforme as taxas de inflação, e aumentem mais rapidamente do que o poder aquisitivo dos consumidores. • Fortalecer a administração fiscal para reduzir o comércio ilícito de produtos de tabaco.

Figura 1 – Intervenções da MPOWER. Fonte: BRASIL (2011a)

O Sistema Internacional de Vigilância do Tabagismo da OMS – GTSS, criado em 1999, também contribui para o cumprimento de uma das intervenções propostas pela MPOWER, o monitoramento do tabagismo. O GTSS é responsável pela realização de diferentes investigações com protocolos padronizados em relação a populações-alvo específicas, o que permite a comparação da situação do tabagismo entre os diferentes países. A pesquisa mais atual e abrangente organizada pela GTSS é a “Global Adult Tobacco Survey - GATS”, iniciada em 2007, com a participação de 14 países, incluindo o Brasil. A GATS investiga o tabagismo na população urbana e rural acima de 15 anos de idade.

No Brasil, a GATS, conhecida como PETab – Pesquisa Especial de Tabagismo, foi realizada em 2008, pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE, fornecendo importantes informações sobre a situação atual do tabagismo no país. Trata-se da primeira pesquisa sobre tabagismo com representatividade nacional (BRASIL, 2011a, 2011b).

De acordo com a PETab, realizada a partir de uma amostra probabilística por domicílio das cinco regiões do país (n= 39.425), estima-se que há no Brasil, entre a população com idade igual ou superior a 15 anos, 25 milhões (17,5%) de tabagistas (tabaco fumado e sem fumaça). Ao considerar apenas os usuários de tabaco com fumaça, estima-se que há 24,6 milhões (17,2%) de tabagistas. A porcentagem maior de tabagistas foi encontrada na população masculina (21,6%); naquela com idade entre 45 e 64 anos (22,7%); na residente na região Sul do Brasil (19%); na rural (20,4%); na analfabeta ou com menos de um ano de estudo (25,7%) e naquela com menor poder aquisitivo (23,1%), (BRASIL, 2011b).

Ao se olhar para a prevalência atual de tabagismo no Brasil, percebe-se que as medidas de controle têm surtido efeito, pois a redução da prevalência de tabagismo no período de 1989 a 2008 foi expressiva (48%). O gráfico a seguir mostra a redução da prevalência do tabagismo no Brasil ao longo dos anos, na população acima de 18 anos, e as medidas de controle implantadas (FIGUEIREDO, 2007; BRASIL, 2011b).

Figura 2 – Prevalência de tabagismo entre adultos de 18 anos ou mais de idade e estratégias nacionais de controle de tabaco implementadas entre 1986 e 2008. Fonte: Brasil (2011b), adaptado de Figueiredo (2007)

Um marco na política brasileira para controle do tabagismo foi a implantação da lei nº 9294/96, que proíbe qualquer hábito fumífero em ambientes coletivos, com exceção dos

fumódromos. Essa medida contribuiu para o fortalecimento do abandono do uso de tabaco, apesar das precariedades reconhecidas no sistema de saúde brasileiro em relação a sua organização para o estabelecimento de terapêutica de auxílio à cessação do tabagismo (BRASIL, 1996).

Em 2011, foi aprovada no Brasil a lei nº 12.546, que proíbe o fumo nos locais coletivos fechados, deixando de existir a possibilidade dos fumódromos, conforme previa a lei nº 9.294/96. A lei nº 12.546 também estabelece a proibição de qualquer tipo de propaganda comercial sobre produtos fumíferos; o estabelecimento de preço mínimo para a venda de cigarros; a troca das advertências nos maços de cigarros a cada 5 meses; a ampliação da advertência contra o cigarro para 30% da face frontal dos maços a partir de 2016 (BRASIL, 2011c).

A partir do exposto em relação à lei nº 12.546/11 sobre o preço mínimo para os maços de cigarro, a Receita Federal estabeleceu o valor mínimo de R\$ 3,00, a partir de maio de 2012. Este valor deverá ser reajustado com o acréscimo de R\$ 0,50 a cada ano até 2015, quando o maço deverá ser vendido a R\$ 4,50. Se for considerada uma pessoa que fuma um maço de cigarro por dia, em 2015 seu gasto na compra de cigarros representará 21% do salário mínimo atual (BRASIL, 2011d).

As medidas adotadas refletem o grande empenho dos governos no combate ao tabagismo, reconhecido como uma das principais causas de morte prevenível e um grave problema de saúde pública (WHO, 2009a, 2011a, 2012). Na cidade de Nova York, Estados Unidos, uma das leis antifumo mais rigorosas foi aprovada em fevereiro de 2011. Essa lei prevê a proibição do fumo não somente em lugares coletivos e fechados, mas também em todos os parques da cidade e em locais que estejam a 22 km de proximidade das praias, com multa de US\$ 50 (R\$85) para os tabagistas que a descumprirem (NEW YORK, 2011).

Apesar de as intervenções estabelecidas até o momento serem rigorosas, ainda há muito a ser feito, pois as estatísticas mundiais sobre o tabagismo continuam preocupantes. De acordo com a Organização Mundial da Saúde, existem no mundo aproximadamente 1,3 bilhões de tabagistas e a cada ano morrem mais de seis milhões de pessoas em decorrência desse hábito, ou seja, uma pessoa a cada cinco segundos. Acredita-se que aproximadamente um terço dos tabagistas morre devido ao hábito e que, se medidas de controle não continuarem a ser eficazmente implementadas, em 2030 as mortes relacionadas ao tabaco aumentarão para oito milhões ao ano (WHO, 2011a, 2012).

2.1.2 Definição de tabagismo e conceitos relacionados

O termo tabagismo é utilizado para se referir ao hábito de usar tabaco. É considerado uma doença crônica a partir do desenvolvimento da dependência nicotínica (BRASIL, 2006b; BVS, 2011). De acordo com a 10ª Revisão da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas relacionados à Saúde – (OMS, 2000), o tabagismo é descrito dentro da categoria “Transtornos mentais e de comportamento decorrentes do uso de tabaco” com quatro subcategorias: 1) intoxicação aguda, 2) uso nocivo, 3) síndrome de dependência e 4) estado de abstinência.

Algumas reflexões podem ser feitas a partir da definição de tabagismo como doença crônica, pois um dos riscos de conceituá-lo assim é a limitação de sua abordagem a aspectos físicos e neurobiológicos. No entanto, reconhece-se que deixar de considerar o tabagismo como doença seria um retrocesso às conquistas alcançadas ao longo dos anos, pois apenas quando o uso de tabaco teve seu aspecto nocivo considerado é que medidas eficazes de controle foram implantadas.

Apesar de a definição do tabagismo como doença ter representado um marco entre um hábito socialmente aceito e desejado e um hábito potencialmente nocivo, ele deve ser visto a partir de uma perspectiva de cuidado integral, não deixando de considerar a doença, que de fato existe, mas também os demais aspectos inerentes ao seu uso, resultantes da complexidade deste hábito, que não pode ser explicado apenas a partir dos conceitos de saúde e doença.

Dada a complexidade do tabagismo, é importante que alguns conceitos sejam esclarecidos, baseados na OMS (2000), Stahl (2002), Araújo et al. (2007), Sadock e Sadock (2007), Barlow e Durand (2008), Brasil (2010a) e Hughes (2010):

Conceitos	Definição
Abuso	Não depende somente da frequência e da quantidade de uso de determinada substância, mas também da cultura em que o indivíduo está inserido. Assim, abuso pode ser considerado o uso de uma determinada substância além do aceito pela sociedade, afetando a neurotransmissão cerebral com consequências adversas.
Craving/Fissura	Desejo intenso pela utilização da substância psicoativa e intenção de fazê-lo.
Craving prolongado	Desejo intenso pela utilização da substância psicoativa após um período de seis meses de abstinência.
Dependência	Processo de adaptação neuronal em decorrência do uso repetido de uma determinada substância psicoativa, levando o indivíduo a consumir regularmente a substância a fim de se evitar a síndrome de abstinência.
Intoxicação	Reação transitória e reversível ao consumo de uma determinada substância psicoativa com alterações fisiológicas, psicológicas e comportamentais. A manifestação clínica da intoxicação nicotínica inclui náusea, êmese, palidez cutânea, fraqueza, dor abdominal, diarreia, vertigem, cefaleia, elevação da pressão arterial, taquicardia, sudorese e tremor. Intoxicação nicotínica com dose de 60 mg induz a paralisia respiratória.
Lapso	A volta ao fumo de um indivíduo considerado ex-tabagista em episódios isolados e sem retornar ao consumo regular.
Recaída	Prática de tabagismo reinstalada, com seus costumeiros hábitos.
Síndrome de abstinência	Reação de ordem psicológica e fisiológica em decorrência da interrupção do uso da substância psicoativa causadora de dependência. Os sintomas da síndrome de abstinência nicotínica podem surgir após um período de duas horas sem uso de tabaco (pico nas primeiras 48 horas), compreendendo tensão, irritabilidade, dificuldade de concentração, redução da frequência cardíaca e da pressão arterial, comprometimento motor.
Substância Psicoativa	Substância com ação no sistema nervoso central, produzindo alterações da cognição, do comportamento e do humor.
Tabagista	Há grande controvérsia quanto à definição do termo tabagista. Neste estudo é considerado tabagista o indivíduo que faz uso de tabaco independente da frequência, quantidade e duração.
Ex-tabagista	Indivíduo que já fez uso de tabaco e encontra-se atualmente sem fazer uso.
Não tabagista	Indivíduo que nunca fez uso de tabaco.
Tolerância	É uma das características da dependência e pode ser evidenciada à medida que o indivíduo necessita de quantidade cada vez maior da substância psicoativa para produzir os mesmos efeitos que apresentava inicialmente.

Quadro 1 – Definição de termos relacionados ao tabagismo

A utilização do termo ex-tabagista deve ser entendida de modo diferente do conceito de ex-dependência, pois a existência de *craving* prolongado em ex-tabagistas de longa data (1 – 10 anos), assim como mostrado no estudo de Hughes (2010), sugere que as alterações

neuroquímicas decorrentes do tabagismo não deixam de existir mesmo após longo período de abstinência nicotínica.

Ao investigar 403 ex-tabagistas de longa data, Hughes (2010) mostrou que 59% deles tiveram desejo de fumar no último ano, anterior à realização do estudo, o qual foi precipitado por humor deprimido, ver pessoas fumando, uso de álcool e estar novamente em lugares onde costumava fumar. Os indivíduos com *craving* prolongado são aqueles que começaram a fumar mais cedo, fumavam maiores quantidades e tinham grau de dependência nicotínica elevado.

2.1.3 Psicofarmacologia da nicotina

A nicotina foi identificada como um dos constituintes do tabaco em 1809, porém foi sintetizada pela primeira vez somente em 1890. Ela é produzida nas raízes da planta do tabaco e pode ser consumida quando alcança suas folhas. Como sua meia-vida no organismo é de duas horas, para que a concentração sanguínea de nicotina seja mantida, é necessário que o consumo de tabaco ocorra sucessivas vezes ao longo do dia, de modo a evitar os sintomas de abstinência. Ela é reconhecida como a principal constituinte do tabaco e do processo de criação de dependência (ROSEMBERG, 2003; SADOCK; SADOCK, 2007; MCGEHEE, 2009).

Apesar de a meia-vida da nicotina ser de duas horas, com os sucessivos consumos que ocorrem ao longo do dia, estima-se que ela se mantenha elevada na corrente sanguínea por cerca de oito horas após o último consumo. Assim, embora os picos de concentração nicotínica ocorram no momento em que o tabaco é consumido, os seus efeitos não são limitados a esse momento, permanecendo durante todo o dia, o que difere a ação da nicotina da de outras drogas (ROSEMBERG, 2003; SADOCK; SADOCK, 2007; BARLOW; DURAND, 2008).

A nicotina consumida por meio do cigarro é transportada aos alvéolos pulmonares, onde alcança a corrente sanguínea, distribuindo-se por todo o organismo. A partir disso, interage com os receptores nicotínicos localizados no Sistema Nervoso Central e no Sistema Nervoso Periférico (UNIFESP, 2002). O Sistema Nervoso Central (SNC) obtém a nicotina após 15 segundos, o que justifica os efeitos prazerosos no momento da sua utilização, semelhantes aos que seriam obtidos por administração nicotínica intravenosa (HENNINGFIELD; MIYASATO; JASINSKI, 1985; SADOCK; SADOCK, 2007; BARLOW; DURAND, 2008).

Ao interagir com o seu receptor, a nicotina promove a liberação de vários neurotransmissores (acetilcolina, beta-endorfinas, dopamina, norepinefrina, serotonina), responsáveis por diversas alterações orgânicas. Após essa primeira interação, porém, a nicotina bloqueia o seu receptor (dessensibilização), de modo que ele permaneça por algum tempo sem nova estimulação. Esse fenômeno é conhecido como autorregulação, explicando por que os efeitos da nicotina no comportamento são mais limitados se comparados aos efeitos de outras drogas, como a cocaína, por exemplo (DANI; HEINEMANN, 1996; STAHL, 2002; ROSEMBERG, 2003; PLANETA; CRUZ, 2005; MCGEHEE, 2009; VENTURA et al., 2010).

Figura 3 – Interação da nicotina com receptores nicotínicos. Modificado do site da Universidade Virtual da UNIFESP (2002)

A dessensibilização dos receptores nicotínicos é responsável pelo desenvolvimento da tolerância e da dependência à nicotina, a partir de um processo conhecido como neuroadaptação, no qual ocorre aumento do número de receptores. A dessensibilização ocorre quando os receptores nicotínicos estão saturados, contribuindo assim para que os sintomas de abstinência sejam evitados (DANI; HEINEMANN, 1996; WANG; SUN, 2005; BENOWITZ, 2008; PICCIOTTO et al., 2008).

Em períodos de abstinência nicotínica, os receptores voltam ao estado de sensibilização à medida que vão sendo desocupados (DANI; HEINEMANN, 1996). Isso permite compreender por que o primeiro cigarro do dia é comumente relatado como o mais prazeroso, pois a nicotina do primeiro cigarro se liga de forma expressiva a seus receptores,

com grande liberação de neurotransmissores, responsáveis pela sensação de prazer e bem estar e pela dessensibilização com supressão dos sintomas de abstinência. Para Brody et al. (2006), um único cigarro é capaz de ocupar cerca de 88% dos receptores nicotínicos.

Em estudo mais recente, Brody et al. (2011) mostraram que a ocupação dos receptores nicotínicos ocorre também nos fumantes passivos. Para os autores, a exposição passiva e moderada ao fumo é responsável pela ocupação de 19% dos receptores nicotínicos; estima-se que a porcentagem de ocupação possa chegar a 70% a depender do grau de exposição à fumaça do cigarro.

Segundo Rosemberg (2003), a quantidade de nicotina no organismo depende de vários fatores, tais como a planta de tabaco a partir da qual foi obtida, a época da colheita, o modo de preparo e o modo de consumo que influenciam o pH nicotínico, determinante da sua absorção e excreção. A maior absorção da nicotina ocorre quando ela se encontra no estado alcalino, pois quanto maior a acidez maior a dificuldade para atravessar as membranas. Isso justifica por que na ingestão de álcool as pessoas tendem a fumar mais, pois a urina se torna ácida com consequente aumento da excreção da nicotina pelo sistema renal e diminuição de sua concentração na corrente sanguínea.

2.1.4 Modos de consumo

De acordo com Viegas (2008) e Nascimento et al. (2010), existem diferentes formas de consumo de tabaco, como cigarro industrializado, fumo de corda, charuto, cachimbo, narguilé, tabaco de mascar, rapé (tabaco em pó para aspirar) e preparações para absorção pela mucosa. É importante ter conhecimento sobre essas alternativas, pois o fumo de corda, enrolado em papel ou palha, por exemplo, costuma ser muito utilizado por pessoas com menor poder aquisitivo e com menor nível de escolaridade, habitualmente residentes em áreas rurais. A não consideração de outros modos de consumo de tabaco, além do cigarro, pode alterar as estatísticas de saúde relacionadas ao tabagismo.

Cigarro industrializado

Atualmente, no Brasil o cigarro é o principal recurso utilizado para consumir o tabaco, correspondendo a 99,5% dos tabagistas (BRASIL, 2009a, 2011a). Segundo Giovino (2002), o cigarro tem um potencial maior para desenvolver dependência nicotínica se comparado às demais formas de consumo, o que ocorre devido à necessidade de se inalar a fumaça produzida a fim de se conseguir os efeitos da nicotina. Ao inalar a fumaça do cigarro, seus

componentes encontram nos pulmões lugar ideal para sua rápida absorção, considerando que sua superfície é maior e por meio da artéria carótida alcançam o cérebro em questão de segundos. Desse modo, a dependência pelo cigarro é desenvolvida de modo mais rápido.

Cigarro eletrônico

O cigarro eletrônico é a mais recente alternativa para substituir o tradicional cigarro. Foi criado na China e tem se espalhado por todo o mundo, embora ainda não seja legalizado na maioria dos países. De acordo com Etter (2010), Trtchounian, Williams e Talbot (2010) e Riker et al. (2012), o cigarro eletrônico consiste em um tubo metálico com nicotina, propilenoglicol, vaporizador e uma bateria, sem a presença dos demais compostos do tabaco. Quando o tabagista aspira o ar, um sensor de fluxo de ar ativa a bateria que aquece a nicotina e o propilenoglicol, vaporizando-os.

Há poucos estudos publicados a respeito do uso de cigarros eletrônicos, porém acredita-se que os riscos à saúde são menores com a utilização desses cigarros se comparados aos cigarros tradicionais, devido à ausência de queima do tabaco e dos seus compostos tóxicos. Entretanto, ainda não há consenso na literatura científica a respeito dos seus malefícios, apenas se reconhece que não são livres de toxicidade.

Charuto

O charuto é definido como uma porção de tabaco envolta em folha da mesma substância, ao contrário do cigarro que é envolto em papel ou outro material. Uma das principais diferenças da produção de charuto e de cigarro é que o primeiro é preparado a partir de fermentação, essencial para a produção de seu aroma característico. Como consequência desse processo, o charuto é rico em nitrato, o que lhe confere característica altamente cancerígena, além de ter um pH muito elevado (alcalino), aumentando a quantidade de nicotina nas partículas e na fumaça.

O pH aumentado do charuto contribui para sua maior dissolução na saliva e para sua absorção pela mucosa da cavidade oral. Em decorrência desse fato, os efeitos da nicotina, a partir do charuto, ocorrem sem a necessidade de inalação da fumaça, uma vez que o charuto fornece altos níveis de nicotina à corrente sanguínea por absorção na mucosa oral. Embora os fumantes de charuto possam não inalar a fumaça, a ocorrência de câncer nessa população continua muito alta, pois a cavidade oral e a língua são ainda mais expostas à fumaça, o que aumenta o aparecimento de câncer oral (BAKER et al., 2000; VIEGAS, 2008).

Narguilé

De acordo com Viegas (2008), o narguilé, conhecido também como cachimbo d'água, é pouco utilizado no Brasil, porém em alguns países sua utilização tem aumentado, superando o consumo de cigarros. Como nesse recurso os compostos do tabaco são diluídos em água para serem inalados, acredita-se que o usuário de narguilé precisa se expor mais à fumaça para conseguir obter a concentração almejada de nicotina na corrente sanguínea. Assim, em uma única sessão de narguilé, o indivíduo inala o equivalente ao que um usuário de cigarro inalaria em 100 sessões de cigarros.

Tabaco de mascar

Com a proibição do fumo em locais públicos, vem aumentando o consumo de tabaco de mascar e em pó para absorção pela mucosa. Um dos equívocos desse recurso é que algumas pessoas acreditam que eles não apresentam prejuízos à saúde. Segundo Lee (2007), o tabaco sem fumaça proporciona uma exposição à nicotina semelhante ao que ocorre nos fumantes de cigarro. De acordo com a Pesquisa Especial de Tabagismo realizada em 2008, 68,2% da população acreditam que o uso de tabaco sem fumaça pode ser responsável por doenças graves (BRASIL, 2009a).

2.1.5 Consequências clínicas e sociais

Muitos são os agravos à saúde decorrentes do tabagismo, o que pode ser justificado por sua alta toxicidade. O tabaco contém aproximadamente 6700 substâncias tóxicas, sendo que 4000 dessas podem ser identificadas na fumaça produzida a partir de sua queima. Dentre essas substâncias, 63 são consideradas cancerígenas. Vale salientar que a exposição às substâncias tóxicas do tabaco depende de dois fatores importantes, do local e do modo como o tabaco foi produzido e do recurso utilizado para seu consumo.

São reconhecidos alguns dos agravos à saúde: câncer de cabeça e pescoço, câncer no aparelho respiratório, digestório e urinário, doenças pulmonares, doenças cardiovasculares, impotência sexual, úlcera péptica, complicações maternas e fetais, entre outros (BAKER et al., 2000; ROSEMBERG, 2003; MCKEE; GILMORE, 2007; SADOCK; SADOCK, 2007; ELMÔR, 2009; WHO, 2009a, 2011a; MALTA et al., 2010; MANNINO, 2010).

Os mecanismos para o desenvolvimento das complicações orgânicas em decorrência do consumo de tabaco são complexos e muito discutidos na literatura científica. Na figura 2 foram reunidos os principais mecanismos conhecidos no desenvolvimento de algumas dessas

complicações, baseados nos estudos de Baker et al. (2000), Rosemberg (2003), Malta et al. (2010) e Mannino (2010).

Figura 4 – Malefícios do tabagismo à saúde

Atualmente, o tabagismo é considerado a principal causa de morte prevenível (WHO, 2009a, 2011a, 2012). Segundo dados do INCA (BRASIL, 2009c), ele é responsável por 25% das mortes por doença coronariana, por 85% das mortes causadas por doença pulmonar obstrutiva crônica (bronquite e enfisema), por 90% das mortes decorrentes de câncer de pulmão, considerando que, dentre os 10% restantes, um terço se deve ao fumo passivo. Essa exposição é ainda responsável por 30% das mortes por outros tipos de câncer e por 25% das mortes por doenças vasculares, incluindo o acidente vascular cerebral.

O indivíduo com consumo diário de tabaco tem risco de até 50% de morte prematura, porém, quando o consumo é diminuído, são reduzidos os riscos para desenvolvimento de complicações orgânicas e, consequentemente, também para a morte precoce. Desse modo, aqueles que iniciam o hábito mais tarde e fumam menores quantidades têm menos prejuízos

se comparados aos tabagistas de longa data e de alta frequência de consumo (GIOVINO, 2002; HENNINGFIELD; MOOLCHAN; ZELLER, 2003; ARAÚJO et al., 2004; MALTA et al., 2010).

Os prejuízos do tabagismo são reconhecidos para os tabagistas, mas também para os fumantes passivos. Há consenso, com base em estudos realizados, de que os não tabagistas expostos ao fumo também sofrem de doenças relacionadas ao tabaco, com redução da qualidade de vida. Estima-se que um terço da população global adulta não tabagista seja exposta ao tabaco pelo fumo passivo. O fumo passivo é responsável por 600 000 mortes anuais em nível mundial, ocorrendo 31% dessas mortes entre crianças e 64%, entre mulheres (WHO, 2009a, 2011a).

Acredita-se que a exposição ao tabaco ambiental é superior à exposição às toxinas da poluição ambiental. O grande agravante do tabagismo no ambiente é que suas substâncias permanecem nos móveis, nas roupas, nas comidas, nas paredes e nas cortinas por semanas ou até meses após um indivíduo ter fumado, mesmo que o ambiente esteja com as janelas abertas ou que haja filtros de ar. Portanto, os não tabagistas são expostos a essas substâncias mesmo sem a presença de um fumante no momento de sua permanência em determinado local (WHO, 2009a).

Os agravos à saúde em decorrência do tabagismo têm sido amplamente divulgados entre a população como alternativa para diminuir sua prevalência. No entanto, uma pesquisa realizada por Cummings et al. (2004) mostrou que os tabagistas desconhecem muitos desses agravos, fato que deve ser alvo de preocupação e de planejamento de intervenções, pois o conhecimento a respeito dos riscos está intimamente relacionado à motivação para parar de fumar.

Segundo dados da Pesquisa Especial de Tabagismo realizada em 2008, 96,1% da população brasileira acreditam que o uso de tabaco com fumaça pode causar doenças graves (BRASIL, 2009a). De acordo com Cummings et al. (2004), embora os tabagistas conheçam alguns dos riscos associados ao tabaco, não os atribuem ao seu próprio hábito, ou seja, quando se trata da sua própria saúde as pessoas tendem a subestimar os efeitos do tabagismo.

Muitos tabagistas não se preocupam com os agravos à saúde no início do hábito, pois, em geral, as complicações mais sérias somente aparecem após 10 a 30 anos do início do uso, período denominado de incubação (ELMÔR, 2009). Na pesquisa de Cummings et al. (2004), é apresentada uma alternativa utilizada pelos tabagistas para resolver os conflitos entre as consequências reconhecidas do tabagismo e os efeitos prazerosos almejados. Trata-se da racionalização das consequências do consumo de tabaco, quando eles acreditam que serão

capazes de cessar uso quando os efeitos adversos sérios aparecerem, crença encontrada em 60% da população do estudo.

Além das consequências clínicas do tabagismo, são reconhecidas suas consequências econômicas e sociais. Segundo dados do INCA (BRASIL, 2010b), estima-se que 200 bilhões de dólares a cada ano são investidos mundialmente em consequências relacionadas ao uso de tabaco, como tratamento de doenças, morte da população em idade produtiva, aumento do número de aposentadorias precoces, aumento do número de faltas ao trabalho, diminuição do rendimento produtivo, incêndios e outros tipos de acidentes, poluição e prejuízos ambientais.

O tabagismo agrava também a pobreza da população ao comprometer parte da renda familiar na compra de cigarro. As famílias com baixa renda têm um gasto maior com cigarro do que aquelas com melhor renda, preterindo a compra de produtos de higiene, cuidados pessoais, educação e alimentação. Segundo a Pesquisa Especial de Tabagismo – Petab, realizada em 2008, o gasto médio mensal por pessoa na compra de cigarros industrializados é de R\$ 78,43. A população da região sul é a que mais tem gastos, seguida pelas das regiões Sudeste, Centro-Oeste, Norte e Nordeste, respectivamente (BRASIL, 2009a).

2.1.6 Dependência física e psicológica

Segundo Giovino (2002), Henningfield, Moolchan e Zeller (2003) e Castro et al. (2007), a dependência ao tabaco é um fenômeno de grande complexidade, sendo necessário o estudo aprofundado dos fatores envolvidos em seu desenvolvimento (hospedeiro, agente e vetor).

O hospedeiro corresponde ao indivíduo que inicia o tabagismo. O potencial para o desenvolvimento da dependência está relacionado a suas características pessoais, ou seja, a sua vulnerabilidade. Isso vem ao encontro das ideias de Martinez et al. (2004), que acreditam que o início do tabagismo está intimamente relacionado a um momento da vida de baixa satisfação pessoal, o que na maioria dos casos ocorre na adolescência, momento de vulnerabilidade para o início do hábito.

A toxicidade do tabaco é conhecida como o agente desse tripé de fatores relacionados ao desenvolvimento da dependência, o que pode ser diferente nos mais diversos modos de consumo, como já descrito. O vetor corresponde à publicidade existente que, de certo modo, pode influenciar na adesão e na manutenção do tabagismo. Entretanto, vale salientar que a interação entre os três fatores (hospedeiro, agente e vetor) não se dá de modo peremptório, podendo haver interferência de outros fatores, como o ambiente cultural, social (normas),

impostos sobre o tabaco e educação (GIOVINO, 2002; HENNINGFIELD; MOOLCHAN; ZELLER, 2003).

Figura 5 – Modelo sobre fatores presentes no desenvolvimento de dependência ao tabaco. Criado por Orleans e Slade (1993), adaptado por Giovino (2002), modificado por Henningfield, Moolchan e Zeller (2003), traduzido e adaptado pela pesquisadora

A interação dos três fatores presentes no desenvolvimento de dependência ao tabaco ocorre de modo tão intenso que se acredita que de 30 a 50% das pessoas que experimentam fumar cigarro tornam-se dependentes, dificultando o abandono do hábito. As recaídas são esperadas, na grande maioria das vezes, em um período não superior a um ano.

Estima-se que 75% dos fumantes já tentaram parar de fumar e que 30% dos que tentam parar conseguem ficar sem fumar por um período não superior a dois dias. Apenas de 5 a 10% conseguem parar definitivamente e somente o conseguem após cerca de dez tentativas sem sucesso (BAKER et al., 2000; GIOVINO, 2002; HENNINGFIELD; MOOLCHAN; ZELLER, 2003; DE LEON; DIAZ, 2005; SADOCK; SADOCK, 2007; VIEGAS, 2008; MALTA et al., 2010).

A dependência do tabaco assemelha-se à dependência causada por outros tipos de drogas, uma vez que possuem duas características comuns: efeitos euforizantes e prazerosos do uso e a síndrome de abstinência na retirada. Dentre todas as substâncias presentes no cigarro, a nicotina é a que mais se relaciona com o mecanismo de criação de dependência, por sua ligação com os receptores nicotínicos, conhecidos como nAChR, o que acarreta liberação

de neurotransmissores que contribuem para a criação de dependência (PLANETA; CRUZ, 2005; SADOCK; SADOCK, 2007).

Uma expressão utilizada ao se estudar dependência ao tabaco é “efeito reforçador positivo”, que diz respeito às experiências positivas que contribuem para o estabelecimento do hábito de fumar, uma vez que do ponto de vista neuroquímico ou mesmo comportamental parece apenas causar benefícios, dificultando a cessação desse comportamento. Um “efeito reforçador positivo” conhecido do tabagismo é a ativação do sistema dopaminérgico com projeções para o sistema límbico (sistema de recompensa), proporcionando sensação de prazer e de motivação, motivos fortes o suficiente para levar o indivíduo a continuar a fumar, o que justifica o desenvolvimento da dependência de forma rápida (PLANETA; CRUZ, 2005; SADOCK; SADOCK, 2007).

O grande questionamento que se faz frente ao exposto é por que algumas pessoas, apesar de experimentarem o tabaco, não se tornam dependentes. De acordo com Sadock e Sadock (2007), muitos fatores influenciam o comportamento de busca de substâncias psicoativas, favorecendo ou não o desenvolvimento de dependência: efeito reforçador positivo, efeitos adversos (efeito reforçador negativo), relações familiares, fatores genéticos, história comportamental, história farmacológica, mecanismos neurais, mecanismos comportamentais. Esses fatores foram explicados pela primeira vez por Stolerman (1992) por meio de um esquema, o qual foi traduzido por Sadock e Sadock (2007), como se segue:

Figura 6 – Modelo psicofarmacológico da dependência de substâncias. Criado por Stolerman (1992), traduzido por Sadock e Sadock (2007)

Ao pensar em “efeito reforçador positivo”, também se consideram os aspectos emocionais que estão presentes no dia-a-dia dos tabagistas. O ato de fumar compreende um

ritual que vai desde a procura pelo maço de cigarro, a procura pelo isqueiro até a sensação prazerosa de exalar a fumaça e observar seu movimento no ambiente. Todo esse ritual prende a atenção do indivíduo, contribuindo para que ele se esqueça daquilo que o estava tornando ansioso ou tenso. Nesse caso, o alívio da ansiedade momentânea age como um dos mais importantes “efeitos reforçadores positivos” (CARMO; ANDRÉS-PUEYO; LÓPEZ, 2005; MUNDIM; BUENO, 2006).

Também conhecido “efeito reforçador positivo” é a síndrome de abstinência, definida como a presença de sinais e sintomas intensamente desconfortáveis que caracterizam a dependência física e dificultam o cessar fumo, como fissura, tensão, irritabilidade, prejuízo da concentração, insônia, diminuição da pressão arterial, aumento do apetite e do peso, prejuízo do desempenho motor e aumento da tensão muscular. Os sintomas da abstinência contribuem para os altos índices de tabagismo na atualidade (O’BRIEN, 2006; SADOCK; SADOCK, 2007).

Para Planeta e Cruz (2005), a criação de dependência não se deve somente à nicotina, mas a todos os componentes afetivos que estão envolvidos no uso, muitas vezes até mesmo de forma mais expressiva e significativa. Segundo Carmo, Andrés-Pueyo e López (2005) e Ponciano-Rodríguez e Morales-Ruiz (2007), além de todas as modificações neuroquímicas decorrentes do uso de nicotina que levam a um consumo compulsivo, ocorre ainda o desenvolvimento de dependência psicológica, que dificulta a cessação do tabagismo e é responsável pela grande frequência de recaídas. A dependência psicológica é definida como “uma série de condutas, ideais, crenças e atributos que o sujeito vai construindo ao redor do tabaco e do tabagismo” (PONCIANO-RODRIGUÉZ; MORALES-RUIZ, 2007, p. 281).

É reconhecido, na literatura científica, que a dependência ao tabaco prejudica de modo significativo a qualidade de vida das pessoas. A qualidade de vida tem sido utilizada como recurso para estimar o impacto do tabagismo e das doenças a ele associadas, acreditando-se que o momento ideal para intervenções dos profissionais se dá quando a qualidade de vida do sujeito encontra-se reduzida, o que habitualmente ocorre após alguns anos de início do consumo de tabaco, quando surgem as complicações a ele relacionadas (SCHMITZ; KRUSE; KRUGLER, 2003; CASTRO et al., 2007).

Estudos constataram que a qualidade de vida de ex-tabagistas é superior à dos tabagistas (SCHMITZ; KRUSE; KRUGLER, 2003; MARTINEZ et al., 2004; MITRA et al., 2004; CASTRO et al., 2007). Algo que vem sendo discutido a respeito da qualidade de vida é a questão da associação encontrada entre tabagismo e comorbidades psiquiátricas, o que tem levado os pesquisadores a questionarem se o prejuízo na qualidade de vida é devido ao

tabagismo por si só ou uma consequência das comorbidades psiquiátricas comumente encontradas, como ansiedade e depressão (BRESLAU; NOVAK; KESSLER, 2004; MOORE et al., 2005; CASTRO et al., 2007).

2.2 TABAGISMO NOS TRANSTORNOS MENTAIS E COMPORTAMENTAIS

A partir da década de 1980 começou a ser evidenciada, nas pesquisas, a alta prevalência de tabagismo nos portadores de transtornos mentais. Então, esse assunto passou a ser foco de grande interesse para os pesquisadores com a finalidade de elucidar a relação existente entre tabagismo e transtornos mentais (MURPHY et al., 2003).

A dependência à nicotina nos pacientes com transtornos psiquiátricos costuma ser mais intensa e mais frequente se comparada à dependência na população sem estes transtornos (duas ou três vezes). Muitos estudos realizados em países desenvolvidos têm apresentado taxas maiores de tabagismo nas pessoas com doenças mentais graves comparadas às da população geral, pois tendem a fumar em maior quantidade e apresentar mais dificuldade para cessar o hábito. Dentre os portadores de transtorno bipolar, estima-se que 70% são tabagistas e, dentre os esquizofrênicos, 90%.

De modo geral, estima-se que 50% dos pacientes psiquiátricos acompanhados em ambulatório são tabagistas. O Brasil, apesar de não ser um país desenvolvido, acompanha as altas taxas de tabagismo na população psiquiátrica encontrada nos países de primeiro mundo, o que pode ser explicado por questões sociais e culturais e pela permissividade ao tabagismo nos hospitais psiquiátricos brasileiros (LASSER et al., 2000; LAWN, 2004; DE LEON; DIAZ, 2005; CALHEIROS; OLIVEIRA; ANDRETTA, 2006; RATTI; MENEZES; GULINELLI, 2007; SADOCK; SADOCK, 2007; LISING-ENRIQUEZ; GEORGE, 2009; LAWRENCE; MITROU; ZUBRICK, 2009; HALL; PROCHASKA, 2009; SCHNEIDER et al., 2009).

Como tentativa para explicar a forte associação entre tabagismo e transtornos mentais tem sido sugerido que a ocorrência do transtorno mental influencia o início do consumo de tabaco e que os fatores influenciadores nesta população podem ser de ordem social, ambiental, psicológica, neurobiológica ou genética (HALL; PROCHASKA, 2009; LAWRENCE; MITROU; ZUBRICK, 2009; LISING-ENRIQUEZ; GEORGE, 2009). Para Keizer, Descloux e Eytan (2009), os fatores que contribuem para os portadores de transtornos mentais tornarem-se tabagistas são classificados em três categorias: 1) relação entre

tabagismo e transtornos mentais, 2) características das unidades de internação psiquiátrica e 3) percepção que os pacientes têm sobre a equipe envolvida no tratamento.

Dentre a relação entre transtornos mentais e tabagismo são reconhecidos, como fatores preditivos, alguns efeitos do tabagismo nesses indivíduos, como a redução da ansiedade e dos afetos negativos, melhora dos déficits cognitivos, interação do tabaco com os medicamentos psiquiátricos, reduzindo alguns dos efeitos colaterais, habitualmente correlacionados com alto consumo de tabaco (HALL; PROCHASKA, 2009; KEIZER; DESCLOUX; EYTAN, 2009; KEIZER et al., 2009; LISING-ENRIQUEZ; GEORGE, 2009).

Dentre os transtornos psiquiátricos relacionados ao tabagismo, os estudos trazem contribuições para a compreensão dessas associações:

2.2.1 Tabagismo e esquizofrenia

O transtorno psiquiátrico que mais vem sendo estudado ao se pensar nas correlações com o tabagismo é a esquizofrenia. A alta prevalência de tabagismo nos esquizofrênicos tornou-se característica dessa população. Sua prevalência é mais elevada nas pessoas com diagnóstico de esquizofrenia, tanto comparada às demais populações psiquiátricas como com a população geral. Estudos têm evidenciado prevalência de tabagismo em 50 a 90% dos esquizofrênicos, dependendo da amostra estudada (DALACK; HEALY; MEADOR-WOODRUFF, 1998; LASSER et al., 2000; MCCLOUGHEN, 2003; RONDINA; GORAYEB; BOTELHO, 2007; CHAVES; SHIRAKAWA, 2008; PROCHASKA; HALL; BERO, 2008; HALL; PROCHASKA, 2009; HAUSSWOLFF-JUHLIN et al., 2009; GALAZYN et al., 2010; ZHANG et al., 2010; GELKOPF et al., 2012).

Um estudo importante realizado no Brasil sobre as características associadas ao tabagismo na esquizofrenia foi realizado por Chaves e Shirakawa (2008). Os autores constataram uma prevalência de tabagismo nessa população de 57,8%, superior à prevalência de tabagismo na população geral brasileira. Desses tabagistas, 68,8% eram do sexo masculino e 31,3% do sexo feminino. Achado interessante desse estudo é que 56,3% dos tabagistas esquizofrênicos foram classificados como fumantes pesados pelo Teste de Tolerância de Fagerström.

Prochaska, Hall e Bero (2008) realizaram um estudo sobre as influências das indústrias de tabaco nessa alta prevalência de tabagismo na esquizofrenia. Por meio de uma pesquisa em documentos secretos, obtidos em processos disponíveis no site da biblioteca virtual sobre tabaco da Universidade da Califórnia, os autores constataram que o interesse das

indústrias de tabaco pela população portadora de esquizofrenia se iniciou na década de 1950 quando alguns estudos do meio científico indicaram uma baixa incidência de câncer nos esquizofrênicos tabagistas em relação aos tabagistas da população geral.

A indústria de tabaco aproveitou a divulgação da hipótese de resistência ao câncer nos esquizofrênicos para incentivar o consumo de tabaco nessa população, que se tornou, ao longo de muitos anos, alvo de campanhas publicitárias. A indústria de tabaco se apoiou também na hipótese psicossomática vigente na época, pois acreditava-se que o câncer ocorria em pessoas com dificuldade de expressar suas emoções, explicando que, como na esquizofrenia a pessoa não consegue reprimir suas emoções e conflitos, a incidência de câncer entre esquizofrênicos seria menor (MARCUS, 1976; PARFITT, 1981; PROCHASKA; HALL; BERO, 2008; GREEN, 2010).

Essa crença prevaleceu até a década de 1980 quando pesquisas foram realizadas de modo a testar a hipótese da proteção genética contra o câncer nos portadores de esquizofrenia. Alguns autores acreditam que o número reduzido de câncer nos tabagistas esquizofrênicos pode ser devido a uma subestimação das causas de morte nessa população, pois ao dividir o número de mortes causadas por câncer com o total de mortes, essa razão aparenta ser reduzida se comparada à população geral, havendo entre os esquizofrênicos ocorrência elevada de morte por suicídio, sífilis e tuberculose. Além disso, os autores consideram que a mortalidade por câncer pode ser subestimada nessa população devido a falhas na correta identificação da causa de morte pelos serviços de psiquiatria (FOX; HOWELL, 1974; BREEN, 1981; LICHTERMANN et al., 2001).

Estudos epidemiológicos recentes, não financiados pelas indústrias de tabaco, têm apontado um risco aumentado de câncer entre tabagistas portadores de esquizofrenia, o que não sustentaria a hipótese de proteção genética ao câncer quando há o estímulo do tabagismo (LICHTERMANN et al., 2001; DALTON et al., 2004; PROCHASKA; HALL; BERO, 2008; GAL; LEVAV; GROSS, 2010). No entanto, há controvérsias nos estudos em relação à proteção genética nos familiares de primeiro grau dos esquizofrênicos. Lichtermann et al. (2001) encontraram uma prevalência menor de câncer nos familiares de esquizofrênicos se comparados com a população geral. Já Gal, Levav e Gross (2010) encontraram, a partir da realização de um estudo epidemiológico, prevalência aumentada de câncer nos familiares de esquizofrênicos, o que indicaria uma não sustentação da hipótese genética.

Apesar das controvérsias, o que há de concreto até o momento é que, entre os esquizofrênicos tabagistas, mesmo que a genética aja como fator protetor contra o câncer, o fato de serem tabagistas os predispõe a uma alta prevalência de câncer.

As indústrias de tabaco contribuíram muito, ao longo dos anos, para o início e manutenção do tabagismo entre portadores de esquizofrenia. Prova disso é que essas indústrias apenas financiam pesquisas cujos resultados estejam de acordo com seus interesses comerciais. Prochaska, Hall e Bero (2008) constataram, ao analisar os documentos das indústrias de tabaco, que apenas as pesquisas com resultados favoráveis eram publicadas. Aquelas pesquisas que demonstravam os malefícios do tabagismo eram arquivadas.

Com essa influência de interesses comerciais das indústrias de tabaco no financiamento/divulgação de muitas pesquisas científicas, as indústrias de tabaco são, em parte, responsáveis pelas crenças de que o tabagismo tem efeito de automedicação nos esquizofrênicos e que a cessação do tabagismo agrava o quadro psiquiátrico, o que representa uma enorme barreira para as estratégias de diminuição da incidência e prevalência de tabagismo nessa população (PROCHASKA; HALL; BERO, 2008).

A hipótese do tabagismo como automedicação na esquizofrenia é um assunto muito discutido na literatura científica. Acredita-se que, quando o portador de esquizofrenia percebe o alívio na sintomatologia do transtorno, ele resiste em abandonar o hábito. Além disso, a hipótese de que a abstinência do tabaco piora os sintomas da esquizofrenia contribui para fortalecer a ideia do tabagismo como amenizador dos sintomas psicóticos (DALACK; MEADOR-WOODRUFF, 1996).

Os sintomas negativos da esquizofrenia (apatia, anedonia, prejuízo na concentração, na memória e na atenção, déficits motores, dificuldade de interação social, entre outros) ocorrem devido a uma diminuição da atividade dopaminérgica no córtex frontal. Uma das funções da nicotina no SNC é incrementar a atividade dopaminérgica no córtex frontal, agindo como antagonista temporário dos sintomas negativos da esquizofrenia (DALACK; HEALY; MEADOR-WOODRUFF, 1998; MCCLOUGHEN, 2003; RITTER; MEADOR-WOODRUFF; DALACK, 2004; CHAVES; SHIRAKAWA, 2008; PROCHASKA; HALL BERO, 2008; MA et al., 2010; WINTERER, 2010; AUBIN et al., 2012; KELLY et al., 2012).

Reconhece-se que os sintomas negativos são agravantes que impedem o portador de esquizofrenia de abandonar o tabagismo, pois quando se encontra em abstinência do tabaco esses sintomas voltam a aparecer, o que reduz a motivação necessária para decidir abandonar o hábito (ADDINGTON et al., 1997; RONDINA; GORAYEB; BOTELHO, 2007).

Em relação aos sintomas positivos (delírios, alucinações, alterações na fala, entre outros) há controvérsias quanto ao efeito da nicotina em sua apresentação. Os sintomas positivos ocorrem devido à hiperatividade do sistema dopaminérgico na região mesolímbica do SNC, o que leva a acreditar que a nicotina poderia agravar esses sintomas

(MCCLOUGHEN, 2003; SADOCK; SADOCK, 2007). Um estudo realizado por Ziedonis et al. (1994) com 265 esquizofrênicos concluiu que entre os esquizofrênicos com dependência grave da nicotina os sintomas positivos eram mais frequentes e os sintomas negativos menos frequentes em relação aos não tabagistas e aos tabagistas com dependência leve.

Apesar de a relação entre tabagismo e sintomas positivos da esquizofrenia não estar totalmente esclarecida, Forchuk et al. (1997) acreditam que o alívio sentido nos sintomas negativos pode compensar a exacerbação dos sintomas positivos, dado que os sintomas negativos são os mais difíceis de serem tratados por meio dos antipsicóticos.

Pesquisas têm mostrado que há diferença no consumo de tabaco entre esquizofrênicos em uso de antipsicóticos de 1ª geração e de 2ª geração. Os antipsicóticos de 1ª geração têm grande impacto nos sintomas positivos, porém não interferem nos sintomas negativos, estando seu uso associado à maior prevalência de tabagismo, já que a nicotina alivia os sintomas que esse tipo de antipsicótico não pode tratar. Os antipsicóticos de 2ª geração estão associados à menor prevalência de tabagismo, pois agem tanto nos sintomas positivos como nos sintomas negativos, revertendo a hipofrontalidade melhor que a nicotina, havendo alívio dos sintomas negativos e diminuição da necessidade da nicotina para tratar esses sintomas (LYON, 1999).

Além de melhorar os processos cognitivos, o tabagismo também reduz a hiperestimulação sensorial experimentada pelos esquizofrênicos como um sintoma desagradável. Na esquizofrenia a pessoa apresenta dificuldade de focar em apenas um estímulo recebido, ficando alerta a todos os estímulos, até mesmo a ruídos ambientais mais corriqueiros, o que contribui para sua desatenção em relação aos fatos a sua volta. Existe dificuldade em filtrar os estímulos sensoriais recebidos. A nicotina tem papel importante na melhora desse sintoma, o que contribui indiretamente para aumentar a atenção e a concentração (ADLER et al., 1993; DALACK; MEADOR-WOODRUFF, 1996; DALACK; HEALY; MEADOR-WOODRUFF, 1998; MCCLOUGHEN, 2003; CHEN et al., 2011; AUBIN et al., 2012).

Um dos motivos que contribui para a manutenção do tabagismo nos portadores de esquizofrenia é o alívio dos efeitos colaterais das medicações utilizadas. Acredita-se que os produtos decorrentes da combustão do tabaco induzem as enzimas hepáticas a aumentarem o metabolismo dos antipsicóticos. Como consequência, o esquizofrênico tabagista apresenta menor taxa de neurolépticos em sua corrente sanguínea se comparada às dos não tabagistas, necessitando de doses maiores de antipsicóticos para controle do quadro psiquiátrico. O aumento do metabolismo dos antipsicóticos é responsável pela diminuição dos efeitos colaterais, especialmente os parkinsonianos, e pela alteração da sintomatologia psiquiátrica, que pode se agravar (GOFF; HENDERSON; AMICO, 1992; DALACK; MEADOR-

WOODRUFF, 1996; DALACK; HEALY; MEADOR-WOODRUFF, 1998; MCCLOUGHEN, 2003; CHAVES; SHIRAKAWA, 2008; WINTERER, 2010).

Apesar de as motivações biológicas para o tabagismo ocorrerem em alta prevalência nos portadores de esquizofrenia e serem amplamente discutidas na literatura científica, tem-se reconhecido que as motivações pessoais do esquizofrênico para iniciar e manter o hábito são pouco discutidas. Alguns autores, ao pesquisarem as motivações de portadores de esquizofrenia para o tabagismo, encontraram motivações semelhantes às da população não psiquiátrica: alívio da tensão e da ansiedade, meio de se obter prazer, alternativa para ocupar o tempo ocioso. No caso do esquizofrênico, o tabagismo torna-se ainda mais importante, pois facilita algumas situações que são, no caso, sinônimos de limitações, como a interação social e a obtenção de prazer e satisfação (GLYNN; SUSSMAN, 1990; MCCLOUGHEN, 2003; LAWN; POLS; BARBER, 2004; ESTERBERG; COMPTON, 2005; RONDINA; GORAYEB; BOTELHO, 2007; BARR et al., 2008; KELLY et al., 2012).

De acordo com Dalack e Meador-Woodruff (1996), o tabagismo na esquizofrenia é considerado um dos principais problemas de saúde pública. Apesar de o pensamento desses autores ser relativamente antigo, ele tem-se mostrado extremamente atual, dado que os profissionais da saúde estão encontrando muita dificuldade para lidar com essa associação nos esquizofrênicos frente às políticas de restrição ao fumo.

Muitos são os motivos para desmotivar o início do tabagismo e para incentivar a sua cessação nos portadores de esquizofrenia, pois a dependência nicotínica representa para essa população mais um problema que requer dos profissionais atenção e condutas: 1) há interferência no tratamento farmacológico, com possível agravamento na sintomatologia do transtorno; 2) o tabagismo torna os esquizofrênicos mais vulneráveis a doenças crônicas (diabete, hipertensão, enfisema, doenças cardíacas, obesidade), podendo ocasionar mais sofrimento e limitações; 3) taxas de tentativa de suicídio são maiores nos tabagistas do que nos não tabagistas; 4) o tabagismo é um fator de risco para o desenvolvimento de discinesia tardia¹, o que justifica sua crescente associação com os altos índices de mortalidade nestes indivíduos (DALACK; HEALY; MEADRO WOODRUFF, 1998; MALBERGIER; OLIVEIRA JR, 2005; RATTO; MENEZES; GULINELLI, 2007; DIEHL et al., 2009; HAUSSWOLFF-HUHLIN et al., 2009).

É necessário ampliar o conhecimento sobre as associações existentes entre tabagismo e esquizofrenia nos mais diversos aspectos, a fim de se encontrarem novos caminhos para a

¹ Discinesia tardia - contrações musculares em decorrência de uso prolongado de neurolépticos. Afeta principalmente os músculos orofaciais e do tronco, podendo comprometer o sistema respiratório (CATALDO NETO; GAUER; FURTADO, 2003; DALGALARRONDO, 2008).

superação dessa realidade, pois o tabagismo interfere no seu tratamento, no cuidado prestado, na manutenção do quadro psiquiátrico, além de aumentar o risco para complicações orgânicas e mortes por causas naturais (MCCLOUGHEN, 2003; HAUSSWOLFF-JUHLIN et al., 2009).

2.2.2 Tabagismo e transtornos de ansiedade

A ansiedade está intimamente relacionada ao tabagismo, sendo a sua diminuição um dos principais motivos relatados pelos tabagistas para fumar. É associada também a maiores dificuldades para parar de fumar, com aumento do número de recaídas (ZVOLENSKY et al., 2007; GONZALEZ et al., 2009; COUGLE et al., 2010).

É intrigante observar na literatura científica o fato de a nicotina diminuir a ansiedade ao mesmo tempo em que aumenta a estimulação fisiológica, através do sistema adrenérgico. Esses dois possíveis efeitos da nicotina parecem ser contraditórios, o que tem levado os pesquisadores à realização de estudos sobre o real efeito da nicotina na ansiedade. Para tentar resolver esse impasse tem sido proposto que o efeito ansiolítico ou ansiogênico da nicotina depende das características de cada indivíduo e do contexto em que o tabagismo ocorre (KASSEL; UNROD, 2000; EVATT; KASSEL, 2010).

Kassel e Shiffman (1997) e Kassel e Unrod (2000) mostraram que o tabagismo apenas contribui para a redução da ansiedade quando ocorrem, concomitantemente, outras atividades de distração que ajudam o tabagista a esquecer aquilo que o estava tornando ansioso.

Estudos têm mostrado a elevada prevalência de tabagismo nos transtornos de ansiedade, podendo variar de acordo com o diagnóstico, embora a direção exata dessas associações não esteja totalmente esclarecida no meio científico (JOHNSON et al., 2000; LASSER et al., 2000; BRESLAU; NOVAK; KESSLER, 2004; MALBERGIER; OLIVEIRA JR., 2005; CALHEIROS; OLIVEIRA; ANDRETTA, 2006; RONDINA; GORAYEB; BOTELHO, 2007).

Lasser et al. (2000) realizaram um estudo entre 1991 e 1992 com uma amostra probabilística da população tabagista dos Estados Unidos (n= 4411), a partir de dados da Pesquisa Nacional de Comorbidades, e constataram as seguintes proporções de tabagistas para alguns dos transtornos de ansiedade: fobia social (35,9%), transtorno do pânico (35,9%), agorafobia (38,4%), fobia simples (40,3%), transtorno do estresse pós-traumático (45,3%) e transtorno de ansiedade generalizada (46%).

Há duas hipóteses principais na literatura científica sobre a associação entre tabagismo e os transtornos de ansiedade. A primeira diz respeito à ansiedade como fator preditivo para o

tabagismo devido à maior dificuldade em resistir à pressão dos colegas, à facilitação das interações sociais e ao efeito tranquilizante do tabaco quanto acompanhado de outra distração (KASSEL; SHIFFMAN, 1997; PATTON et al., 1998; SONNTAG et al, 2000; JOHNSON et al., 2000).

Na segunda hipótese, alguns pesquisadores acreditam que o tabagismo contribui para o desenvolvimento dos transtornos de ansiedade. Essa hipótese foi confirmada em estudos que mostram que o tabagismo é fator preditivo para o primeiro ataque de pânico, para o desenvolvimento do transtorno do pânico, de agorafobia e de transtorno de ansiedade generalizada (BRESLAU; KLEIN, 1999; JOHNSON et al., 2000; ISENSEE et al., 2003; GOODWIN; LEWINSOHN; SEELEY, 2005; BERNSTEIN et al., 2007). Assim é que, no estudo longitudinal de Johnson et al. (2000), foi mostrado que o tabagismo precede o desenvolvimento de alguns transtornos de ansiedade (transtorno do pânico, agorafobia e transtorno de ansiedade generalizada), porém a mesma associação não foi encontrada no transtorno obsessivo compulsivo e no transtorno de ansiedade social. Os autores não encontraram evidência que comprovasse a primeira hipótese (transtornos de ansiedade como fatores preditivos para o tabagismo).

O transtorno obsessivo compulsivo (TOC) parece ser o transtorno de ansiedade com menor prevalência de tabagismo tanto comparado com a população geral como com a população com os demais transtornos psiquiátricos. É caracterizado por atenção, preocupação e planejamento exagerados, que se traduzem em ideias obsessivas e comportamentos compulsivos. O indivíduo pode perceber seus pensamentos e comportamentos como desajustados, porém não consegue controlá-los, pois há sempre a necessidade de se evitar algum evento, mesmo que improvável (BEJEROT; HUMBLE, 1999; BEJEROT; KNORRING; EKSELIUS, 2000; OMS, 2000; RONDINA; GORAYEB; BOTELHO, 2007; SADOCK; SADOCK, 2007).

Os sintomas do TOC são devidos a uma hiperfunção da neurotransmissão no córtex frontal, ao contrário do que ocorre na esquizofrenia. Apesar de a nicotina apresentar efeito de automedicação nos esquizofrênicos ao aumentar a atividade no córtex frontal, isso não ocorre com os indivíduos com TOC, pois os sintomas causados pela hiperfrontalidade natural do transtorno são agravados com o uso da nicotina (BEJEROT; HUMBLE, 1999; BEJEROT; KNORRING; EKSELIUS, 2000; RONDINA; GORAYEB; BOTELHO, 2007).

Outra hipótese para a prevalência reduzida de tabagismo nos portadores de TOC é a preocupação com eventos adversos, como prejuízos físicos, acidentes, seu senso de

responsabilidade e sobriedade (BEJEROT; HUMBLE, 1999; RONDINA, GORAYEB; BOTELHO, 2007).

2.2.3 Tabagismo e transtorno bipolar

Há poucas pesquisas realizadas sobre tabagismo e transtorno bipolar, principalmente sobre as estratégias de cessação do consumo de tabaco em seus portadores. Grande parte dos estudos sobre tabagismo e transtornos psiquiátricos coloca o transtorno bipolar como critério de exclusão, devido à complexidade de sua associação com o tabagismo e às grandes limitações encontradas no tratamento da dependência, pois a administração de antidepressivo, comumente utilizada nestas situações, pode precipitar o episódio maníaco (WAXMONSKY et al., 2005; OSTACHER et al., 2006; HALL; PROCHASKA, 2009; DODD et al., 2010).

Pesquisas realizadas vêm mostrando alta prevalência de tabagismo nos portadores de transtorno bipolar (43% a 82%), com consequente aumento do número de mortes por causas naturais nessa população. Algumas características do transtorno bipolar estão associadas ao tabagismo, como a rápida mudança entre os pólos de mania e depressão, a presença de sintomas psicóticos, estando a severidade desses sintomas associada à severidade da dependência nicotínica, à maior agitação e irritabilidade, à alta prevalência de consumo de álcool e outras substâncias de abuso e à história de tentativa de suicídio. Portanto, o tabagismo no transtorno bipolar parece estar associado a sua maior gravidade, com pouco controle dos episódios de alteração de humor. Uma possível explicação para o agravamento do quadro sintomatológico é a interferência do tabaco na ação medicamentosa.

O suicídio é uma das maiores preocupações decorrentes da associação entre tabagismo e transtorno bipolar. Acredita-se que isso ocorra, pois os portadores de transtorno bipolar comumente têm traços de agressividade e impulsividade que os predispõem a tornarem-se tabagistas, a fazerem uso de álcool e outras substâncias e a realizarem tentativa de suicídio.

Não se sabe ao certo qual o impacto da cessação do tabagismo no curso do transtorno bipolar, porém acredita-se que a abstinência nicotínica está associada ao agravo nos episódios de mania e depressão, com aumento da irritabilidade (BENAZZI, 1989; PROCHASKA; GILL; HALL, 2004; SCHNECK et al., 2004; WAXMONSKY et al., 2005; OSTACHER et al., 2006; DODD et al., 2010; KREININ et al., 2012).

Os profissionais da saúde precisam estar atentos à presença de tabagismo nos portadores de transtorno bipolar, encontrando meios de ajudá-los a abandonar o tabagismo sem agravar ainda mais a apresentação do transtorno, considerando que o tabagismo está

associado ao pior prognóstico do transtorno e ao aumento das ideações e tentativas de suicídio. Do mesmo modo, os profissionais devem atentar para os adolescentes portadores do transtorno, visto que o fato de ser adolescente e ter transtorno bipolar são fatores de risco para o início do tabagismo (WAXMONSKY et al., 2005; BERK et al., 2008; WILENS et al., 2008; OSTACHER et al., 2009; DODD et al., 2010; GUTIÉRREZ-ROJAS; JURADO; GURPEGUI, 2011).

2.2.4 Tabagismo e transtornos depressivos

As pesquisas realizadas sobre a associação entre tabagismo e transtornos mentais vêm dando destaque especial àquela entre tabagismo e depressão (GLASSMAN et al., 1990; LASSER et al., 2000; HUSKY et al., 2008; COOK et al., 2010).

Murphy et al. (2003) realizaram uma pesquisa em que foi avaliada a prevalência de tabagismo na população a partir de três amostras selecionadas, em três períodos diferentes (1952, 1970 e 1992). Foi possível constatar que, em 1952 e 1970, não houve indicativo de associação significativa entre tabagismo e depressão, enquanto em 1992 essa associação foi evidenciada com uma prevalência de tabagismo nos indivíduos com depressão correspondente a três vezes a prevalência de depressão na população não fumante.

De acordo com Murphy et al. (2003) e Malbergier e Oliveira Jr (2005), os resultados do estudo podem ser compreendidos ao se entender que, conforme a população foi sendo conscientizada sobre os malefícios do cigarro à saúde, ao longo dos anos, e as estratégias terapêuticas foram se tornando mais eficazes, houve diminuição do tabagismo na população geral, o que tornou mais notória e preocupante a alta prevalência de tabagismo nos indivíduos com depressão, o que antes não era evidenciado.

Apesar de essa relação entre depressão e tabagismo ser muito discutida no meio científico, não existe ainda consenso entre os pesquisadores, de modo que, ao longo dos últimos anos, foram formuladas várias hipóteses para tentar explicá-la, o que certamente limita o planejamento de estratégias para a diminuição da prevalência de tabagismo nessa população.

De acordo com Leonard et al. (2001) e Lawrence, Mitrou e Zubrick (2009), apesar de os fatores envolvidos na associação entre tabagismo e transtornos mentais não serem totalmente conhecidos, a associação não é de todo surpreendente, considerando-se que a nicotina age no sistema nervoso central, podendo influenciar muitas de suas funções.

A nicotina exerce um papel importante na depressão, pois influencia o processo de alteração do humor, gerador de sofrimento. O indivíduo, ao ter conhecimento dos efeitos do tabaco na sintomatologia da depressão, está mais propenso a iniciar o tabagismo e, uma vez iniciado, ao perceber esses efeitos no seu próprio quadro sintomatológico, resiste em aderir a estratégias para parar de fumar. Assim, acredita-se que a forte associação entre depressão e tabagismo, de modo especial na adolescência, está relacionada a uma tentativa de diminuir os sintomas depressivos (ZIEDONIS et al., 2008; FUCITO; JULIANO, 2009; LAWRENCE; MITROU; ZUBRICK, 2009).

Esse alívio dos sintomas depressivos a partir do tabagismo é explicado pela hipótese de a automedicação ser vista pelos indivíduos portadores de depressão, principalmente aqueles que não aderem ao tratamento, como um dos meios mais acessíveis para o controle dos sintomas (MALBERGIER; OLIVEIRA JR, 2005; ZIEDONIS et al., 2008; LAWRENCE; MITROU ; ZUBRICK, 2009). A anedonia, por exemplo, ocorre na depressão devido a uma diminuição na função do sistema mesolímbico dopaminérgico, responsável pela sensação de prazer, o que é revertido com a nicotina já que ela aumenta a atividade da dopamina. Portanto, a nicotina mascara os sintomas da depressão e quando o indivíduo encontra-se em abstinência esses sintomas retornam, predispondo-o a recaídas (COOK et al., 2010).

De acordo com Murphy et al. (2003), Malbergier e Oliveira Jr (2005), Husky et al. (2008), Fucito e Juliano (2009) e Lawrence, Mitrou e Zubrick (2009), as pessoas com depressão, devido ao humor negativo, são mais propensas a começar a fumar, a manter o hábito e menos propensas a cessá-lo do que as demais pessoas. Reconhece-se ainda que a interrupção do tabagismo pode precipitar sintomas depressivos, de modo especial nos indivíduos com história prévia de depressão.

Segundo Castro et al. (2008) e Husky et al. (2008), a associação entre tabagismo e depressão é mais frequente nas mulheres devido ao fato de os afetos negativos, característicos da depressão, estarem mais presentes no sexo feminino. Acredita-se que entre as mulheres a fissura pelo tabaco está mais associada ao reforço negativo do que ao reforço positivo, pois fumam mais para evitar os sintomas desagradáveis da depressão e da abstinência do que para obter prazer.

Outra hipótese no meio científico acredita que o tabagismo, após um período longo, predispõe ao desenvolvimento da depressão, o que ocorreria devido às alterações neurofisiológicas (MALBERGIER; OLIVEIRA JR., 2005; KLUNGSOYR et al., 2006; STEUBER; DANNER, 2006; ZIEDONIS et al., 2008). Entretanto Rodriguez, Moss e Audrain-Mcgovern (2005) acreditam que o tabagismo pode tanto aliviar os sintomas

depressivos como predispor a eles, o que varia de acordo com cada indivíduo e indica que a etiologia dessa associação é heterogênea.

Outros estudiosos afirmam que fatores genéticos e ambientais em comum podem predispor o indivíduo a tornar-se tabagista e a desenvolver depressão (MURPHY et al., 2003; ZIEDONIS et al., 2008).

Ziedonis et al. (2008) consideram que os pesquisadores até o momento apenas começaram a entender algumas das associações entre depressão e tabagismo, sendo necessário ainda investigar essa relação a partir dos múltiplos aspectos. Embora haja muito a ser estudado sobre a associação entre tabagismo e depressão, é fato que, quando eles ocorrem concomitantemente, a qualidade e a quantidade de vida são duplamente prejudicadas e postas em risco (MURPHY et al., 2003).

2.2.5 Tabagismo e transtornos da personalidade

Os transtornos de personalidade são caracterizados por alterações significativas no comportamento e nas emoções, podendo haver prejuízo da percepção, do pensamento e das relações sociais. Nos transtornos de personalidade ocorre exacerbação de traços de personalidade considerados normais, caracterizando os diferentes transtornos: Transtorno de personalidade paranóica, esquizóide, dissocial, com instabilidade emocional (borderline), histriônica, anancástica, ansiosa e dependente (OMS, 2000; SADOCK; SADOCK, 2007).

Pesquisas vêm indicando prevalência elevada de uso de substâncias psicoativas em indivíduos com transtornos de personalidade, especialmente nos de instabilidade emocional (borderline), dependente e dissocial. Porém, há pouco conhecimento sobre a relação entre tabagismo e esses transtornos (BLACK; ZIMMERMAN; CORYELL, 1999; PULAY et al., 2010; ZVOLENSKY et al., 2011).

As pesquisas sobre tabagismo e transtornos de personalidade apresentam algumas limitações importantes, como a ausência de realização dos estudos em amostras representativas e dúvida quanto à aparente alta prevalência de tabagismo nessa população, pois não se sabe se ela é devida apenas à maior predisposição para a dependência nicotínica ou se há interferência de outros fatores, como co-ocorrência de transtornos ansiosos, depressivos e uso de álcool e drogas ilícitas (ZVOLENSKY et al., 2011).

Zvolensky et al. (2011) realizaram um estudo com uma amostra (n= 43.083) da população dos Estados Unidos e constataram haver relação entre tabagismo e todos os tipos de transtornos de personalidade, especialmente os transtornos de personalidade dependente e

dissocial. Os autores mostraram que 63% dos indivíduos com transtorno de personalidade dissocial e 49% dos indivíduos com transtorno de personalidade dependente tinham dependência nicotínica.

Pulay et al. (2010) analisaram as correlações entre tabagismo e transtornos de personalidade com controle das variáveis de confusão (dados sociodemográficos, demais transtornos mentais) na população dos Estados Unidos e constataram que apenas os transtornos de personalidade esquizóide, borderline, narcisística e obsessivo compulsivo tinham associação estatisticamente significativa com o tabagismo. Não se sabem ao certo os motivos existentes para a associação entre tabagismo e transtornos de personalidade, porém acredita-se que algumas vulnerabilidades biológicas, comuns a outros transtornos mentais, podem ser responsáveis pelos efeitos benéficos do tabagismo nesses indivíduos, o que motiva o início e a manutenção do hábito.

Os transtornos de personalidade borderline e narcisística são acompanhados por sintomas de depressão, ansiedade, irritabilidade, instabilidade emocional, agressão e hostilidade, causados por falha na transmissão do sistema acetilcolinérgico. A nicotina melhora esses sintomas ao incrementar o processo de transmissão da acetilcolina, motivando o tabagismo nesses transtornos de personalidade. O transtorno de personalidade esquizóide é beneficiado com a nicotina por ela aumentar a transmissão de dopamina, que melhora os processos cognitivos. O transtorno de personalidade obsessivo-compulsivo é beneficiado à medida que a nicotina interfere no sistema colinérgico que, por sua vez, interfere no sistema serotoninérgico responsável pela origem dos sintomas desse transtorno (CROWELL; BEAUCHAINE; LINEHAN, 2009; PULAY et al., 2010).

Apesar de os estudos mostrarem alta prevalência de tabagismo nos indivíduos com transtornos de personalidade, são poucas as pesquisas empíricas que abordam esse fenômeno. Portanto os achados na literatura científica são escassos, o que limita o planejamento de abordagens para diminuir a prevalência de tabagismo nessa população.

2.2.6 Tabagismo e internação psiquiátrica

Os fatores preditivos para o tabagismo, relacionados às características das unidades de internação psiquiátrica, podem estar relacionados ao grande número de tabagistas nesses ambientes, ao isolamento decorrente da internação, ao maior tempo ocioso associado à ausência de prejuízos físicos para fumar e à própria cultura de tabagismo associada ao hospital psiquiátrico (KEIZER; DESCLOUX; EYTAN, 2009).

Autores como Masterson e O'Shea (1984), Lyon (1999) e McCloughen (2003) vêm argumentando contra a evidência da influência da internação psiquiátrica nas altas taxas de tabagismo na população com transtornos mentais. Os autores acreditam que, por ser a esquizofrenia o transtorno com prevalência mais elevada de tabagismo, a variável internação pode não explicar essa associação, pois os indivíduos com os demais transtornos também são submetidos a esse mesmo processo.

No entanto, ao olhar para a realidade do Brasil, pelas estatísticas nacionais, percebe-se que as internações psiquiátricas podem ter papel importante na alta prevalência de tabagismo na população psiquiátrica, pois a esquizofrenia, ao mesmo tempo que apresenta a mais alta prevalência de tabagismo também é o transtorno que apresenta maior número de internações. Consulta realizada na base de dados do DATASUS mostrou que no ano de 2010 o maior número de internações psiquiátricas (35,5%) deveu-se a “Esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e delirantes”, sendo o terceiro transtorno de maior média de permanência hospitalar (BRASIL, 2010c).

O fato de permitir e apoiar a continuação dessa cultura tabagística nos ambientes de internação psiquiátrica revela, por parte dos profissionais, uma omissão de cuidados, pois, embora reconheçam os prejuízos causados, consideram mais fácil compactuar com essa prática em vez de enfrentar essa cultura por meio de planejamento de estratégias.

Esse comportamento está também relacionado a algumas crenças a respeito do tabagismo nos portadores de transtornos mentais, como o aumento do estresse e exacerbação dos sintomas psiquiátricos com a retirada do tabaco, baixa motivação da equipe no planejamento de estratégias ao reconhecer as altas taxas de recaídas nessa população e por acreditar também que o tabagismo não se encontra entre as preocupações prioritárias durante o processo de internação (KEIZER; EYTAN, 2005; KEIZER; DESCLOUX; EYTAN, 2009).

De acordo com Keizer e Eytan (2005), existe por parte dos pacientes e dos profissionais consenso de que o momento da internação psiquiátrica não é o mais oportuno para o início de estratégias de redução do tabagismo devido à apresentação aguda dos sintomas psiquiátricos. Apesar da opinião dos profissionais e dos pacientes, Keizer e Eytan (2005), Etter, Khan e Etter (2008) e Keizer, Descoux e Eytan (2009) acreditam que a internação psiquiátrica deve ser vista pelos profissionais como momento oportuno e ideal para essa prática, considerando-se que muitos desses ambientes já são constituídos por restrições ao fumo e que, somado ao apoio recebido pela equipe, poderia auxiliar na conscientização e motivação para abandonar o hábito.

Deve-se considerar ainda que muitos pacientes psiquiátricos nunca vão procurar ajuda espontaneamente para parar de fumar, sendo a internação um momento de oportunidades, quando podem se envolver com mais facilidade com essas estratégias. De acordo com Cataldo (2001), as intervenções para parar de fumar na população psiquiátrica têm mais sucesso quando são iniciadas durante a internação psiquiátrica.

Apesar de serem reconhecidas as dificuldades que os portadores de transtornos mentais têm para deixar de fumar, deve-se considerar que a cessação do tabagismo é um processo com diferentes estágios e que somente ocorrerá se houver sucessivas tentativas. Talvez para os portadores de transtornos mentais o objetivo primeiro não seja o abandono do tabagismo, mas sim a sua redução, o que pode ser encarado como algo mais possível. As estratégias de redução podem aumentar a motivação para o abandono do hábito (LAWN, 2004; KEIZER; DESCLOUX; EYTAN, 2009).

A cessação do tabagismo é um processo lento que requer mais tempo do que as internações proporcionam. Ao aumentar a convicção da equipe de que seus esforços constantes são significativos e que eles aumentam a possibilidade de os pacientes pararem de fumar mais tarde, pode-se ajudar a reconsiderar recaídas como parte de uma sequência de eventos que vão ser bem sucedidas em longo prazo (KEIZER; DESCLOUX; EYTAN, 2009, p.122, tradução nossa).

De acordo com a revisão da literatura científica realizada por El-Guebaly et al. (2002), as restrições parciais e totais do tabagismo durante a internação psiquiátrica não apresentam impacto na cessação de tabagismo dessa população, contribuindo, inclusive, para diminuir as motivações para parar de fumar. Resultados semelhantes foram encontrados no estudo de Etter e Etter (2007) que, após a implantação de restrições parciais em um hospital psiquiátrico da Suíça, não encontraram aumento no número de tentativas para parar de fumar.

No entanto, Etter, Khan e Etter (2008) realizaram um estudo comparando os resultados obtidos a partir da implantação das restrições parciais e os resultados obtidos após a implantação de restrições totais ao tabagismo no mesmo serviço psiquiátrico, sendo o fumo permitido apenas do lado de fora da unidade. Os autores constataram que após a restrição total do tabagismo houve um aumento significativo na proporção de tabagistas motivados a parar de fumar (18%), o que não ocorreu quando houve a implantação da restrição parcial (apenas 2%). Esse sucesso na implantação da restrição total do tabagismo parece estar associado ao fato de que houve concomitantemente um aumento na prescrição de medicamentos para controle da abstinência para os pacientes motivados a parar de fumar, o que certamente contribuiu para o sucesso dessa intervenção.

Na pesquisa realizada por Etter e Etter (2007) foi mostrado que 87% dos participantes (equipe e pacientes) eram contra a restrição total do tabagismo. No trabalho realizado após a implantação dessa medida, os participantes demonstraram aceitação das restrições, porém relataram preferência pela proibição parcial (ETTER; KHAN; ETTER, 2008). Tanto a implantação da restrição parcial quanto a implantação da restrição total não prejudicaram o relacionamento entre os pacientes e a equipe.

Keizer, Descloux e Eytan (2009) realizaram uma pesquisa em uma unidade psiquiátrica para comparar as características do tabagismo em dois momentos: em 2001 quando não havia qualquer restrição ao fumo na referida unidade e em 2005 quando já haviam sido implementadas algumas restrições como criação de sala própria para os fumantes com sistema de ventilação instalado, pastilhas de nicotina para os pacientes que necessitavam ficar em reclusão sem acesso à sala de fumo e, para a equipe, a única possibilidade era fumar do lado de fora do hospital. Os pesquisadores constataram que, de 2001 a 2005, com a implementação das restrições houve mudanças nas atitudes dos pacientes em relação ao tabagismo. Em 2001, após três dias de internação, era evidente o aumento do consumo do número de cigarros; já em 2005, após três dias de internação, foi notado decréscimo desse consumo.

De acordo com o estudo, os principais motivos referidos pelos pacientes para diminuir o fumo foram as restrições impostas, como precisar se dirigir à sala específica para fumar, não sendo esta dotada de muito conforto, a falta de cigarro, o resultado do tratamento, a diminuição da tensão, a ausência no hospital de alguns hábitos que influenciam o tabagismo (álcool, saídas) e o respeito que perceberam precisar ter pelos demais, podendo-se concluir que o tabagismo está intimamente relacionado aos hábitos de vida.

Para os pacientes do referido estudo, o hospital influencia o tabagismo e essa percepção não foi alterada comparando o ano de 2001 e o ano de 2005, mesmo após as restrições estabelecidas. Foi constatado que as percepções dos pacientes e da equipe a respeito do tabagismo diferiram em relação à influência do hospital no aumento do tabagismo, pois os pacientes tiveram uma percepção mais negativa do hospital ao influenciar esse hábito enquanto a equipe negou essa influência. Torna-se mais difícil o planejamento de estratégias de combate ao tabagismo quando a percepção da equipe e dos pacientes a respeito desse fenômeno é diferente.

Um dado também importante dessa pesquisa deu-se em relação à vontade de parar de fumar, percebida nos pacientes em 2005, após as medidas de restrição ao tabagismo no

ambiente hospitalar. Acredita-se que as restrições contribuíram para uma maior reflexão a respeito dos benefícios de cessar o tabagismo.

Estudo realizado por Shmueli et al. (2008) constatou que, em uma unidade de internação psiquiátrica da cidade de São Francisco, estado da Califórnia (Estados Unidos), com restrição total do tabagismo, não foi encontrada mudança na motivação para parar de fumar no momento da alta hospitalar, porém houve mudança na percepção e na motivação para tentativas futuras, pois os pacientes relataram sentirem-se mais confiantes para tentar parar de fumar e relataram terem descoberto que ficar sem o cigarro é menos difícil do que eles imaginavam antes de passarem pela experiência da restrição total durante a internação. Os achados desse estudo parecem estar relacionados à reposição da nicotina, pois os pacientes que foram submetidos a esse tratamento mostraram mudanças positivas na percepção sobre a cessação do tabagismo.

Shmueli et al. (2008) constataram que 100% dos participantes voltaram a fumar após a alta hospitalar, porém houve redução na média de cigarros fumados. Resultado positivo da restrição total implantada na unidade de internação psiquiátrica de São Francisco é que 48% dos participantes tentaram parar de fumar após a alta hospitalar, apesar de no momento da alta não ter sido encontrada motivação para parar de fumar. Isso torna evidente que a internação psiquiátrica é um momento oportuno para o início do tratamento do tabagismo, sendo considerada apenas o primeiro passo que ajuda o paciente a descobrir que suas potencialidades não são restritas ao tabagismo, havendo para sua vida muitas motivações que vão além desse hábito.

2.2.7 Cuidado de enfermagem, tabagismo e transtornos mentais

Por muitos anos, foi prática nas instituições psiquiátricas o tabagismo como uma das ferramentas do cuidado de enfermagem, visto que o cigarro era oferecido aos pacientes internados a fim de controlar o seu comportamento, prevenir atitudes agressivas e incentivar a adesão ao tratamento medicamentoso, ideias ainda hoje presentes em alguns desses serviços (MCCLOUGHEN, 2003; LAWN; CONDON, 2006; SOLWAY, 2009; GREEN, 2010).

Atualmente, apesar de os prejuízos físicos, emocionais e sociais do tabagismo na vida dos portadores de transtornos mentais serem reconhecidos no meio científico, pouco vem sendo discutido sobre como a enfermagem pode lidar com essa realidade.

Estudiosos do tema reconhecem que a enfermagem é a profissão em posição mais privilegiada para abordar essa temática junto aos pacientes psiquiátricos, pois, o cuidado

direto, o relacionamento terapêutico, a abordagem compreensiva, a sua capacidade de comunicação com os demais membros da equipe multidisciplinar e o acesso aos registros do paciente, tudo isso pode auxiliar o indivíduo a encontrar, nele mesmo, recursos para enfrentar as limitações do transtorno mental e da dependência nicotínica (CATALDO, 2001; MCCLOUGHEN, 2003; WALLACE-BELL, 2003; LAWN; CONDON, 2006; RICE; STEAD, 2006; O'DONOVAN, 2009; GREEN, 2010).

No cuidado de enfermagem em psiquiatria algumas ações são importantes na abordagem dos tabagistas, como o conhecimento da história do tabagismo (tentativas anteriores para parar de fumar, motivos das recaídas, recursos encontrados para superar os períodos de abstinência), o grau da dependência nicotínica, as motivações e as barreiras para parar de fumar. Essa abordagem com o paciente psiquiátrico pode orientar o planejamento do cuidado de enfermagem individualizado.

É importante ainda que o enfermeiro pesquise a ocorrência de dependência de outros tipos de drogas e que faça uma avaliação física do portador de transtorno mental, de modo a identificar as alterações físicas relacionadas ao aumento de morbidade e mortalidade nessa população. A enfermagem precisa também conhecer os efeitos da abstinência do tabaco, que podem ser confundidos durante a internação com os sintomas do quadro psiquiátrico apresentado (ZIEDONIS; GEORGE, 1997; CATALDO, 2001; MCCLOUGHEN, 2003; WALLACE-BELL, 2003).

Apesar de a enfermagem ocupar posição privilegiada no cuidado aos pacientes psiquiátricos, o que pode favorecer a abordagem do tabagismo, ela encontra algumas barreiras que limitam suas ações na prática. Uma das principais diz respeito à falta de apropriação de conhecimento, evidenciada pela ausência de publicações nacionais sobre o assunto e pela escassez de publicações internacionais que priorizam a discussão dos aspectos neurobiológicos em vez das implicações e possíveis intervenções de enfermagem.

As demais barreiras reconhecidas são a crença de que o paciente psiquiátrico não tem motivação para parar de fumar e de que a cessação do tabagismo não se encontra entre as prioridades de abordagem; a crença de que o tabagismo favorece a relação profissional-paciente, o receio em tirar um dos poucos prazeres que o portador de transtorno mental experimenta em seu cotidiano, o receio em aumentar o estresse do paciente, a falta de tempo e de confiança em seu potencial profissional para esse tipo de abordagem, subestimando os preceitos da profissão e colocando-se no papel de simples cumpridor das ordens dos profissionais médicos (SARNA et al., 2001; GOMM et al., 2002; MCCLOUGHEN, 2003; LAWN; CONDON, 2006; ESSENMACHER et al., 2008; O'DONOVAN, 2009).

Outra grande barreira diz respeito ao tabagismo em relação aos enfermeiros que atuam nos serviços psiquiátricos. Reconhece-se que a prevalência de tabagismo em enfermeiros psiquiátricos é superior à prevalência de tabagismo nos enfermeiros das demais especialidades, o que pode estar relacionado à maior acessibilidade ao cigarro, à permissividade do hábito no ambiente de trabalho, à crença do tabagismo como automedicação e ao estresse decorrente do trabalho. O fato de o enfermeiro ser tabagista limita sua percepção a respeito das implicações do tabagismo nos portadores de transtornos mentais e a abordagem dessa problemática (SARNA et al., 2001; WALLACE-BELL, 2003; BRAUN et al., 2004; LAWN; CONDON, 2006; ESSENMACHER et al., 2008; O'DONOVAN, 2009; SARNA et al., 2009; GREEN, 2010).

As limitações da percepção dos enfermeiros tabagistas sobre o tabagismo nos pacientes foram mostradas no trabalho de O'Donovan (2009), que, ao pesquisar uma amostra de 301 enfermeiros, constatou que a maioria dos enfermeiros tabagistas (47,4%) atuavam na área de psiquiatria. Dentre os não tabagistas, 89% concordaram com o grave risco à saúde representado pelo tabagismo, enquanto 65% dos enfermeiros tabagistas concordaram com essa afirmação. Dos não tabagistas, 53% acreditavam que o fim do hábito poderia representar uma ajuda à pessoa para viver mais e melhor, enquanto 35% dos enfermeiros tabagistas concordaram com essa afirmação.

É reconhecida a importância de se educarem os profissionais de enfermagem sobre os diversos aspectos do tabagismo em sua própria vida e na vida dos pacientes que recebem seus cuidados. Pesquisas têm demonstrado que a atitude que a equipe de enfermagem tem, diante das questões relacionadas ao tabagismo nos serviços de psiquiatria, influencia muito a percepção dos pacientes a respeito do tabagismo e a sua motivações para abandonar o hábito (DICKENS; STUBBS; HAW, 2004; BLOOR; MEESON; CROME., 2006; KEIZER; DESCLOUX; EYTAN, 2009; SARNA et al., 2009).

Uma das alternativas que vem sendo utilizada em alguns serviços de psiquiatria é a restrição ao tabagismo, de forma a motivar tanto os profissionais como os pacientes a deixarem de fumar. No entanto, para que a restrição ao tabagismo ocorra de modo eficaz é necessária a participação efetiva da enfermagem no planejamento dessas políticas, visto que essa adesão vem sendo difícil devido ao grande número de profissionais de enfermagem tabagistas. Quando os profissionais não aceitam e não participam do planejamento dessas estratégias de restrição, os resultados são pouco satisfatórios (STUBBS; HAW; GARNER, 2004; BLOOR; MEESON; CROME., 2006).

O conhecimento sobre as questões envolvidas na associação entre tabagismo e transtornos mentais é fundamental para instrumentalizar os enfermeiros no planejamento de estratégias para combater o tabagismo, de modo a enfrentarem a cultura existente, o estigma e as percepções pessoais sobre esse fenômeno, o que limita a abordagem dos profissionais. O grande desafio é fazer com que a abordagem ao tabagista faça parte do cotidiano do cuidado de enfermagem, sendo oferecida a todos os pacientes psiquiátricos a oportunidade de refletir sobre o tabagismo em sua vida e sobre sua real disposição para receber ajuda para abandonar o hábito (MCCLOUGHEN, 2003; RICE; STEAD, 2006; ROBSON; GRAY, 2007; GREEN, 2010).

2.2.8 Dificuldades para cessar o tabagismo na população psiquiátrica

Um dos grandes problemas relacionados ao tabagismo nos transtornos mentais diz respeito ao número elevado de óbitos nessa população por condições comuns, como doenças cardiovasculares, respiratórias e câncer, sendo o tabagismo considerado fator de risco (HALL; PROCHASKA, 2009; HAUSSWOLFF-JUHLIN et al., 2009; LAWRENCE; MITROU; ZUBRICK, 2009).

Segundo Lawrence, Mitrou e Zubrick (2009), a diferença significativa da mortalidade pelo tabaco, entre a população psiquiátrica e a população não psiquiátrica, torna evidente que os esforços para reduzir o tabagismo, como aumento do preço, proibição de propagandas, esclarecimento sobre os efeitos à saúde, educação da população jovem e restrição do fumo em ambientes coletivos, são menos eficazes nos portadores de transtornos mentais.

Ziedonis et al. (2008) e Lawrence, Mitrou e Zubrick (2009) acreditam que, devido ao fato de alguns transtornos psiquiátricos diminuírem a capacidade de tomada de decisão, o aumento do preço do cigarro por si só não garante aumento da motivação para parar de fumar, sendo os portadores e seus familiares ainda mais penalizados, já que buscarão todas as formas possíveis para angariar fundos para a manutenção do tabagismo.

Quanto à proibição do fumo em ambientes coletivos, essa estratégia parece ser mais prejudicial aos portadores de transtornos mentais, pois, como já se sentem marginalizados, a proibição do fumo em ambientes coletivos contribui para aumentar o isolamento social. Em relação à conscientização sobre os malefícios, deve-se considerar que essa medida é de pouca eficácia, principalmente nos transtornos mentais relacionados ao aumento de comportamento de risco, já que muitos sentem a vida comprometida, atribuindo-lhe pouco valor, não sendo o

conhecimento dos malefícios à saúde motivo forte o suficiente para motivar o abandono do hábito (MURPHY et al., 2003; LAWRENCE; MITROU; ZUBRICK, 2009).

Lawrence, Mitrou e Zubrick (2009) afirmam que talvez a estratégia mais importante e motivadora para os portadores de transtornos mentais seja ensinar como a cessação do tabagismo pode melhorar a saúde mental, amenizando a sintomatologia do transtorno psiquiátrico, em vez de apenas mostrar os benefícios para a saúde física com a cessação do hábito.

O Departamento de Saúde e Recursos Humanos dos Estados Unidos publicou em 2000 um guia sobre o tratamento do tabagismo que propõe a utilização de intervenções breves para abordar os pacientes tabagistas. As intervenções breves foram pensadas para a abordagem feita por profissionais que têm contato com um grande número de pacientes, porém que encontram limitação de tempo em sua prática cotidiana, como o caso dos enfermeiros. As intervenções breves têm o objetivo de identificar todo paciente tabagista, oferecendo-lhe suporte para abandonar o hábito, o que pode ser uma importante ferramenta para o cuidado a pacientes psiquiátricos (FIORI et al., 2000).

Na intervenção breve são reconhecidos três tipos de pacientes que requerem abordagem: 1) Tabagista disposto a abandonar o hábito, 2) Tabagista não disposto a abandonar o hábito e 3) Ex-tabagistas que pararam recentemente. A abordagem aos tabagistas dispostos a abandonar o hábito é conhecida como “5 As para a Intervenção breve” que deve ocupar não mais de três minutos do tempo do profissional.

A abordagem dos 5 As deve ser composta pelas seguintes ações: 1) Perguntar sobre o uso de tabaco (Ask) – Todo paciente deve ter seu status de tabagista (tabagista atual, ex-tabagista, não tabagista) identificado e documentado; 2) Aconselhar o abandono do tabagismo (Advise) – aconselhar todo tabagista a abandonar o hábito; 3) Avaliar a motivação para tentar abandonar o tabagismo (Assess) - Deve-se avaliar a motivação do tabagista para abandonar o hábito em um período de 30 dias a partir da data da abordagem; 4) Ajudar na tentativa de abandono do tabagismo (Assist) – elaborar com o paciente um plano para a tentativa de abandono do tabagismo, determinar uma data, proporcionar aconselhamentos práticos (o que fazer para diminuir a abstinência), enfatizar a importância do suporte social, encaminhar para prescrição farmacológica se necessário; 5) Combinar um acompanhamento (Arrange) – agendar um contato (pessoal ou por telefone) com o paciente na primeira semana de abstinência.

Para aqueles pacientes não motivados a abandonar o tabagismo a intervenção breve deve ser feita com o objetivo de promover a motivação para parar de fumar. Trata-se de uma

oportunidade para educar, tranquilizar e motivar o tabagista a abandonar o hábito por meio de uma intervenção construída em torno dos “5 Rs”: 1) Relevância/importância de se abandonar o tabagismo (Relevance) – motiva-se o paciente a refletir sobre a importância de se abandonar o tabagismo; 2) Riscos (Risks) – motiva-se o paciente a relatar e refletir sobre os prejuízos que o tabagismo causa para ele. No caso dos pacientes psiquiátricos, a maior ênfase deve ser dada nos prejuízos na apresentação do quadro psiquiátrico e não apenas nos malefícios à saúde física; 3) Benefícios (Rewards) – motivar o paciente a refletir sobre os benefícios que o fim do tabagismo pode trazer; 4) Bloqueios (Roadblocks) – pedir para o paciente indicar quais barreiras dificultam que ele abandone o tabagismo; 5) Repetição (Repetition) – a intervenção motivacional deve ser realizada a cada contato com o paciente. Tabagistas que em tentativas anteriores para abandonar o hábito tiveram recaída devem ser orientados sobre esse aspecto que já é esperado na maioria dos casos.

Não existem na literatura científica estratégias bem definidas para diminuir a prevalência de tabagismo na população psiquiátrica, devido à dificuldade reconhecida e aos preconceitos que cercam esse fenômeno. As intervenções breves, propostas pelo Departamento de Saúde e Recursos Humanos dos Estados Unidos, apesar de não terem sido elaboradas especificamente para os pacientes psiquiátricos, podem ser uma ferramenta importante para os profissionais que atuam nos serviços de psiquiatria, pois permitem que todos os tabagistas sejam reconhecidos e a eles dada a oportunidade de ter esse hábito abordado (FIORI et al., 2000).

3 OBJETIVO

3.1 OBJETIVO GERAL

Identificar o grau de dependência do tabaco entre portadores de transtorno mental, internados em unidade psiquiátrica de um hospital geral, correlacionando estes índices com os indicadores clínicos e o sentido para o usuário, especialmente para os portadores de esquizofrenia.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar o perfil dos portadores de transtorno mental tabagistas, internados em unidade psiquiátrica de um hospital geral, comparando-o com o de não tabagistas;

- Identificar o grau de dependência nicotínica nos portadores de transtorno mental, internados em hospital geral, comparando-o com as variáveis associadas aos diferentes transtornos;

- Identificar o sentido atribuído ao tabagismo pelos portadores de transtorno mental internados;

- Correlacionar as variáveis associadas ao tabagismo, o grau de dependência nicotínica e o sentido para o portador de transtorno mental entre os diferentes transtornos mentais, especialmente para a esquizofrenia.

4 METODOLOGIA

4.1 TIPO DE ESTUDO

Considerando que a realidade não pode ser compreendida em sua totalidade, a ciência se utiliza de diferentes recortes metodológicos para compreender os fenômenos. Cada recorte metodológico traz consigo uma visão parcial e diferente de mundo e a sua escolha para responder a um determinado problema de pesquisa depende da concepção de realidade de cada pesquisador (VICTORA, 2000; POUPART et al., 2008).

A metodologia quantitativa, por exemplo, é inspirada na filosofia determinista e se baseia no paradigma positivista com valorização da objetividade, da mensuração das variáveis, do raciocínio hipotético-dedutivo (verificação teórica) e da generalização dos resultados. A metodologia qualitativa, por sua vez, é baseada no paradigma naturalístico com valorização da subjetividade, da profundidade e da compreensão do sentido dos fenômenos com priorização do raciocínio indutivo (TURATO, 2000; VICTORA, 2000; DRIESSNACK; SOUSA; MENDES, 2007; POUPART et al., 2008).

A concepção antípoda entre as metodologias quantitativa e qualitativa, consideradas como verdadeiros paradigmas, vem sendo criticada por alguns autores que não negam as diferenças existentes entre os dois tipos de metodologia, porém consideram que têm funções complementares, pois o que é considerado limitação em uma metodologia pode ser compensado pela outra (VICTORA, 2000; TASHAKKORI; TEDDLIE, 2003; MINAYO, 2004; FLICK; KARDORFF; STEINKE, 2005; DRIESSNACK; SOUSA; MENDES, 2007; FUREGATO, 2008; POUPART et al., 2008; LEFEVRE; LEFEVRE, 2010).

A utilização de diferentes metodologias dentro de um mesmo projeto, denominada métodos mistos, vem se tornando uma tendência crescente nas pesquisas da área da saúde devido à complexidade dos fenômenos estudados. Acredita-se que desse modo é possível em um mesmo estudo responder a questões confirmatórias e exploratórias à medida que o pesquisador pode confirmar suas hipóteses por meio do método hipotético-dedutivo (metodologia quantitativa) e gerar novas teorias (indução) a partir da exploração em profundidade do fenômeno (metodologia qualitativa) e do processo pelo qual as relações entre as variáveis ocorrem (TASHAKKORI; TEDDLIE, 2003; DRIESSNACK; SOUSA; MENDES, 2007).

No entanto, é importante estar bem definido o referencial metodológico predominante da pesquisa (dedutivo ou indutivo), pois é ele que permite a criação inicial de estratégias para

abordagem dos dados e definição da amostra. O referencial metodológico complementar também tem papel essencial, pois possibilita a busca de novas perspectivas que não podem ser alcançadas apenas pela utilização do referencial metodológico principal (DRIESSNACK; SOUSA; MENDES, 2007).

Para alcançar os objetivos propostos neste estudo, foi realizada uma pesquisa de campo com a utilização concomitante das abordagens quantitativa e qualitativa, considerando a metodologia quantitativa como referencial metodológico principal e a metodologia qualitativa como componente suplementar. A metodologia quantitativa, pelos procedimentos estruturados, foi utilizada com o intuito de permitir a identificação da dependência de tabaco nos portadores de transtorno mental, assim como as variáveis a ela associadas. A metodologia qualitativa, por sua vez, foi utilizada de modo a identificar o sentido atribuído pelo sujeito ao fenômeno que lhe diz respeito, ou seja, o sentido do tabagismo para o portador de transtorno mental, relacionando-o com outras variáveis.

4.2 LOCAL DO ESTUDO

O estudo foi realizado na enfermaria de psiquiatria do Hospital das Clínicas - Unidade 3, do município de Marília, localizado no interior do estado de São Paulo. O referido hospital pertence ao complexo da Faculdade de Medicina de Marília (Famema), sendo referência no nível secundário e terciário de atendimento para 62 municípios, integrantes do Departamento Regional de Saúde (DIR XIV).

A enfermaria de psiquiatria do Hospital das Clínicas de Marília tem capacidade operacional para 18 leitos de internação com uma média de ocupação de 15 pacientes por dia, média de permanência hospitalar de 16 dias e intervalo de substituição dos leitos de aproximadamente três dias. Recebe, preferencialmente, pacientes em primeiro surto ou pacientes com quaisquer transtornos psiquiátricos em sua apresentação aguda que necessitem de reajuste na medicação, exceto pacientes com dependência química sem comorbidades psiquiátricas.

A enfermaria foi escolhida como local de estudo devido ao tempo de permanência dos pacientes, o que permitiu a criação de vínculo entre a pesquisadora e os entrevistados e um acompanhamento da melhora do surto psiquiátrico, com identificação do melhor momento para realização da entrevista. Esses fatores contribuíram para que os pacientes se mostrassem mais disponíveis à participação no estudo.

O tabagismo na enfermaria de psiquiatria do Hospital das Clínicas de Marília é permitido somente aos pacientes que possuíam o hábito antes da internação, sendo oferecido o cigarro, conforme solicitação do paciente junto à equipe de enfermagem, desde que o paciente ou os familiares tragam o produto de casa e confiem-no à enfermagem para controle.

Até o início de março de 2011 era permitido um cigarro a cada hora no período das 8h às 22h, desde que os pacientes fumassem no banheiro. A partir dessa data houve mudança nas regras da internação, baseada em uma discussão realizada pela equipe multidisciplinar, passando a ser permitido fumar em seis horários predeterminados (às 7h30, às 9h30, às 12h, às 14h30, às 16h30 e às 18h30), quando um profissional de enfermagem acompanha os tabagistas na área externa da enfermaria. Atualmente, o total permitido por dia na internação é de oito cigarros, sendo oferecidos dois, conforme solicitação do paciente, às 7h30 e às 18h30, e apenas um cigarro nos demais horários.

4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

Uma amostra probabilística foi selecionada, composta por todos os pacientes internados na enfermaria de psiquiatria do Hospital das Clínicas de Marília, de agosto de 2010 a fevereiro de 2012, portadores de diagnóstico de transtorno mental e comportamental (CID 10), desde que aceitassem participar do estudo. Foram utilizados, como critérios de exclusão, menores de 15 anos, pessoas com diagnóstico de retardo mental, usuários de álcool e outras drogas sem comorbidades psiquiátricas e pessoas impossibilitadas de se comunicar durante todo o período da internação.

Com o auxílio do estatístico, a amostra probabilística foi calculada de forma a estimar as proporções de interesse no grupo de tabagistas com erro máximo de 10%, sob uma probabilidade (precisão) de 95%. Com base nesses parâmetros, o número mínimo necessário de tabagistas para compor a amostra foi de $n_1 = 96$. Considerando que levantamentos preliminares nesta unidade estimaram uma proporção de aproximadamente 1/3 do total de pacientes como sendo tabagistas, o tamanho amostral total (tabagistas, ex-tabagistas e não tabagistas) foi de $n = 270$ sujeitos.

A figura 7 ilustra o processo de amostragem e de inferência estatística.

Figura 7 – Descrição do processo de amostragem e de inferência estatística.

A entrevista, com levantamento das variáveis e valorização do sentido de suas experiências para os tabagistas, foi realizada quando identificada a possibilidade para esse tipo de contato, o que ocorreu, de modo geral, no momento em que a equipe responsável pelo acompanhamento desses pacientes definiu a alta hospitalar. As discussões sobre a evolução dos pacientes e a decisão do plano de alta ocorreram duas vezes por semana (2ª e 5ª feira) em reunião multiprofissional da equipe da enfermaria. As decisões tomadas nessa reunião em relação a cada paciente eram de conhecimento da pesquisadora, a partir do contato com os profissionais da equipe multidisciplinar e com as aprimorandas de psicologia e de enfermagem.

4.4 INSTRUMENTOS DE COLETA DOS DADOS

Foram utilizados dois instrumentos para a coleta dos dados:

4.4.1 Instrumento de Identificação de Tabagistas em Unidade Psiquiátrica de hospital geral – ITUP (APÊNDICE A)

Este instrumento foi elaborado com o intuito de permitir a caracterização dos sujeitos do estudo. É composto por cinco partes, sendo as partes I, II, III e IV destinadas a todos os sujeitos (tabagistas, ex-tabagistas e não tabagistas) e a parte V, apenas aos tabagistas.

- I) Identificação
- II) Informações clínicas
- III) Informações específicas sobre atividades e hábitos da vida diária
- IV) Algumas características pessoais
- V) Questionário para tabagistas

Na parte I do instrumento, constam dados pontuais de identificação, como código do paciente, iniciais, idade, sexo, escolaridade, procedência, localização da residência atual

(urbana ou rural), estado civil, arranjo domiciliar, ocupação, renda familiar mensal em reais, religião, prática religiosa e mudança de religião.

Na parte II, constam as seguintes informações clínicas: diagnóstico médico principal, início da doença, terapias utilizadas antes da internação, medicamentos em uso no momento, número de internações anteriores, serviços frequentados nas internações anteriores e comorbidades.

Na parte III, referente às atividades e hábitos da vida diária, constam dados sobre o uso de tabaco, álcool, café, substâncias ilícitas, prática de jogos, televisão, exercícios físicos, leitura, atividades culturais, passeios, viagens e outras atividades de lazer.

Na parte IV, constam algumas características pessoais, indicadas pelo próprio participante do estudo, conforme ele se considere: agradável, alegre, ansioso, ativo, caloroso com as pessoas, confiável, cooperativo, criativo, cumpridor de regras e normas, decidido, depressivo, emocionalmente sensível, extrovertido, introvertido, modesto, responsável e sociável.

O instrumento é finalizado com o Questionário para tabagistas (parte V), composto por 28 questões, tanto fechadas como semiestruturadas, as quais abordam o conhecimento sobre os malefícios do tabagismo, o início do hábito e as influências, a hereditariedade, as tentativas e a percepção sobre a cessação do tabagismo, padrão de consumo de tabaco em casa e na internação, percepção sobre o tabagismo na internação psiquiátrica, sentimentos envolvidos, efeitos no organismo e no comportamento, relação entre transtornos mentais e tabagismo e sugestões para diminuir o tabagismo na enfermaria de psiquiatria.

4.4.2 Teste de Dependência à Nicotina de Fagerström - FTDN (ANEXO A)

O teste de Fagerström foi elaborado em 1978 com o intuito de avaliar tanto o grau de dependência à nicotina como a tolerância por meio de oito questões com respostas em forma de alternativas. Foi denominado “Questionário de tolerância de Fagerström - FTQ”, (FAGERSTRÖM, 1978).

Em 1991, Heatherton et al. realizaram um estudo sobre a relação de cada item do Questionário de Tolerância de Fagerström – FTQ com medidas bioquímicas sobre a gravidade da dependência nicotínica. Os autores constataram que dois itens do FTQ não tinham associação de gravidade com as medidas bioquímicas, sendo interpretados como medidas deficientes e retirados do teste. Os autores ainda revisaram as alternativas de algumas

questões aumentando as possibilidades de respostas. A versão readaptada do teste foi denominada “Teste de dependência à nicotina de Fagerström - FTDN”.

O atual “Teste de dependência à nicotina de Fagerström - FTDN” é composto por seis questões em forma de alternativas que permitem caracterizar o padrão de fumo e, pela pontuação obtida, classificar o grau de dependência à nicotina em muito baixo, baixo, médio, elevado e muito elevado.

Esse teste foi escolhido por ser, segundo Carmo e Andrés-Pueyo (2002), um dos instrumentos mais utilizados mundialmente para avaliar a dependência nicotínica, além da facilidade de sua aplicação e clareza dos itens. O teste foi validado em diversos países com alto grau de confiabilidade, o que lhe garante o conceito de teste “*standard*” na avaliação de dependência à nicotina. Sua validação no Brasil foi realizada, em 2002, por Carmo e Andrés-Pueyo.

4.5 ASPECTOS ÉTICOS

Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - EERP/USP (Protocolo nº 1173/2010), com anuência do diretor do Hospital das Clínicas de Marília.

Foi utilizado um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE (APÊNDICE B) com a assinatura do participante da pesquisa. Nos casos em que foi percebida diminuição da capacidade de consentimento do paciente, também foi obtida a assinatura de seu responsável, sem a suspensão do consentimento do sujeito da pesquisa. Uma cópia ficou arquivada com a pesquisadora e a outra foi fornecida ao participante para esclarecimento de possíveis dúvidas surgidas posteriormente.

4.6 PROCEDIMENTOS DE COLETA DOS DADOS

A coleta dos dados iniciou-se em agosto de 2010 e foi finalizada em fevereiro de 2012 (18 meses), quando o número mínimo de tabagistas foi alcançado ($n_1 = 96$).

Inicialmente, os pacientes que se enquadraram nos critérios de inclusão do estudo foram procurados para que a pesquisadora fizesse o convite para sua participação. Aqueles que concordaram em participar foram instruídos sobre os aspectos éticos da pesquisa e, após entendimento, assinaram o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE).

Após assinatura do TCLE, a pesquisadora coletou no prontuário informações sobre diagnóstico e medicações em uso no momento (parte II do ITUP). Em seguida, os sujeitos foram procurados, individualmente, para a realização da entrevista em um ambiente reservado. Para todos os sujeitos (tabagistas, ex-tabagistas e não tabagistas) foram aplicadas as partes I, II, III e IV do ITUP, referentes a dados de identificação, informações clínicas, atividades e hábitos da vida diária e características pessoais. Somente para os tabagistas foi aplicada a parte V do ITUP e o Teste de Dependência à Nicotina de Fagerström – FTDN.

A parte V do ITUP, composta por questões fechadas e semiestruturadas sobre o tabagismo, foi gravada e transcrita pela própria pesquisadora para auxiliar na análise dos dados.

4.7 PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE DOS DADOS

A análise dos dados foi dividida em duas etapas. Em um primeiro momento, foi realizada a análise quantitativa dos dados obtidos pelas questões fechadas dos instrumentos e em seguida foi realizada a análise qualitativa das questões semiestruturadas da parte V do ITUP.

Para a análise quantitativa foi criada, com o auxílio do estatístico, a partir das variáveis do ITUP e do FTDN, uma máscara no Excel para tabulação dos dados obtidos por meio das questões fechadas dos instrumentos. A tabulação foi realizada de acordo com as categorias para análise especificadas no Dicionário de Variáveis do Instrumento de Identificação de Tabagistas em Unidade Psiquiátrica de Hospital Geral – ITUP (APÊNDICE C), elaborado para este estudo. As informações do banco de dados foram aferidas por meio de conferência com o auxílio de uma terceira pessoa.

Para a realização do tratamento estatístico, os dados tabulados no Excel foram transferidos para o *Stata*, versão 10.10, no qual foram realizadas a análise descritiva e a análise bivariada.

De acordo com Beiguelman (2006) e Pagano e Gauvreau (2011), a análise descritiva tem a finalidade de resumir os dados obtidos a partir das variáveis, com destaque para as características mais importantes. Ela utiliza recursos gráficos e numéricos como medidas de posição (média amostral, mediana, moda) e de dispersão (amplitude, variância, desvio padrão, quartis) que permitem descrever o comportamento dos dados em relação a sua distribuição média e a sua variabilidade.

A análise bivariada, por sua vez, consiste em procedimentos estatísticos com a finalidade de revelar associações existentes entre duas variáveis (PEREIRA, 2004; HAIR et al., 2009). Para sua realização, as variáveis quantitativas e as qualitativas foram transformadas em classes categóricas e a contagem de cada uma foi disposta em tabelas de contingência, a partir das quais foi aplicado o teste exato de *Fisher* ou o teste qui-quadrado, realizados sob a probabilidade máxima de erro (alfa) de 5%.

O teste exato de *Fisher* e o teste qui-quadrado testam a associação entre as variáveis qualitativas pela comparação das diferenças proporcionais (PAGANO; GAUVREAU, 2011). Vale ressaltar que as variáveis quantitativas somente puderam ser analisadas por esses testes por terem sido transformadas em classes categóricas.

Os testes, exato de *Fisher* e qui-quadrado, apenas indicam se há evidência ou não de associação entre as variáveis analisadas, porém não indicam a direção dessa associação (PAGANO; GAUVREAU, 2011). Assim, a partir do resultado fornecido com o auxílio do estatístico, coube à pesquisadora a detalhada interpretação dos dados dispostos nas tabelas de contingência, a fim de se compreender o porquê de cada associação.

Foi dada preferência à aplicação do teste de *Fisher* por ele ser exato, ou seja, não ser influenciado pelo tamanho amostral e por não depender de um número mínimo de caselas das tabelas, o que não ocorre com o teste qui-quadrado (PAGANO; GAUVREAU, 2011). Portanto, o teste qui-quadrado foi utilizado apenas nos casos em que o *Stata* não conseguiu calcular as associações a partir do teste exato de *Fisher*.

Para ajudar na leitura dos resultados, vale considerar que o teste qui-quadrado fornece seu resultado a partir do cálculo da estatística do teste (X^2). A partir do valor dessa estatística (X^2) é fornecido o *p-value*, representado no teste qui-quadrado como “Pr”.

O teste exato de *Fisher*, por sua vez, fornece de forma direta o *p-value*, portanto, sempre que nos resultados aparece Fisher= 0.001, por exemplo, trata-se do *p-value* fornecido por esse teste.

Segundo Pagano e Gauvreau (2011), o *p-value* está associado a um teste de hipóteses, a partir do qual se toma a decisão sobre o resultado obtido na amostra poder ser, ou não, inferido para a população. Portanto, é uma regra de decisão.

Os testes utilizados na análise dos dados consideram duas hipóteses:

H_0 = não há evidência de associação entre as variáveis

H_A = há evidência de associação entre as variáveis

O *p-value* indica qual a probabilidade de dizer que há evidência de associação entre duas variáveis (rejeitando-se H_0), enquanto na verdade não existe associação (H_0 verdadeira).

Quando o *p-value* é menor 0,05 (nível de significância), a probabilidade de se cometer esse erro está dentro do limite aceitável.

A partir do tratamento estatístico, por meio dos procedimentos acima explicados, foram descritos o comportamento das variáveis e as associações existentes. Os dados de identificação, informações clínicas e informações específicas sobre atividades e hábitos da vida diária foram comparados entre a população psiquiátrica tabagista, ex-tabagista e não tabagista. Dentre a população psiquiátrica tabagista foram comparadas as variáveis do ITUP e do FTDN entre os diferentes diagnósticos psiquiátricos, com destaque para os esquizofrênicos.

A segunda etapa dos procedimentos de análise dos dados consistiu na análise qualitativa das informações obtidas pelas questões semiestruturadas da parte V do ITUP, a partir da análise temática de conteúdo.

A discussão dos resultados teve por base a literatura sobre o tema, interpretando os resultados quantitativos e qualitativos, de modo a identificar se o resultado da análise quantitativa pode confirmar as hipóteses formuladas e se o resultado obtido pela análise qualitativa pode explicar associações entre as variáveis estudadas e levantar questões que vão além do que é conhecido pela literatura científica.

5 RESULTADOS

Os resultados deste estudo estão apresentados em seis tópicos: 1) Caracterização dos sujeitos; 2) Identificação do tabagismo; 3) Identificação do grau de dependência nicotínica; 4) Associação entre tabagismo e outras variáveis; 5) Impacto da restrição ao tabagismo nos sujeitos do estudo e 6) Análise temática de conteúdo.

5.1 CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS

No período da coleta dos dados, 433 pacientes foram internados na enfermaria de psiquiatria do Hospital das Clínicas de Marília. Dentre esses, 163 (37,6%) foram excluídos: 32 (19,6%) não aceitaram participar do estudo; dois (1,2%) não concordaram em assinar o TCLE devido a sintomas de persecutoriedade; 33 (20,2%) não participaram por impossibilidade (dificuldade na comunicação verbal, falta de crítica, quadro dissociativo, hostilidade e heteroagressividade); 38 (23,3%) tinham menos de 15 anos de idade; 18 (11%) tinham diagnóstico de retardo mental, além de seis já excluídos entre os menores de 15 anos; 40 (24,5%) saíram de alta hospitalar sem planejamento prévio, alta a pedido ou transferência (Gráfico 1). Portanto, a amostra ficou constituída por 270 sujeitos (62,4%).

Gráfico 1 - Distribuição dos sujeitos excluídos do estudo

Durante a coleta dos dados (período de 18 meses), os 270 participantes deste estudo tiveram um total de 364 internações na enfermaria de psiquiatria, sendo 94 (25,8%) reinternações. Duzentos e quatro sujeitos (75,6%) internaram-se uma única vez; 46 (17%),

duas vezes e 20 (7,4%), três vezes ou mais, o correspondente a uma média de 1,3 internações por sujeito durante o período estudado.

Os sujeitos que tiveram três ou mais internações no período são, em sua maioria, do sexo feminino (80%), com até 29 anos de idade (50%), solteiros (55%), escolaridade até ensino médio (50%), procedentes de Marília (75%), residentes em área urbana (95%), com ocupação (60%), renda em torno de R\$ 1800 (40%), evangélicos (55%), com até 12 meses de diagnóstico (45%), sem história de internações anteriores (35%) ou internações apenas em hospital geral (35%). Não há associação estatisticamente significativa entre reinternações e essas variáveis.

O teste qui-quadrado evidencia associação entre as reinternações no período da coleta dos dados e os diagnósticos médicos ($X^2 = 28.7372$, $Pr = 0.004$). Entre as síndromes comportamentais associadas a disfunções fisiológicas e a fatores físicos (F50 – F59), há maior proporção de sujeitos com três ou mais internações (50%), enquanto nos demais grupos diagnósticos e no total da amostra há maior proporção de sujeitos com uma única internação. Essas diferenças proporcionais são mostradas na Tabela 1 e no Gráfico 2.

Tabela 1 - Associação entre reinternações dos sujeitos do estudo no período da coleta dos dados e diagnósticos médicos (CID 10)

Diagnósticos médicos (CID 10)	Reinternações no período da coleta dos dados			
	Uma	Duas	Três ou mais	Total
Esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e delirantes (F20 – F29)	76 77,6%	17 17,4%	5 5,1%	98 100%
Transtornos do humor (afetivos), (F30 – F39)	75 79%	15 15,8%	5 5,3%	95 100%
Transtornos neuróticos, transtornos relacionados com o “stress” e transtornos somatoformes (F40 – F48)	12 63,2%	4 21,1%	3 15,8%	19 100%
Síndromes comportamentais associadas a disfunções fisiológicas e a fatores físicos (F50 – F59)	2 25%	2 25%	4 50%	8 100%
Transtornos da personalidade e do comportamento do adulto (F60 – F69)	24 72,7%	6 18,2%	3 9,1%	33 100%
Outros	15 88,2%	2 11,8%	0 0%	17 100%
Total	204 75,6%	46 17%	20 7,4%	270 100%

Gráfico 2 - Distribuição da proporção dos sujeitos do estudo com diagnóstico de síndromes comportamentais associadas a disfunções fisiológicas e a fatores físicos (F50 – F59) e do total da amostra, segundo número de internações no período da coleta dos dados

As entrevistas tiveram média de duração diferente, a depender do uso de tabaco. As entrevistas com os tabagistas tiveram duração média de 44,8 minutos (22 – 120 minutos, DP: 17,3 minutos), enquanto as entrevistas com os ex-tabagistas e os não tabagistas foram mais breves, com duração média de 14,9 minutos (5 – 30 minutos, DP: 5,8 minutos).

A caracterização dos sujeitos do estudo está organizada em 1) Perfil sociodemográfico; 2) Informações clínicas e 3) Atividades e hábitos da vida diária.

5.1.1 Perfil sociodemográfico

Dos 270 sujeitos do estudo, 191 (70,7%) são do sexo feminino e 79 (29,3%) do sexo masculino. Entre as mulheres, a média etária é de 39,9 anos (15 – 88 anos, DP: 14,9), enquanto entre os homens é ligeiramente menor, 36,3 anos (15 – 80 anos, DP: 14,7). A média etária do total da amostra é 38,9 anos.

A maioria dos sujeitos é procedente de Marília (68,2%), sem evidência de associação com sexo (*Fisher*= 0.904) ou grupo etário (*Fisher*= 0.469).

A amostra foi composta de forma heterogênea não apenas em relação ao sexo e à procedência, mas também em relação aos diferentes grupos etários (15 – 88 anos), níveis de escolaridade (fundamental ao superior), localização da residência (urbana ou rural), estado civil, arranjo domiciliar, renda e religião, conforme se observa na tabela 2.

Tabela 2 - Caracterização sociodemográfica dos sujeitos do estudo

Variáveis		Sexo Feminino (n= 191)		Sexo Masculino (n= 79)		Total (n= 270)	
		n	%	n	%	n	%
Grupo etário	Até 29 anos	50	26,2	28	35,4	78	28,9
	30 a 49 anos	91	47,6	37	46,8	128	47,4
	50 anos e mais	50	26,2	14	17,7	64	23,7
Escolaridade	Fundamental	85	44,5	33	41,8	118	43,7
	Médio	82	42,9	35	44,3	117	43,3
	Superior	24	12,6	11	13,9	35	13
Procedência	Marília	129	67,5	55	69,6	184	68,2
	Região	48	25,1	18	22,8	66	24,4
	Outra	14	7,3	6	7,6	20	7,4
Localização residência	Urbana	181	94,8	69	87,3	250	92,6
	Rural	10	5,2	10	12,7	20	7,4
Estado civil	Solteiro	65	34	43	54,4	108	40
	Casado	74	38,7	31	39,2	105	38,9
	Separado/divorciado	34	17	3	3,8	37	13,7
	Viúvo	18	9,4	2	2,5	20	7,4
Arranjo domiciliar	Vivem sós	19	10	5	6,3	24	8,9
	Sem companheiro, com outros	84	44	42	53,2	126	46,7
	Apenas com companheiro	15	7,8	10	12,7	25	9,3
	Com companheiro e outros	73	38,2	22	27,9	95	35,2
Ocupação	Sim	136	71,2	40	50,6	176	65,2
	Não	55	28,8	39	49,4	94	34,8
Renda	R\$ 600	50	26,2	17	21,5	67	24,8
	R\$ 1000	49	25,7	16	20,3	65	24,1
	R\$ 1800	47	24,6	25	31,7	72	26,7
	> R\$ 1800	45	23,6	21	26,6	66	24,4
Religião	Católico	91	47,6	48	60,8	139	51,5
	Evangélico	69	36,1	18	22,8	87	32,2
	Espírita	11	5,8	1	1,3	12	4,4
	Outra	7	3,7	4	5,1	11	4,1
	Sem religião	13	6,8	8	10,1	21	7,8
Total		191	70,7	79	29,3	270	100

Ao analisar as diferenças proporcionais da variável sexo com as demais variáveis sociodemográficas, verifica-se significância estatística segundo a localização da residência atual (*Fisher*= 0.042), estado civil (*Fisher*= 0.000) e ocupação (*Fisher*= 0.002).

Ao observar a distribuição das proporções entre sexo e localização da residência atual, constata-se que a proporção de mulheres residentes em área urbana (94,8%) é superior à proporção de homens (87,3%).

A associação estatisticamente significativa entre sexo e estado civil (*Fisher*= 0.000) é explicada por meio da maior proporção de solteiros entre os homens (54,4%), enquanto entre as mulheres há maior proporção de casadas (38,7%).

A proporção de mulheres com algum tipo de ocupação (71,2%) é superior à proporção de homens (50,6%), (*Fisher*= 0.002), conforme se observa no Gráfico 3.

Gráfico 3 - Distribuição dos sujeitos por ocupação e sexo

Observa-se no Gráfico 4 que, entre as mulheres que possuem ocupação ($n = 136$), 44,9% são donas de casa, enquanto entre os homens ($n = 40$) há maior prevalência de sujeitos com emprego fixo (57,5%).

Gráfico 4 - Distribuição dos tipos de ocupação, segundo sexo

Não há evidência de associação entre ocupação e grupo etário ($Fisher = 0.107$), mas observa-se que o grupo etário mais ativo é o que compreende a idade de 30 a 49 anos (70,3%), seguido do grupo de até 29 anos (65,4%) e 50 anos e mais (54,7%).

Embora o teste exato de *Fisher* não evidencie associação entre sexo e idade (*Fisher*= 0.186), diferenças proporcionais entre as variáveis localização da residência atual e estado civil também são observadas em relação aos grupos etários.

A maior proporção de residentes de área rural ocorre entre aqueles com até 29 anos de idade (14,1%) e entre aqueles com 50 anos e mais (6,3%). Entre os residentes da área urbana, prevalece a proporção de sujeitos com idade entre 30 e 49 anos (96,1%), (*Fisher*= 0.033).

Em relação ao estado civil, identifica-se que entre os mais jovens, até 29 anos, há uma proporção maior de solteiros (76,9%), enquanto entre os grupos etários de 30 a 49 anos e de 50 anos e mais prevalecem os casados, ambos com 49,2%. Conforme se observa no Gráfico 5, há uma associação direta entre os extremos dos grupos etários e o estado civil, pois a maior proporção de solteiros é encontrada nos sujeitos com até 29 anos (76,9%), enquanto a maior proporção de viúvos é encontrada entre os sujeitos com 50 anos e mais (25%), (*Fisher*= 0.000).

Gráfico 5 - Distribuição da proporção de sujeitos por grupos etários e estado civil

Não foi encontrada evidência de associação entre as variáveis sexo e escolaridade (*Fisher*= 0.882), porém observa-se que a maioria do sexo feminino (44,5%) possui até ensino fundamental, enquanto a maioria do sexo masculino possui ensino médio (44,3%). Já em relação à escolaridade e grupo etário, há evidência de associação (*Fisher*= 0.000). Entre o grupo etário de até 29 anos, há maior proporção de sujeitos com ensino médio (65,4%), enquanto entre os sujeitos com idade entre 30 e 49 anos e 50 anos e mais prevalece apenas o ensino fundamental (43% e 68,8%, respectivamente), (Gráfico 6).

Gráfico 6 - Distribuição da proporção de sujeitos, segundo escolaridade e grupos etários

Quanto ao arranjo domiciliar, verifica-se que a maioria dos sujeitos vive sem companheiro, mas com outras pessoas (46,7%), seguida daqueles que vivem com companheiro e outras pessoas (35,2%), apenas com companheiro (9,3%) e aqueles que vivem sós (8,9%), (Gráfico 7).

Gráfico 7 - Distribuição dos sujeitos, segundo arranjo domiciliar

O teste exato de *Fisher* fornece evidência de que as diferenças nas proporções da variável arranjo domiciliar de acordo com o grupo etário sejam estatisticamente significantes (0.000), (Tabela 3). Entretanto, o mesmo não ocorre entre arranjo domiciliar e sexo (*Fisher*= 0.178).

Tabela 3 - Distribuição das proporções de sujeitos, segundo arranjo domiciliar e grupos etários

Grupo etário	<u>Arranjo domiciliar</u>				Total
	Vivem sós	Sem companheiro, com outros	Apenas com companheiro	Com companheiro e outros	
Até 29 anos	2 2,6%	57 73,1%	5 6,4%	14 18%	78 100%
30 a 49 anos	7 5,5%	49 38,3%	8 6,3%	64 50%	128 100%
50 anos e mais	15 23,4%	20 31,3%	12 18,8%	17 26,6%	64 100%
Total	24 8,9%	126 46,7%	25 9,3%	95 35,2%	270 100%

O raciocínio para entender a associação entre arranjo domiciliar e grupo etário é semelhante ao da associação entre grupo etário e estado civil. Os mais jovens, até 29 anos, vivem, em sua maioria, sem companheiro, mas com outras pessoas (73,1%); neste mesmo grupo etário prevalecem os solteiros (76,9%). A maioria dos sujeitos com idade entre 30 e 49 anos vive com companheiro e outras pessoas (50%), idade em que há maior proporção de casados e naturalmente também de filhos. Os sujeitos com 50 anos e mais vivem, em sua maioria, sem companheiro, mas com outras pessoas (31,3%), grupo etário em que a proporção de viúvos é mais elevada (25%).

A média de renda familiar mensal dos sujeitos do estudo é de R\$ 1472. Embora não exista evidência estatística de associação entre grupo etário e renda (*Fisher*= 0.300), os jovens com até 29 anos e os sujeitos com 50 anos e mais têm maior proporção de renda, em torno de R\$ 1800 (32,1% e 29,7%), enquanto no grupo etário de 30 a 49 anos prevalece a proporção de sujeitos com renda maior que R\$ 1800 (29,7%). As medidas de dispersão e de tendência central da renda familiar mensal são mostradas na Tabela 4 e no Gráfico 8.

Tabela 4 - Renda familiar mensal: média, desvio padrão, mínimo, percentil 25, mediana, percentil 75 e máximo

Média	Desvio Padrão	Mínimo	Percentil 25	Mediana	Percentil 75	Máximo
R\$ 1472	R\$ 1280	R\$ 0	R\$ 600	R\$ 1000	R\$ 1800	R\$ 10.200

Gráfico 8 - Distribuição da renda familiar mensal dos sujeitos

O teste exato de *Fisher* não evidencia associação entre renda e sexo (*Fisher*= 0.499), porém, entre as mulheres prevalece a renda em torno de R\$ 600 (26,2%) e R\$ 1000 (25,7%), enquanto entre os homens prevalece renda de R\$1800 (31,7%) e > R\$ 1800 (26,6%).

Constata-se que 249 sujeitos (92,2%) referem ter religião, principalmente aqueles de 30 a 49 anos (47,8%). Entre os que referem não ter religião, prevalecem os mais jovens, até 29 anos (47,6%).

A religião católica é a mais frequente. Verifica-se que entre os católicos e os espíritas há maior proporção de sujeitos mais velhos, 50 anos e mais (62,5% e 7,8%, respectivamente), enquanto entre os evangélicos há maior proporção de sujeitos com até 29 anos (39,7%), (Tabela 5). Essas diferenças proporcionais são confirmadas pelo teste exato de *Fisher* (0.028).

Tabela 5 - Distribuição das proporções de sujeitos, segundo religião e grupos etários

Grupo etário	Religião				Sem religião	Total
	Católica	Evangélica	Espírita	Outra		
Até 29 anos	35 44,9%	31 39,7%	0 0%	2 2,6%	10 12,8%	78 100%
30 a 49 anos	64 50%	41 32%	7 5,5%	7 5,5%	9 7%	128 100%
50 anos e mais	40 62,5%	15 23,4%	5 7,8%	2 3,1%	2 3,1%	64 100%
Total	139 51,5%	87 32,2%	12 4,4%	11 4,1%	21 7,8%	270 100%

Apesar de o catolicismo prevalecer em ambos os sexos, verifica-se que a proporção de católicos é maior no sexo masculino do que no feminino, o mesmo ocorrendo em relação à outra religião e aos sujeitos sem religião. O inverso ocorre com os evangélicos e os espíritas, pois a maior proporção ocorre entre as mulheres (Tabela 2). No teste exato de *Fisher* essas diferenças proporcionais não são confirmadas (0.064).

Dos 249 sujeitos que referem ter religião, 169 são praticantes (67,8%). A proporção de sujeitos que pratica a religião é ligeiramente maior entre os sujeitos com 50 anos e mais (68,7%) e entre o sexo feminino (66%), porém sem significância estatística no teste exato de *Fisher* (0.297 e 0.182, respectivamente).

5.1.2 Informações clínicas

Conforme se observa na Tabela 6, os grupos diagnósticos prevalentes entre os sujeitos do estudo são esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes (F20 – F29),

(36,3%), transtornos do humor (F30 – F39), (35,2%) e transtornos da personalidade e do comportamento do adulto (F60 – F69), (12,2%).

Tabela 6 - Caracterização clínica dos sujeitos do estudo

Variáveis		Sexo Feminino (n= 191)		Sexo Masculino (n= 79)		Total (n= 270)	
		n	%	n	%	n	%
Diagnóstico médico (CID 10)	F20 – F29	60	31,4	38	48,1	98	36,3
	F30 – F39	73	38,2	22	27,8	95	35,2
	F40 – F48	13	6,8	6	7,6	19	7
	F50 – F59	8	4,2	-	-	8	3
	F60 – F69	29	15,2	4	5,1	33	12,2
	Outros	8	4,2	9	11,4	17	6,3
Início da doença	Até 12 meses	58	30,4	24	30,4	82	30,4
	1 a 4 anos	40	20,9	18	22,8	58	21,5
	5 a 10 anos	49	25,7	17	21,5	66	24,4
	11 anos e mais	44	23	20	25,3	64	23,7
Terapias	Clínica	99	51,8	29	36,7	128	47,4
	Clínica e outras	56	29,3	24	30,4	80	29,6
	Sem terapia	36	18,9	26	32,9	62	23
Internação psiquiátrica anterior	Nenhuma	102	53,4	35	44,3	137	50,7
	Uma	28	14,7	12	15,2	40	14,8
	Duas	13	6,8	7	8,9	20	7,4
	Três	11	5,8	4	5,1	15	5,6
	Quatro e mais	37	19,4	21	26,6	58	21,5
Local das internações anteriores	Hospital geral (HG)	29	15,2	13	16,5	42	15,6
	Hospital psiquiátrico (HP)	18	9,4	10	12,7	28	10,4
	HG e HP	18	9,4	11	13,9	29	10,7
	HG, HP e Emergência	7	3,7	4	5,1	11	4,1
	Outras combinações	17	8,9	6	7,6	23	8,5
	Não se aplica	102	53,4	35	44,3	137	50,7
Comorbidades	Sim	88	46,1	31	39,2	119	44,1
	Não	100	52,4	47	59,5	147	54,4
	Não sabe	3	1,6	1	1,3	4	1,5
Total		191	70,7	79	29,3	270	100

A análise estatística evidencia associação entre diagnóstico e sexo ($X^2 = 20.0824$, $Pr = 0.003$). Entre as mulheres prevalecem os transtornos do humor (38,2%), seguidos da esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e delirantes (31,4%) e transtornos da personalidade (15,2%). Entre os homens prevalece a esquizofrenia, os transtornos esquizotípicos e delirantes (48,1%), os transtornos do humor (27,9%) e outros (11,4%), (Gráfico 16).

Gráfico 9 - Distribuição dos sujeitos, segundo sexo e diagnósticos médicos (CID 10)

Verifica-se que, entre os diagnósticos do grupo da esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e delirantes (F20 – F29), transtornos neuróticos, transtornos relacionados com o “stress” e transtornos somatoformes (F40 – F48) e outros diagnósticos, há maior proporção de sujeitos do sexo masculino, enquanto entre os transtornos do humor (F30 – F39), síndromes comportamentais associadas a disfunções fisiológicas e a fatores físicos (F50 – F59) e transtornos da personalidade e do comportamento do adulto (F60 – F69) há maior proporção de sujeitos do sexo feminino.

O teste qui-quadrado evidencia associação entre diagnóstico médico e grupo etário ($X^2 = 45.9727$, $Pr = 0.000$). A esquizofrenia, os transtornos esquizotípicos e delirantes são os mais frequentes entre os sujeitos mais jovens, até 29 anos (42,3%), e de 30 a 49 anos (39,1%), enquanto entre os mais velhos (50 anos e mais) prevalecem os transtornos do humor (56,3%), conforme se observa no Gráfico 10.

Gráfico 10 - Distribuição dos sujeitos, segundo grupos etários e diagnósticos médicos (CID 10)

Embora a maior proporção dos sujeitos ocorra entre aqueles que tiveram o início da doença há menos de 12 meses (30,4%), a média de tempo do diagnóstico é de 97,1 meses (8 anos). Observa-se que o tempo de início da doença varia entre o mínimo de um mês e o máximo de 696 meses (58 anos), (DP: 122,5 meses), sendo neste caso mais prudente a consideração da mediana (48 meses, 4 anos), pois esta, ao contrário da média, não é influenciada por valores extremos.

Há evidência de associação entre o início da doença e grupo etário (*Fisher*= 0.000), porém o mesmo não ocorre entre início da doença e sexo (*Fisher*= 0.893).

Entre o grupo etário de até 29 anos, há maior proporção de sujeitos com início da doença há até 12 meses, enquanto entre os grupos etários de 30 a 49 anos e 50 anos e mais há maior proporção de sujeitos com início da doença há 11 anos e mais (27,3% e 43,8%, respectivamente), (Tabela 7).

Tabela 7 - Distribuição das proporções dos sujeitos por grupo etário e tempo de início da doença

Grupo etário	Início da doença				Total
	Até 12 meses	1 a 4 anos	5 a 10 anos	11 anos e mais	
Até 29 anos	37 47,4%	16 20,5%	24 30,8%	1 1,3%	78 100%
30 a 49 anos	34 26,6%	33 25,8%	26 20,3%	35 27,3%	128 100%
50 anos e mais	11 17,2%	9 14,1%	16 25%	28 43,8%	64 100%
Total	82 30,4%	58 21,5%	66 24,4%	64 23,7%	270 100%

Se a associação entre início da doença e idade for analisada de forma não categórica, isso torna possível a observação de que essas duas variáveis, a partir do gráfico de dispersão (Gráfico 11), relacionam-se da seguinte forma: para a maior idade, maior o tempo de início da doença.

Gráfico 11 - Associação entre idade e início da doença

Em relação ao acompanhamento dos sujeitos fora da internação, constata-se que a maioria recebe apenas terapia clínica (47,4%), 29,6% recebem terapia clínica e outras e 23% referem não receber qualquer tipo de terapia.

A amostra fornece evidência de que a proporção de sujeitos, de acordo com o tipo de terapia recebida, difere entre os sexos (*Fisher*= 0.025). Em ambos os sexos prevalece o

tratamento apenas clínico, porém a proporção de sujeitos que recebe apenas terapia clínica é maior no sexo feminino (51,8%), enquanto a proporção de sujeitos com terapia clínica e outras e sem terapia é maior no sexo masculino (30,4% e 32,9%), (Gráfico 12).

Gráfico 12 - Distribuição dos sujeitos, segundo sexo e tipo de terapia

Não há associação estatisticamente significativa entre a variável terapia e os grupos etários (*Fisher*= 0.103), mas observa-se que a maior proporção de sujeitos que recebem somente terapia clínica ocorre entre os mais velhos, 50 anos e mais (57,8%), enquanto a maior proporção de sujeitos sem terapia ocorre entre os mais jovens (32,1%), (Tabela 8).

Tabela 8 - Distribuição da proporção dos sujeitos por tipo de terapia e grupos etários

Terapias	Grupos etários			Total
	Até 29 anos	30 a 49 anos	50 anos e mais	
Clínica	30 38,5%	61 47,7%	37 57,8%	128 47,4%
Clínica e outras	23 29,5%	42 32,8%	15 23,4%	80 29,6%
Sem terapia	25 32,1%	25 19,5%	12 18,8%	62 23%
Total	78 100%	128 100%	64 100%	270 100%

A média de internações anteriores dos sujeitos do estudo é de 2,6 (0 – 42 internações, DP: 5,4). Ao analisar a variável internação de forma categórica, observa-se que 50,7% nunca haviam sido internados e 21,5% têm história de quatro ou mais internações, sem evidência de associação com grupo etário (*Fisher*= 0.681), embora seja verificada maior proporção de sujeitos sem história de internações anteriores entre o grupo etário de até 29 anos (56,4%). Também não há evidência de associação entre internações anteriores e sexo (*Fisher*= 0.601).

As proporções de sujeitos com história de internações anteriores, de acordo com os serviços, não diferem entre os sexos ($X^2 = 2.9674$, *Pr*= 0.705) ou entre os grupos etários ($X^2 =$

12.0594, $Pr= 0.281$). No entanto, verifica-se que entre os sujeitos com história de internação apenas em hospital geral, a proporção do grupo etário de até 29 anos é maior (20,5%), enquanto entre os com história de internação apenas em hospital psiquiátrico a proporção do grupo etário de 50 anos e mais prevalece (17,2%).

Conforme se observa na Tabela 9, as comorbidades estão presentes na maioria dos sujeitos com 50 anos e mais (62,5%), o contrário ocorrendo entre os jovens com até 29 anos e de 30 a 49 anos, nos quais há maior proporção de sujeitos sem comorbidades (69,2% e 54,7%, respectivamente). A associação entre comorbidades e maior idade é confirmada pelo teste exato de *Fisher* (0.000).

Tabela 9 - Distribuição da proporção dos sujeitos, segundo comorbidades e grupos etários

Grupo etário	Comorbidades			Total
	Sim	Não	Não sabe	
Até 29 anos	22 28,2%	54 69,2%	2 2,6%	78 100%
30 a 49 anos	57 44,5%	70 54,7%	1 0,8%	128 100%
50 anos e mais	40 62,5%	23 35,9%	1 1,6%	64 100%
Total	119 44,1%	147 54,4%	4 1,5%	270 100%

5.1.3 Atividades e hábitos da vida diária

Atividades e hábitos considerados saudáveis, como exercícios físicos, leitura, atividades culturais e viagens não são frequentes entre os sujeitos do estudo, (Gráfico 13 e Tabela 10).

Gráfico 13 - Distribuição da proporção dos sujeitos, segundo prática de exercícios físicos, leitura, atividades culturais e viagens

Tabela 10 - Caracterização dos sujeitos de acordo com atividades e hábitos

Variáveis		Sexo Feminino (n= 191)		Sexo Masculino (n= 79)		Total (n= 270)	
		n	%	n	%	n	%
Álcool	Sim	25	13,1	19	24,1	44	16,3
	Não	166	86,9	60	75,9	226	83,7
Café	Sim	137	71,7	63	79,8	200	74,1
	Não	54	28,3	16	20,3	70	25,9
Substâncias Ilícitas	Sim	4	2,1	9	11,4	13	4,8
	Não	187	97,9	70	88,6	257	95,2
Jogos	Sim	10	5,2	11	13,9	21	7,8
	Não	181	94,8	68	86,1	249	92,2
Televisão	Sim	153	80,1	62	78,5	215	79,6
	Não	38	19,9	17	21,5	55	20,4
Exercícios Físicos	Sim	52	27,2	27	34,2	79	29,3
	Não	139	72,8	52	65,8	191	70,4
Leitura	Sim	96	50,3	34	43	130	48,2
	Não	95	49,7	45	57	140	51,9
Atividades Culturais	Sim	28	14,7	12	15,2	40	14,8
	Não	163	85,3	67	84,8	230	85,2
Passeios	Sim	94	49,2	49	62	143	53
	Não	97	50,8	30	38	127	47
Viagens	Sim	61	31,9	14	17,7	75	27,8
	Não	130	68,1	65	82,3	195	72,2
Outras atividades de lazer	Sim	120	62,8	53	67,1	173	64,1
	Não	71	37,2	26	32,9	97	35,9
Total		191	70,7	79	29,3	270	100

Embora apenas 27,8% dos sujeitos tenham o hábito de viajar ao menos uma vez ao ano, a proporção de sujeitos do sexo feminino que viajam é maior que a proporção dos sujeitos do sexo masculino (*Fisher*= 0.017).

A proporção entre os sujeitos que viajam e não viajam não difere entre os grupos etários a ponto de serem consideradas estatisticamente significantes (*Fisher*= 0.061), porém observa-se que a proporção de sujeitos que viajam é ligeiramente maior no grupo etário de até 29 anos (34,6%) e menor no grupo etário de 50 anos e mais (17,2%).

As atividades culturais e a prática de exercícios físicos ocorrem com maior frequência entre as pessoas com até 29 anos (28,2% e 39,7%, respectivamente) e em menor proporção no grupo de 50 anos e mais (3,13% e 28,1%, respectivamente). Essas associações são confirmadas pelo teste exato de *Fisher* (0.000 e 0.046).

As atividades culturais e a prática de exercícios físicos não têm associação com a variável sexo (*Fisher*= 1.000 e 0.303).

Outros hábitos saudáveis, como passeios e atividades de lazer, são frequentes entre os sujeitos do estudo. Há evidência de associação entre passeios e grupo etário (*Fisher*= 0.000), estando entre os mais jovens (até 29 anos) a maior frequência dessa prática (73,1%) e entre os mais velhos (50 anos e mais) a menor proporção (32,8%).

Outras atividades de lazer, embora frequentes entre os sujeitos do estudo (64,1%), não têm associação com sexo ($Fisher=0.578$) ou grupo etário ($Fisher= 0.071$). As atividades de lazer mais mencionadas pelos sujeitos do estudo estão apresentadas no Gráfico 14.

Gráfico 14 - Atividades de lazer mais realizadas pelos sujeitos

Há associação entre sexo e as variáveis álcool ($Fisher= 0.031$), substâncias ilícitas ($Fisher= 0.003$) e jogos ($Fisher= 0.023$), com maior proporção de sujeitos do sexo masculino, conforme se observa no Gráfico 15.

Gráfico 15 - Distribuição da proporção de sujeitos, segundo uso de álcool, uso de substâncias ilícitas e prática de jogos

Além da associação com sexo, as variáveis álcool e substâncias ilícitas também estão associadas aos grupos etários ($Fisher= 0.001$ e 0.000 , respectivamente), sendo a maior proporção de usuários encontrada entre os sujeitos com até 29 anos (26,9% e 14,1%, respectivamente), (Tabela 11).

Há evidente associação entre café e grupo etário ($Fisher= 0.002$), porém o mesmo não ocorre com sexo ($Fisher= 0.222$). A maior proporção de sujeitos que tomam café situa-se

entre aqueles com idade entre 30 e 49 anos (80,5%), seguido do grupo 50 anos e mais (79,7%) e, por último, os mais jovens (59%).

Tabela 11 - Distribuição da proporção dos sujeitos, segundo grupos etários e uso de álcool, substâncias ilícitas e café

		Até 29 anos	30 a 49 anos	50 anos e mais	Total	<i>Fisher</i>
Álcool	Sim	21	20	3	44	0.001
		26,9%	15,6%	4,7%	16,3%	
	Não	57	108	61	226	
		73,1%	84,4%	95,3%	83,7%	
Substâncias ilícitas	Sim	11	2	0	13	0.000
		14,1%	1,6%	0%	4,8%	
	Não	67	126	64	257	
		85,9%	98,4%	100%	95,2%	
Café	Sim	46	103	51	200	0.002
		59%	80,5%	79,7%	74,1%	
	Não	32	25	13	70	
		41%	19,5%	20,3%	25,9%	
Total		78	128	64	270	
		100%	100%	100%	100%	

5.2 IDENTIFICAÇÃO DO TABAGISMO

Dos 270 sujeitos, 96 (35,6%) são tabagistas, 38 (14,1%) ex-tabagistas e 136 (50,4%) não tabagistas, (Gráfico 16).

Gráfico 16 - Distribuição dos sujeitos do estudo, segundo o uso de tabaco

Há maior proporção de tabagistas entre os sujeitos de 30 a 49 anos (38,3%), maior proporção de ex-tabagistas entre os mais velhos (50 anos e mais – 20,3%) e maior proporção de não tabagistas entre os sujeitos com até 29 anos (59%), (Gráfico 17 e Tabela 12). Apesar das diferenças proporcionais, o teste exato de *Fisher* não evidencia associação entre tabagismo e grupo etário (*Fisher*= 0.182).

Gráfico 17 - Distribuição da proporção de tabagistas, ex-tabagistas e não tabagistas por grupos etários

Observa-se que entre os homens prevalecem os tabagistas (46,8%), seguidos dos não tabagistas (36,7%) e ex-tabagistas (16,5%). Entre as mulheres a relação é inversa, pois há maior predomínio de não tabagistas (56%), seguidos de tabagistas (30,9%) e ex-tabagistas (13,1%), (Gráfico 18 e Tabela 12). O teste exato de *Fisher* confirma esta associação (*Fisher*= 0.013).

Gráfico 18 - Distribuição da proporção de tabagistas, ex-tabagistas e não tabagistas, segundo sexo

O teste exato de *Fisher* também evidencia associação entre tabagismo e escolaridade (0.002), estando associado ao seu menor nível; 43,2% dos sujeitos com ensino fundamental são tabagistas, enquanto a maioria dos sujeitos com ensino médio e superior não são tabagistas (63,3% e 40%, respectivamente). Verifica-se que a maior proporção de ex-tabagistas encontra-se entre os sujeitos com ensino superior (25,7%), enquanto a maior proporção de não tabagistas encontra-se entre os sujeitos com ensino médio (63,3%), (Gráfico 19 e Tabela 12).

Gráfico 19 - Distribuição da proporção de tabagistas, ex-tabagistas e não tabagistas, segundo escolaridade

Tabela 12 - Caracterização sociodemográfica dos tabagistas, ex-tabagistas e não tabagistas

Variáveis		Tabagistas (n= 96)		Ex-tabagistas (n= 38)		Não tabagistas (n= 136)		Total (n= 270)	
		n	%	n	%	n	%	n	%
Sexo	Feminino	59	30,9	25	13,1	107	56	191	70,7
	Masculino	37	46,8	13	16,5	29	36,7	79	29,3
Grupo etário	Até 29 anos	26	33,3	6	7,7	46	59	78	28,8
	30 a 49 anos	49	38,3	19	14,8	60	46,9	128	47,4
	50 anos e mais	21	32,8	13	20,3	30	46,9	64	23,7
Escolaridade	Fundamental	51	43,2	19	16,1	48	40,7	118	43,7
	Médio	33	28,2	10	8,6	74	63,3	117	43,3
	Superior	12	34,3	9	25,7	14	40	35	13
Procedência	Marília	68	37	23	15,5	93	50,5	184	68,2
	Região	21	31,8	12	18,2	33	50	66	24,4
	Outra	7	35	3	15	10	50	20	7,4
Localização residência	Urbana	88	35,2	37	14,8	125	50	250	92,6
	Rural	8	40	1	5	11	55	20	7,4
Estado civil	Solteiro	42	38,9	9	8,3	57	52,8	108	40
	Casado	32	30,5	18	17,1	55	52,4	105	38,9
	Separado/divorciado	17	46	7	18,9	13	35,1	37	13,7
	Viúvo	5	25	4	20	11	55	20	7,4
Arranjo domiciliar	Vivem sós	9	37,5	3	12,5	12	50	24	8,9
	Sem companheiro, com outros	48	38,1	17	13,5	61	48,4	126	46,7
	Apenas com companheiro	8	32	7	28	10	40	25	9,3
	Com companheiro e outros	31	32,6	11	11,6	53	55,8	95	35,2
Ocupação	Sim	59	33,5	28	15,9	89	50,6	176	65,2
	Não	37	39,4	10	10,6	47	50	94	34,8
Renda	R\$ 600	28	41,8	9	13,4	30	44,8	67	24,8
	R\$ 1000	23	35,4	8	12,3	34	52,3	65	24,1
	R\$ 1800	27	37,5	8	11,1	37	51,4	72	26,7
	> R\$ 1800	18	27,3	13	19,7	35	53	66	24,4
Religião	Católica	55	39,6	21	15,1	63	45,3	139	51,5
	Evangélica	23	26,4	12	13,8	52	59,8	87	32,2
	Espírita	6	50	1	8,3	5	41,7	12	4,4
	Outra	3	27,3	2	18,2	6	54,6	11	4,1
	Sem religião	9	42,9	2	9,5	10	47,6	21	7,8
Total		96	35,6	38	14,1	136	50,4	270	100

A proporção de tabagistas é ligeiramente maior entre os sujeitos procedentes de Marília (37%) e a proporção de ex-tabagistas é maior entre os sujeitos procedentes da região

(18,2%), porém essas diferenças proporcionais não têm significância estatística (*Fisher*= 0.806).

Embora não haja evidência de associação entre tabagismo e localização da residência (*Fisher*= 0.560), verifica-se que a proporção de tabagistas e não tabagistas é maior entre os sujeitos da área rural (40% e 55%, respectivamente), ao passo que a maior proporção de ex-tabagistas encontra-se entre os residentes da área urbana (14,8%).

Conforme se observa na Tabela 12, entre os solteiros, casados e viúvos, prevalecem os não tabagistas (52,8%, 52,4% e 55%), enquanto entre os separados/divorciados prevalecem os tabagistas (46%). Maior proporção de ex-tabagistas e não tabagistas ocorre entre os viúvos (20% e 55%). O teste exato de *Fisher* não confirma esta associação (*Fisher*= 0.125).

Do mesmo modo que a maior proporção de tabagistas ocorre entre os separados/divorciados (46%), a maior proporção de tabagistas ocorre também entre os que vivem sem companheiro, mas com outras pessoas (38,1%). A mesma lógica não pode ser usada para os ex-tabagistas e não tabagistas, pois enquanto a maior proporção desses sujeitos é encontrada entre os viúvos (20% e 55%, respectivamente), a maior proporção de ex-tabagistas e não tabagistas em relação ao arranjo domiciliar é encontrada entre os que vivem apenas com companheiro (28%) e entre os que vivem com companheiro e outras pessoas (55,8%).

Não há evidência de associação entre tabagismo e ocupação (*Fisher*= 0.415) e entre tabagismo e renda familiar mensal (*Fisher*= 0.590), porém observa-se que a proporção de tabagistas é maior nos sujeitos com renda em torno de R\$ 600 (41,8%) e a de ex-tabagistas nos sujeitos com renda >R\$1800.

A proporção de tabagistas é maior entre os espíritas (50%) e entre os sujeitos sem religião (42,9%), enquanto a menor proporção é encontrada entre os evangélicos (26,4%), (Tabela 12). No entanto, o teste exato de *Fisher* não confirma associação estatística para esses dados (0.499).

Há maior proporção de tabagistas entre os sujeitos que não praticam sua religião (47,5%) e maior proporção de ex-tabagistas e não tabagistas entre os sujeitos que a praticam (16,6% e 54,4%, respectivamente).

Considerando o conhecimento de que a prática religiosa comumente está associada a hábitos de vida saudáveis e que o *p-value* é um valor subjetivo, apesar de o teste exato de *Fisher* não demonstrar evidência de associação entre prática religiosa e tabagismo (*Fisher*= 0.061), há indícios de tendência de associação entre essas duas variáveis.

O tabagismo é mais frequente entre os transtornos da personalidade e outros diagnósticos. A menor proporção de tabagistas encontra-se entre as síndromes comportamentais (F50 – F59) e entre os transtornos neuróticos (F40 – F48), (Gráfico 20 e Tabela 13). O teste qui-quadrado não evidencia associação entre tabagismo e diagnósticos ($X^2 = 19.1414$, $Pr = 0.085$).

Gráfico 20 - Frequência de tabagistas nos grupos diagnósticos (CID 10)

Tabela 13 - Caracterização clínica dos tabagistas, ex-tabagistas e não tabagistas

Variáveis		Tabagistas (n= 96)		Ex-tabagistas (n= 38)		Não tabagistas (n= 136)		Total (n= 270)	
		n	%	n	%	n	%	n	%
Diagnóstico médico (CID 10)	F20 – F29	32	32,7	14	14,3	52	53,1	98	36,3
	F30 – F39	33	34,7	17	17,9	45	47,4	95	35,2
	F40 – F48	5	26,3	-	-	14	73,7	19	7
	F50 – F59	2	25	-	-	6	75	8	3
	F60 – F69	12	36,4	6	18,2	15	45,5	33	12,2
	Outro	12	70,6	1	5,9	4	23,5	17	6,3
Início da doença	Até 12 meses	22	26,8	13	15,9	47	57,3	82	30,4
	1 a 4 anos	27	46,6	5	8,6	26	44,8	58	21,5
	5 a 10 anos	23	34,9	5	7,6	38	57,6	66	24,4
	11 anos e mais	24	37,5	15	23,4	25	39,1	64	23,7
Terapias	Clínica	43	33,6	20	15,6	65	50,8	128	47,4
	Clínica e outras	30	37,5	11	13,8	39	48,8	80	29,6
	Sem terapia	23	37,1	7	11,3	32	51,6	62	23
Internação psiquiátrica anterior	Nenhuma	40	29,2	22	16,1	75	54,7	137	50,7
	Uma	13	32,5	5	12,5	22	55	40	14,8
	Duas	6	30	1	5	13	65	20	7,4
	Três	10	66,7	1	6,7	4	26,7	15	5,6
	Quatro e mais	27	46,6	9	15,5	22	37,9	58	21,5
Local das internações anteriores	Hospital geral (HG)	12	28,6	5	11,9	25	59,5	42	15,6
	Hospital psiquiátrico (HP)	11	39,3	4	14,3	13	46,4	28	10,4
	HG e HP	13	44,8	4	13,8	12	41,4	29	10,7
	HG, HP e Emergência	5	45,5	1	9,1	5	45,5	11	4,1
	Outras combinações	15	65,2	2	8,7	6	26,1	23	8,5
	Não se aplica	40	29,2	22	16,1	75	54,7	137	50,7
Comorbidades	Sim	50	42	16	13,5	53	44,5	119	44,1
	Não	44	29,9	21	14,3	82	55,8	147	54,4
	Não sabe	2	50	1	25	1	25	4	1,5
Total		96	35,6	38	14,1	136	50,4	270	100

Há evidência de associação entre tabagismo e início da doença ($Fisher= 0.026$). A maior proporção de tabagistas ocorre nos sujeitos com um a quatro anos de doença (46,6%), seguidos dos sujeitos com 11 anos e mais (37,5%), enquanto a menor proporção corre entre os sujeitos com até 12 meses de diagnóstico (26,8%). A proporção de ex-tabagistas é maior entre aqueles com mais tempo de diagnóstico (11 anos e mais), (23,4%), seguidos daqueles com menor tempo, até 12 meses (15,9%), (Gráfico 21). Portanto, constata-se que conforme aumenta o tempo de diagnóstico, aumenta o número de tabagistas.

Gráfico 21 - Distribuição da proporção de tabagistas, ex-tabagistas e não tabagistas, segundo tempo de diagnóstico

Não há diferença estatisticamente significante entre tabagismo e tipo de terapia recebida antes da internação atual e afirmar o contrário seria assumir uma probabilidade de erro de aproximadamente 100% ($Fisher= 0.940$).

Embora o teste exato de *Fisher* não evidencie associação entre tabagismo e número de internações anteriores, a probabilidade de erro de apenas 7% ($Fisher=0.071$) é um forte indício de tendência de associação entre essas duas variáveis. Identifica-se que a maior proporção de tabagistas ocorre nos sujeitos com três ou mais internações, enquanto a proporção de não tabagistas é maior nos sujeitos com história de até duas internações. A proporção de ex-tabagistas é maior entre os sujeitos que nunca haviam sido internados (16,1%) e naqueles com quatro ou mais internações (15,5%), (Gráfico 22).

Gráfico 22 - Distribuição da proporção de tabagistas, ex-tabagistas e não tabagistas, segundo número de internações anteriores

Não há evidência de associação entre tabagismo e serviços utilizados nas internações anteriores ($X^2 = 14.6485$, $Pr = 0.145$), porém observa-se que entre os não tabagistas há maior proporção de sujeitos com história de internações apenas em hospital geral, seguidos de sujeitos que nunca se internaram (54,7%).

A proporção de sujeitos com comorbidades e sem comorbidades não difere estatisticamente entre tabagistas, ex-tabagistas e não tabagistas ($Fisher = 0.157$).

Quanto às atividades e hábitos da vida diária, há maior proporção de uso de álcool e substâncias ilícitas entre os tabagistas (54,6% e 84,6%) e menor proporção entre os não tabagistas (29,6% e 7,7%), (Gráfico 23). O teste exato de *Fisher* confirma esta associação (0.006 e 0.001).

Gráfico 23 - Distribuição da proporção de usuários de álcool e de substâncias ilícitas, segundo tabagismo

A associação entre tabagismo e café também é estatisticamente significativa ($Fisher = 0.000$). A maior proporção de tabagistas encontra-se entre os sujeitos que tomam café (42%), enquanto a maior proporção de não tabagistas encontra-se entre os sujeitos que não tomam café (15,7% e 67,1%), (Gráfico 24).

Gráfico 24 - Distribuição da proporção de uso de café, segundo tabagismo

Ao comparar a quantidade diária de café com o uso de tabaco, verifica-se que os tabagistas tomam uma média diária de café maior que os ex-tabagistas e não tabagistas (Tabela 14 e Gráfico 25).

Tabela 14 - Quantidade diária de café: média, desvio padrão, mínimo, percentil 25, mediana, percentil 75 e máximo

	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Percentil 25	Mediana	Percentil 75	Máximo
Tabagistas	841,5 mL	823,5 mL	30 mL	200 mL	500 mL	1000 mL	3000 mL
Ex-tabagistas	398,5 mL	613,9 mL	30 mL	100 mL	180 mL	500 mL	3000 mL
Não tabagistas	368,5 mL	481,5 mL	30 mL	100 mL	200 mL	450 mL	2000 mL

Gráfico 25 - Distribuição da quantidade diária de café, segundo uso de tabaco

Na tabela 15, encontra-se a proporção entre as atividades e hábitos da vida diária de acordo com o uso de tabaco.

Tabela 15 - Caracterização dos tabagistas, ex-tabagistas e não tabagistas, segundo atividades e hábitos

Variáveis		Tabagistas (n= 96)		Ex-tabagistas (n= 38)		Não tabagistas (n= 136)		Total (n= 270)	
		n	%	n	%	n	%	n	%
Álcool	Sim	24	54,6	7	15,9	13	29,6	44	16,3
	Não	72	31,9	31	13,7	123	54,4	226	83,7
Café	Sim	84	42	27	13,5	89	44,5	200	74,1
	Não	12	17,1	11	15,7	47	67,1	70	25,9
Substâncias Ilícitas	Sim	11	84,6	1	7,7	1	7,7	13	4,8
	Não	85	33,1	37	14,4	135	52,5	257	95,2
Jogos	Sim	10	47,6	3	14,3	8	38,1	21	7,8
	Não	86	34,5	35	14,1	128	51,4	249	92,2
Televisão	Sim	76	35,4	29	13,5	110	51,2	215	79,6
	Não	20	36,4	9	16,4	26	47,3	55	20,4
Exercícios Físicos	Sim	23	29,1	15	19	41	51,9	79	29,3
	Não	73	38,2	23	12	95	49,7	191	70,4
Leitura	Sim	43	33,1	17	13,1	70	53,9	130	48,2
	Não	53	37,9	21	15	66	47,1	140	51,9
Atividades Culturais	Sim	14	35	3	7,5	23	57,5	40	14,8
	Não	82	35,7	35	15,2	113	49,1	230	85,2
Passeios	Sim	49	34,3	13	9,1	81	56,6	143	53
	Não	47	37	25	19,7	55	43,3	127	47
Viagens	Sim	25	33,3	11	14,7	39	52	75	27,8
	Não	71	36,4	27	13,9	97	49,7	195	72,2
Outras atividades de lazer	Sim	64	37	22	12,7	87	50,3	173	64,1
	Não	32	33	16	16,5	49	50,5	97	35,9
Total		96	35,6	38	14,1	136	50,4	270	100

Não há evidência de associação entre tabagismo e prática de jogos (*Fisher*= 0.424). No entanto verifica-se que a maioria dos sujeitos que pratica jogos é tabagista (47,2%).

Não há diferença estatisticamente significativa na proporção de tabagistas, ex-tabagistas e não tabagistas, segundo as variáveis televisão (*Fisher*= 0.781), exercícios físicos (*Fisher*= 0.200), leitura (*Fisher*= 0.563), atividades culturais (*Fisher*= 0.406), viagens (*Fisher*= 0.912) e outras atividades de lazer (*Fisher*= 0.630). Entretanto as variáveis exercícios físicos e leitura despertam atenção, pois há maior proporção dessas atividades entre os não tabagistas.

Há diferença estatisticamente significativa na proporção de passeios entre tabagistas, ex-tabagistas e não tabagistas (*Fisher*= 0.020). Entre os não tabagistas há maior proporção de sujeitos que passeiam (56,6%), enquanto entre os tabagistas e ex-tabagistas ocorre o contrário, ou seja, há maior proporção de sujeitos entre os que não passeiam (37% e 19,7%).

5.3 IDENTIFICAÇÃO DO GRAU DE DEPENDÊNCIA NICOTÍNICA

O Teste de Dependência à Nicotina de Fagerström (FTDN) foi aplicado nos 96 tabagistas do estudo.

A partir da soma dos pontos do FTDN, os sujeitos foram classificados segundo o grau de dependência nicotínica. Identifica-se que a maioria dos tabagistas possui grau de dependência nicotínica elevado (29,2%), seguida dos sujeitos com grau muito elevado (24%), baixo (18,8%), muito baixo (14,6%) e médio (13,5%), (Gráfico 26).

Gráfico 26 - Distribuição dos sujeitos, segundo grau de dependência nicotínica

Há evidência de associação entre grau de dependência nicotínica e grupo etário (*Fisher*= 0.006). Conforme aumenta a idade, aumenta também o grau de dependência. Entre os tabagistas mais jovens, até 29 anos, prevalecem os sujeitos com grau muito baixo (30,8%), enquanto entre os tabagistas com idade de 30 a 49 anos e 50 anos ou mais prevalecem os sujeitos com grau de dependência muito elevado (32,7%) e elevado (38,1%), respectivamente. A maior proporção de grau muito elevado ocorre entre os tabagistas com idade de 30 a 49 anos (32,7%), (Gráfico 27).

Gráfico 27 - Distribuição dos sujeitos por grau de dependência nicotínica e grupos etários

Embora não haja evidência de associação entre grau de dependência nicotínica e as demais variáveis sociodemográficas, verifica-se que há maior proporção de grau muito elevado entre o sexo masculino (27%), tabagistas com ensino superior (50%), residentes de área urbana (25%), solteiros (28,6%), arranjo domiciliar sem companheiro, mas com outras pessoas (29,2%), sujeitos sem ocupação (35,1%), renda maior que R\$ 1800 (33,3%), espíritas (50%) e sujeitos que referem não praticar sua religião (60%), (Tabela 16).

Tabela 16 - Distribuição da proporção dos sujeitos, segundo grau de dependência nicotínica e variáveis sociodemográficas não estatisticamente significantes

Variáveis		Muito baixo	Baixo	Médio	Elevado	Muito elevado	Total	Fisher
Sexo	Feminino	8	10	7	21	13	59	0.519
		13,6%	17%	11,9%	35,6%	22%	100%	
	Masculino	6	8	6	7	10	37	
		16,2%	21,6%	16,2%	18,9%	27%	100%	
Escolaridade	Fundamental	7	13	6	12	13	51	0.126
		13,7%	25,5%	11,8%	23,5%	25,5%	100%	
	Médio	5	4	7	13	4	33	
		15,2%	12,1%	21,2%	39,4%	12,2%	100%	
	Superior	2	1	0	3	6	12	
		16,7%	8,3%	0%	25%	50%	100%	
Localização residência	Urbana	14	14	11	27	22	88	0.096
		15,9%	15,9%	12,5%	30,7%	25%	100%	
	Rural	0	4	2	1	1	8	
		0%	50%	25%	12,5%	12,5%	100%	
Estado civil	Solteiro	8	9	5	8	12	42	0.609
		19,1%	21,4%	11,9%	19,1%	28,6%	100%	
	Casado	5	6	5	10	6	32	
		15,6%	18,8%	15,6%	31,3%	18,8%	100%	
	Separado/divorciado	1	1	3	8	4	17	
		5,9%	5,9%	17,7%	47,1%	23,5%	100%	
	Viúvo	0	2	0	2	1	5	
		0%	40%	0%	40%	20%	100%	
Arranjo domiciliar	Vivem sós	0	3	2	3	1	9	0.096
		0%	33,3%	22,2%	33,3%	11,1%	100%	
	Sem companheiro, com outros	10	7	4	13	14	48	
		20,8%	14,6%	8,3%	27,1%	29,2%	100%	
	Apenas com companheiro	3	2	2	1	0	8	
		37,5%	25%	25%	12,5%	0%	100%	
	Com companheiro e outros	1	6	5	11	8	31	
		3,2%	19,4%	16,1%	35,5%	25,8%	100%	
Ocupação	Sim	11	12	10	16	10	59	0.174
		18,6%	20,3%	17%	27,1%	17%	100%	
	Não	3	6	3	12	13	37	
		8,1%	16,2%	8,1%	32,4%	35,1%	100%	
Renda	R\$ 600	2	5	6	8	7	28	0.638
		7,1%	17,9%	21,4%	28,6%	25%	100%	
	R\$ 1000	3	4	5	6	5	23	
		13%	17,4%	21,7%	26,1%	21,7%	100%	
	R\$ 1800	7	6	1	8	5	27	
		25,9%	22,2%	3,7%	29,6%	18,5%	100%	
	> R\$ 1800	2	3	1	6	6	18	
		11,1%	16,7%	5,6%	33,3%	33,3%	100%	
Religião	Católica	8	13	9	14	11	55	0.758
		14,5%	23,6%	16,4%	25,5%	20%	100%	
	Evangélica	3	4	2	9	5	23	
		13%	17,4%	8,7%	39,1%	21,7%	100%	
	Espírita	0	0	1	2	3	6	
		0%	0%	16,7%	33,3%	50%	100%	
	Outra	0	0	0	2	1	3	
		0%	0%	0%	66,7%	33,3%	100%	
	Sem religião	3	1	1	1	3	9	
		33,3%	11,1%	11,1%	11,1%	33,3%	100%	
Prática religiosa	Sim	7	9	8	17	8	49	0.484
		14,3%	18,4%	16,3%	34,7%	16,3%	100%	
	Não	4	8	4	10	12	38	
		10,5%	21,1%	10,5%	26,3%	31,6%	100%	
	Não se aplica	3	1	1	1	3	9	
		33,3%	11,1%	11,1%	11,1%	33,3%	100%	
Total		14	18	13	28	23	96	
		14,6%	18,8%	13,5%	29,2%	24%	100%	

Conforme se observa no Gráfico 28, os transtornos mentais severos estão associados a maior grau de dependência nicotínica. Entre os sujeitos com esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e delirantes, transtornos do humor e transtornos da personalidade, prevalece a proporção de tabagistas com grau de dependência elevado (31,3%, 33,3% e 41,7%). Entre os sujeitos com transtornos neuróticos (F40 – F48), há maior proporção de tabagistas com grau de dependência médio (80%). Entre as síndromes comportamentais, há equivalência de proporção entre grau muito baixo e alto, ambos com 50%, enquanto entre os sujeitos com outros diagnósticos há equivalência de proporção (33,3%) entre grau de dependência muito baixo e muito elevado. O teste qui-quadrado confirma essas diferenças proporcionais ($X^2=39.0037$, $Pr=0.027$).

Gráfico 28 - Grau de dependência nicotínica, segundo grupos diagnósticos

Não há evidência de associação entre tempo de diagnóstico e grau de dependência nicotínica ($Fisher=0.470$), mas observa-se que entre os sujeitos com grau muito elevado prevalecem os tabagistas com mais de dez anos de diagnóstico (37,5%), enquanto entre os tabagistas com grau muito baixo prevalecem aqueles com até 12 meses de doença (27,3%), (Tabela 17 e Gráfico 29).

Tabela 17 - Distribuição da proporção dos sujeitos, segundo grau de dependência nicotínica e tempo de diagnóstico

Tempo de diagnóstico	Muito baixo	Baixo	Médio	Elevado	Muito elevado	Total
Até 12 meses	6 27,3%	3 13,6%	3 13,6%	6 27,3%	4 18,2%	22 100%
1 a 4 anos	3 11,1%	7 25,9%	5 18,5%	6 22,2%	6 22,2%	27 100%
5 a 10 anos	4 17,4%	5 21,7%	1 4,4%	9 39,1%	4 17,4%	23 100%
11 anos e mais	1 4,2%	3 12,5%	4 16,7%	7 29,2%	9 37,5%	24 100%
Total	14 14,6%	18 18,8%	13 13,5%	28 29,2%	23 24%	96 100%

Gráfico 29 - Grau de dependência nicotínica, segundo tempo de diagnóstico

Não há evidência de associação entre grau de dependência nicotínica e terapias ($Fisher = 0.584$) ou internações anteriores ($X^2 = 20.7232$, $Pr = 0.189$), porém observa-se que as maiores proporções de tabagistas com grau muito elevado ocorrem nos sujeitos sem terapia (26,1%) e naqueles com três (40%) e quatro ou mais internações (37%). Entre os sujeitos sem história de internações prevalecem os tabagistas com grau de dependência muito baixo (25%).

Quanto às comorbidades, verifica-se que elas são mais frequentes entre os tabagistas com grau de dependência elevado (32%) e muito elevado (30%) e menos frequentes entre os tabagistas com grau médio (4%) e muito baixo (12%), (Tabela 18). Essa associação é confirmada pelo teste exato de *Fisher* (0.048).

Tabela 18 - Distribuição da proporção de sujeitos com comorbidades, segundo grau de dependência nicotínica

Grau de dependência nicotínica	Comorbidades			Total
	Sim	Não	Não sabe	
Muito baixo	6 12%	7 15,9%	1 50%	14 14,6%
Baixo	11 22%	7 15,9%	0 0%	18 18,8%
Médio	2 4%	11 25%	0 0%	13 13,5%
Elevado	16 32%	11 25%	1 50%	28 29,2%
Muito elevado	15 30%	8 18,2%	0 0%	23 24%
Total	50 100 %	44 100 %	2 100%	96 100%

Conforme se observa na Tabela 19, o teste exato de *Fisher* evidencia que não há associação entre grau de dependência nicotínica e as atividades e hábitos da vida diária.

Apesar de não haver evidência de associação entre grau de dependência nicotínica e as variáveis acima, observa-se que a maior proporção de sujeitos com hábito de tomar café se encontra entre aqueles com grau de dependência elevado (31%) e muito elevado (25%), ao passo que a maioria dos sujeitos que não toma café ocorre naqueles com grau muito baixo (33,3%), (Gráfico 30).

Gráfico 30 - Distribuição da proporção de sujeitos por grau de dependência nicotínica e uso de café

Tabela 19 - Grau de dependência nicotínica, segundo as atividades e hábitos da vida diária

Variáveis		Muito baixo	Baixo	Médio	Elevado	Muito elevado	Total	Fisher
Alcool	Sim	4	6	2	7	5	24	0.837
		16,7%	25%	8,3%	29,2%	20,8%	100%	
	Não	10	12	11	21	18	72	
		13,9%	16,7%	15,3%	29,2%	25%	100%	
Café	Sim	10	16	11	26	21	84	0.380
		11,9%	19,1%	13,1%	31%	25%	100%	
	Não	4	2	2	2	2	12	
		33,3%	16,7%	16,7%	16,7%	16,7%	100%	
Substâncias ilícitas	Sim	2	1	2	5	1	11	0.523
		18,2%	9,1%	18,2%	45,5%	9,1%	100%	
	Não	12	17	11	23	22	85	
		14,1%	20%	12,9%	27,1%	25,9%	100%	
Jogos	Sim	0	4	1	3	2	10	0.405
		0%	40%	10%	30%	20%	100%	
	Não	14	14	12	25	21	86	
		16,3%	16,3%	14%	29,1%	24,4%	100%	
Televisão	Sim	11	16	8	25	16	76	0.165
		14,5%	21,1%	10,5%	32,9%	21,1%	100%	
	Não	3	2	5	3	7	20	
		15%	10%	25%	15%	35%	100%	
Exercícios físicos	Sim	4	5	2	8	4	23	0.799
		17,4%	21,7%	8,7%	34,8%	17,4%	100%	
	Não	10	13	11	20	19	73	
		13,7%	17,8%	15,1%	27,4%	26%	100%	
Leitura	Sim	7	7	7	11	11	43	0.873
		16,3%	16,3%	16,3%	25,6%	25,6%	100%	
	Não	7	11	6	17	12	53	
		13,2%	20,8%	11,3%	32,1%	22,6%	100%	
Atividades culturais	Sim	5	2	1	3	3	14	0.288
		35,7%	14,3%	7,1%	21,4%	21,4%	100%	
	Não	9	16	12	25	20	82	
		11%	19,5%	14,6%	30,5%	24,4%	100%	
Passeios	Sim	7	10	8	16	8	49	0.475
		14,3%	20,4%	16,3%	32,7%	16,3%	100%	
	Não	7	8	5	12	15	47	
		14,9%	17%	10,6%	25,5%	31,9%	100%	
Viagens	Sim	5	6	3	9	2	25	0.206
		20%	24%	12%	36%	8%	100%	
	Não	9	12	10	19	21	71	
		12,7%	16,9%	14,1%	26,8%	29,6%	100%	
Outras atividades de lazer	Sim	12	12	11	17	12	64	0.157
		18,8%	18,8%	17,2%	26,6%	18,8%	100%	
	Não	2	6	2	11	11	32	
		6,3%	18,8%	6,3%	34,4%	34,4%	100%	
Total		14	18	13	28	23	96	
		14,6%	18,8%	13,5%	29,2%	24%	100%	

A Tabela 20 mostra que o grau mais elevado de dependência nicotínica está associado à maior quantidade de cigarros fumados/dia, ao maior tempo de tabagismo (período entre o início do hábito até o momento atual) e ao gasto mais elevado com a compra de tabaco, entre outras variáveis.

Tabela 20 - Associação entre grau de dependência nicotínica e outras variáveis

Variáveis		Muito baixo	Baixo	Médio	Elevado	Muito elevado	Total	Fisher
Quantidade cigarro/dia	1 a 10 cigarros	11	7	4	1	1	24	0.000
	11 e + cigarros	78,6%	38,9%	30,8%	3,6%	4,4%	25%	
		3	11	9	27	22	72	
		21,4%	61,1%	69,2%	96,4%	95,7%	75%	
Há quanto tempo é tabagista	Há até 20 anos	11	9	7	14	5	46	0.016
	Há 21 anos ou +	78,6%	50%	53,9%	50%	21,7%	47,9%	
		3	9	6	14	18	50	
		21,4%	50%	46,2%	50%	78,3%	50,1%	
Gasto mensal com tabaco	Nenhum	3	0	0	0	0	3	0.000
	Até R\$ 60	21,4%	0%	0%	0%	0%	3,1%	
		9	15	10	16	2	52	
		64,3%	83,3%	76,9%	57,1%	8,7%	54,2%	
	Acima de R\$ 60	2	3	3	12	21	41	
		14,3%	16,7%	23,1%	42,9%	91,3%	42,7%	
É capaz de parar de fumar	Sim	14	12	7	12	9	54	0.002
	Não	100%	66,7%	53,9%	42,7%	39,1%	56,3%	
		0	4	2	13	11	30	
		0%	22,2%	15,4%	46,4%	47,8%	31,3%	
	Não sabe	0	2	4	3	3	12	
		0%	11,1%	30,8%	10,7%	13%	12,5%	
Tentativas de parar de fumar	Sim	8	17	12	21	23	81	0.002
	Não	57,1%	94,4%	92,3%	75%	100%	84,4%	
		6	1	1	7	0	15	
		42,9%	5,6%	7,7%	25%	0%	15,6%	
Diferença no padrão de fumo em casa e no hospital	Sim	9	17	13	28	23	90	0.001
	Não	64,3%	94,4%	100%	100%	100%	93,8%	
		3	1	0	0	0	4	
		21,4%	5,6%	0%	0%	0%	4,2%	
	Não se aplica	2	0	0	0	0	2	
		14,3%	0%	0%	0%	0%	2,1%	
Percebe efeitos do cigarro no organismo	Sim	12	18	13	28	23	94	0.037
	Não	85,7%	100%	100%	100%	100%	97,9%	
		2	0	0	0	0	2	
		14,3%	0%	0%	0%	0%	2,1%	
Percebe efeitos do cigarro no comportamento	Sim	12	18	12	28	23	93	0.026
	Não	85,7%	100%	92,3%	100%	100%	96,9%	
		2	0	1	0	0	3	
		14,3%	0%	7,7%	0%	0%	3,1%	
Considera-se tabagista	Sim	5	14	9	25	21	74	0.001
	Não	35,7%	77,8%	69,2%	89,3%	91,3%	77,1%	
		9	4	4	3	2	22	
		64,3%	22,2%	30,8%	10,7%	8,7%	22,9%	
Total		14	18	13	28	23	96	
		100%	100%	100%	100%	100%	100%	

Conforme observado na Tabela 20 e no Gráfico 31, a elevação do grau de dependência nicotínica é acompanhada pelo aumento da proporção de sujeitos que fumam 11 e mais cigarros/dia. Esta associação é estatisticamente significativa (*Fisher*= 0.000).

Gráfico 31 - Associação entre grau de dependência nicotínica e quantidade diária de cigarro

No Gráfico 32, verifica-se que, conforme aumenta o grau de dependência nicotínica, aumenta também a proporção de sujeitos tabagistas há 21 anos ou mais e diminui a proporção de tabagistas há até 20 anos (*Fisher*= 0.016).

Gráfico 32 - Associação entre tempo de tabagismo e grau de dependência nicotínica

Há associação entre gasto mensal com tabaco e grau de dependência nicotínica (*Fisher*= 0.000). A proporção de sujeitos com gasto acima de R\$ 60/mês aumenta conforme aumenta o grau de dependência nicotínica, o inverso ocorrendo em relação aos sujeitos com gasto até R\$ 60 (Gráfico 33).

Gráfico 33 - Associação entre gasto mensal com tabaco e grau de dependência nicotínica

A maior proporção de sujeitos que se sentem capazes de parar de fumar ocorre entre aqueles com grau de dependência nicotínica muito baixo. Conforme o grau de dependência nicotínica se eleva, observa-se a diminuição da proporção de sujeitos que se sentem capazes de parar de fumar, enquanto aumenta a proporção dos indivíduos que não se sentem capazes ou que têm dúvida (Gráfico 34). O teste exato de *Fisher* confirma essas diferenças proporcionais (*Fisher*= 0.002).

Gráfico 34 - Associação entre sentir-se capaz de parar de fumar e grau de dependência nicotínica

O teste exato de *Fisher* evidencia associação entre grau de dependência nicotínica e aceitação da condição de tabagista (*Fisher*= 0.001). A maior proporção de sujeitos que não se consideram tabagistas ocorre entre aqueles com grau de dependência nicotínica muito baixo; a proporção de sujeitos que não se percebem como tabagistas diminui conforme o grau de dependência nicotínica é elevado (Gráfico 35).

Gráfico 35 - Associação entre aceitação da condição de tabagista e grau de dependência nicotínica

5.4 ASSOCIAÇÃO ENTRE TABAGISMO E OUTRAS VARIÁVEIS

Entre os 96 tabagistas, 89 (92,7%) fumam cigarro e sete (7,3%) usam fumo de corda. A proporção de usuários de cigarro e de fumo de corda não difere de acordo com o início da doença (*Fisher*= 0.912), diagnóstico (*Fisher*= 0.170), número de internações anteriores (*Fisher*= 0.298), serviços utilizados nas internações (*Fisher*= 0.278) e terapias (*Fisher*= 1.000).

Embora não haja diferença estatisticamente significativa, a proporção de usuários de cigarro é ligeiramente maior entre os sujeitos com 11 anos e mais de doença (95,8%), enquanto a maior proporção de fumo de corda é encontrada entre os sujeitos com história de internações anteriores apenas em hospital psiquiátrico (18,2%), (Tabela 21).

Tabela 21 - Distribuição da proporção de tabagistas, segundo tipo principal de tabaco e locais das internações anteriores

Locais das internações anteriores	Tipo principal de tabaco		Total
	Cigarro	Fumo de corda	
Sem internação anterior	35 87,5%	5 12,5%	40 100%
Hospital geral (HG)	12 100%	0 0%	12 100%
Hospital psiquiátrico (HP)	9 81,8%	2 18,2%	11 100%
HG e HP	13 100%	0 0%	13 100%
HG, HP e Emergência	5 100%	0 0%	5 100%
Outras combinações	15 100%	0 0%	15 100%
Total	89 92,7%	7 7,3%	96 100%

Quanto à quantidade de cigarros, verifica-se que a maioria dos tabagistas (75%) fuma mais de dez cigarros por dia e 25% fumam até dez cigarros. Apesar da diferença de proporção entre quantidade de cigarros por tempo de doença não ser significativa ($Fisher= 0.343$), observa-se que a maior proporção de tabagistas que fumam de um a dez cigarros por dia ocorre entre os sujeitos com até 12 meses de doença (36,4%), enquanto a maior proporção de tabagistas que fumam onze e mais cigarros ocorre entre aqueles com 11 anos e mais de diagnóstico (83,3%), (Gráfico 36).

Gráfico 36 - Distribuição da proporção de sujeitos, segundo quantidade diária de cigarros e tempo de início da doença

Observando-se a quantidade de cigarros segundo as medidas de tendência central e de dispersão, verifica-se que a média de cigarros fumados por dia é de 24,2 (1 – 100 cigarros, DP: 19), (Gráfico 37).

Gráfico 37 - Distribuição da quantidade diária de cigarros

Há maior proporção de sujeitos que fumam de um a dez cigarros entre aqueles sem história de internações anteriores (35%) e entre aqueles sem terapia (34,8%), enquanto a

maior proporção de sujeitos que fumam onze e mais cigarros ocorre entre os sujeitos com quatro ou mais internações anteriores (88,9%) e entre os que recebem apenas terapia clínica (81,4%). Apesar desses indícios, as diferenças proporcionais entre quantidade de tabaco e internações anteriores e quantidade de tabaco e terapias não são estatisticamente significantes (*Fisher*= 0.223 e 0.353, respectivamente).

Também não há evidência de associação entre diagnóstico médico e quantidade diária de cigarros (*Fisher*= 0.894), mas identifica-se que, dentre os sujeitos que fumam onze e mais cigarros (*n*= 72), há maior frequência de sujeitos com transtornos mentais severos – esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e delirantes (34,7%), transtornos do humor (31,9%) e transtornos da personalidade (13,9%), transtornos do humor (31,9%) e transtornos da personalidade (13,9%), (Gráfico 38).

Gráfico 38 - Distribuição da proporção de sujeitos que fumam onze e mais cigarros/dia, segundo grupos diagnósticos (CID 10)

Quando investigados sobre há quanto tempo são tabagistas (início do hábito até momento atual), verifica-se que os sujeitos fumam em média há 21,4 anos (3 dias – 52 anos), sendo que dois (2,1%) deles começaram a fumar durante a internação atual, (Gráfico 39).

Gráfico 39 - Distribuição do tempo de tabagismo

Ao analisar o tempo de tabagismo de forma categórica, identifica-se evidência de associação com diagnóstico médico ($Fisher = 0.007$), (Tabela 22)

Tabela 22 - Distribuição da proporção de sujeitos, segundo tempo de tabagismo e diagnóstico médico (CID 10)

Diagnóstico médico (CID 10)	Tempo de tabagismo		Total
	Até 20 anos	21 anos e mais	
Esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e delirantes (F20 – F29)	16 50%	16 50%	32 100%
Transtornos do humor (afetivos), (F30 – F39)	9 27,3%	24 72,7%	33 100%
Transtornos neuróticos, transtornos relacionados com o “stress” e transtornos somatoformes (F40 – F48)	2 40%	3 60%	5 100%
Síndromes comportamentais associadas a disfunções fisiológicas e a fatores físicos (F50 – F59)	1 50%	1 50%	2 100%
Transtornos da personalidade e do comportamento do adulto (F60 – F69)	9 75%	3 25%	12 100%
Outros	9 75%	3 25%	12 100%
Total	46 47,9%	50 52,1%	96 100%

Entre os sujeitos com esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e delirantes (F20 – F29) e entre os sujeitos com síndromes comportamentais (F50 – F59), não há diferença nas proporções entre pessoas que fumam há menos de 20 anos e pessoas que fumam há 21 anos e mais. Entre os sujeitos com transtornos do humor (F30 – F39) e transtornos neuróticos (F40 – F48), há maior proporção de sujeitos com 21 anos e mais de tabagismo. Entre os sujeitos com transtornos da personalidade e outros diagnósticos prevalece a proporção dos tabagistas há menos de 20 anos.

Quanto à associação entre tempo de tabagismo e início da doença ($Fisher = 0.000$), verifica-se que, conforme aumenta o tempo de diagnóstico, aumenta também a proporção de

tabagistas com 21 anos e mais e diminui a proporção de tabagistas há menos de 20 anos, (Gráfico 40).

Gráfico 40 - Distribuição da proporção de sujeitos, segundo tempo de tabagismo e tempo de início da doença

Não há associação estatística entre tempo de tabagismo e as variáveis número de internações anteriores (*Fisher*= 0.439) e serviços utilizados (*Fisher*= 0.677), porém observa-se que a maior proporção de sujeitos com 21 anos ou mais de tabagismo ocorre entre aqueles com história de quatro ou mais internações (66,7%).

Entre os sujeitos que recebem apenas terapia clínica e entre os que recebem terapia clínica e outras, prevalece a proporção de fumantes há 21 anos e mais (58,1% e 60%). O contrário ocorre entre os sujeitos sem terapia, dentre os quais prevalece a proporção de fumantes há menos de 20 anos (69,6%), (Tabela 23). Contudo, o teste exato de *Fisher* não evidencia associação estatisticamente significativa entre as variáveis terapias e tempo de tabagismo (*Fisher*= 0.067), apenas sinaliza que há indícios de tendência de associação entre elas.

Tabela 23 - Distribuição da proporção de sujeitos, segundo tempo de tabagismo e tipo de terapia recebida

Terapias	Tempo de tabagismo		Total
	Até 20 anos	21 anos e mais	
Clínica	18 41,9%	25 58,1%	43 100%
Clínica e outras	12 40%	18 60%	30 100%
Sem terapia	16 69,6%	7 30,4%	23 100%
Total	46 47,9%	50 52,1%	96 100%

O gasto médio mensal na compra de tabaco é de R\$ 86, sem associação estatística com início da doença (*Fisher*= 0.268), diagnóstico (*Fisher*= 0.843), número de internações anteriores (*Fisher*= 0.198), serviços utilizados (*Fisher*= 0.283) ou terapias (*Fisher*= 0.856).

Embora não haja evidência estatística, verifica-se que a maior proporção de tabagistas com gasto de até R\$ 60 ocorre nos sujeitos com até 12 meses de diagnóstico (68,2%), com história de apenas uma internação anterior (69,2%) e que recebem apenas terapia clínica (55,8%). A maior proporção de tabagistas com gasto acima de R\$ 60 ocorre entre aqueles com mais de dez anos de diagnóstico (58,3%), história de quatro ou mais internações (59,3%) e que recebem terapia clínica e outras (46,7%).

Na Tabela 24, apresenta-se a caracterização da história do tabagismo dos sujeitos do estudo, bem como alguns aspectos atuais.

Tabela 24 - Caracterização da história do tabagismo e dos aspectos atuais, segundo os tabagistas internados na enfermaria de psiquiatria

Variáveis		Tabagistas (n= 96)	
		n	%
Idade de início do tabagismo	Até 10 anos	9	9,4
	11 a 15 anos	50	52,1
	16 a 20 anos	23	24
	21 anos e mais	14	14,6
Fatores que influenciaram o início	Família	32	33,3
	Amigos	41	42,7
	Outros	23	24
Outros tabagistas na família	Sim	92	95,8
	Não	4	4,2
Tentativas de parar de fumar	Sim	81	84,4
	Não	15	15,6
Número de tentativas de parar de fumar	Nenhuma	15	15,6
	Uma	22	22,9
	Duas	32	33,3
	Três	11	11,5
	Quatro e mais	16	16,7
Método utilizado para tentar parar de fumar	Grupo e medicamentos	16	16,7
	Sozinho	65	67,7
	Não se aplica	15	15,6
Máximo de tempo sem fumar	1 a 7 dias	27	28,1
	8 a 60 dias	19	19,8
	61 dias e mais	35	36,5
	Não se aplica	15	15,6
Buscaria ajuda para parar de fumar	Ambulatório Saúde Mental	3	3,1
	Rede Básica	14	14,6
	CAPS-ad	3	3,1
	Tentaria sozinho	39	40,6
	Outro	7	7,3
	Não sabe	30	31,3
Padrão de fumo diferente no hospital e em casa	Sim	90	93,8
	Não	4	4,2
	Não se aplica	2	2,1
Total		96	100

Conforme se observa na Tabela 24 e no Gráfico 41, 50 sujeitos (52,1%) iniciaram o tabagismo na idade entre 11 e 15 anos, seguidos dos sujeitos que o iniciaram entre 16 e 20 anos (24%), 21 anos e mais (14,6%) e até dez anos (9,4%). A média de idade do início do tabagismo é de 16,2 anos (7 – 43 anos, DP: 6,5).

Gráfico 41 - Distribuição dos sujeitos, segundo idade de início do tabagismo

A idade média de início do tabagismo, nos sujeitos do estudo, é de 16,2 anos (7 a 43 anos, DP: 6,5 anos).

A proporção de idade do início do tabagismo não difere estatisticamente segundo os grupos diagnósticos (*Fisher*= 0.172), tempo de doença (*Fisher*= 0.743), terapias (*Fisher*= 0.241) e número de internações anteriores (*Fisher*= 0.838). No entanto, há evidência de associação entre idade de início do tabagismo e serviços utilizados nas internações anteriores (*Fisher*= 0.016).

Conforme se observa na Tabela 25, entre os sujeitos que começaram a fumar mais tarde (16 a 20 anos e 21 anos e mais) prevalece a proporção de sujeitos com história de internações anteriores apenas em hospital psiquiátrico (45,5% e 36,4%, respectivamente). Entre os sujeitos que iniciaram o tabagismo entre 11 e 15 anos prevalece a proporção de sujeitos com história de internação apenas em hospital geral (83,3%).

Tabela 25 - Distribuição da proporção de sujeitos, segundo idade de início do tabagismo e locais das internações anteriores

Locais das internações anteriores	Idade início tabagismo				Total
	Até 10 anos	11 a 15 anos	16 a 20 anos	21 anos e mais	
Sem internações anteriores	4 10%	18 45%	9 22,5%	9 22,5%	40 100%
Hospital geral (HG)	1 8,3%	10 83,3%	1 8,3%	0 0%	12 100%
Hospital psiquiátrico (HP)	1 9,1%	1 9,1%	5 45,5%	4 36,4%	11 100%
HG e HP	1 7,7%	10 76,9%	1 7,7%	1 7,7%	13 100%
HG, HP e Emergência	1 20%	3 60%	1 20%	0 0%	5 100%
Outras combinações	1 6,7%	8 53,3%	6 40%	0 0%	15 100%
Total	9 9,4%	50 52,1%	23 24%	14 14,6%	96 100%

Apesar de não ser estatisticamente significativa a associação entre idade de início do tabagismo e diagnóstico médico, identifica-se que, entre os transtornos mentais severos – esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e delirantes, transtornos do humor e transtornos da personalidade –, há prevalência elevada de sujeitos que começaram a fumar após os 16 anos (40,6%, 42,4% e 41,7%).

Ao colocar os sujeitos com transtornos mentais severos em um único grupo, constata-se que 41,6% começaram a fumar após 16 anos, enquanto apenas 26,3% das pessoas com os demais transtornos começaram a fumar após essa idade. Essas diferenças proporcionais são mostradas na Tabela 26 e no Gráfico 42.

Tabela 26 - Idade de início do tabagismo de acordo com os transtornos mentais severos e os demais transtornos

Diagnóstico médico	Idade de início do tabagismo		Total
	Até 15 anos	16 anos e mais	
Transtornos mentais severos (esquizofrenia, transtornos do humor e transtornos da personalidade)	45 58,4%	32 41,6%	77 100%
Demais transtornos	14 73,7%	5 26,3%	19 100%
Total	59 61,5%	37 38,5%	96 100%

Gráfico 42 - Distribuição da proporção de sujeitos, segundo idade de início do tabagismo, transtornos mentais severos e demais transtornos

Quanto aos fatores que influenciaram o início do tabagismo, 41 sujeitos (42,7%) relatam terem sido influenciados por amigos, 32 (33,3%) por familiares e 23 (24%) por outros fatores (Gráfico 43). Não há evidência de associação com tempo de início da doença ($Fisher=0.377$), diagnóstico ($Fisher=0.055$), internações anteriores ($Fisher=0.294$), serviços frequentados ($Fisher=0.673$) e terapias ($Fisher=0.849$).

Gráfico 43 - Fatores que influenciaram o início do tabagismo

A maioria dos sujeitos ($n=92$) tem outros tabagistas na família, sem diferença estatisticamente significativa nas proporções conforme o tempo de início da doença ($Fisher=0.249$), diagnóstico ($Fisher=0.136$), internações anteriores ($Fisher=1.000$), serviços utilizados ($Fisher=0.314$) ou terapias ($Fisher=0.453$).

Desperta atenção, apesar de não haver significância estatística, o fato de que as menores proporções de sujeitos com tabagistas na família encontram-se entre aqueles com esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e delirantes (96,9%), transtornos da personalidade (91,6%) e outros (81,8%), enquanto a proporção nos demais grupos diagnósticos é de 100%.

O teste exato de *Fisher* fornece evidência de associação entre tentativas de parar de fumar e tempo de diagnóstico (*Fisher*= 0.024). A maior proporção de sujeitos que nunca tentaram parar de fumar encontra-se entre aqueles com até 12 meses de diagnóstico (36,4%), enquanto a maior proporção de sujeitos que já tentaram isso encontra-se entre aqueles com mais tempo de diagnóstico, 5 a 10 anos (95,7%) e 11 anos e mais (91,7%), (Gráfico 44).

Gráfico 44 - Tentativas de parar de fumar, segundo tempo de início da doença

Não há evidência de associação entre tentativas de parar de fumar e grupos diagnósticos (*Fisher*= 0.331), porém verifica-se que as maiores proporções de sujeitos que nunca tentaram parar de fumar ocorrem nas síndromes comportamentais associadas a disfunções fisiológicas e a fatores físicos (F50 – F59), (50%), outros diagnósticos (27,3%) e transtornos da personalidade (25%).

Maior proporção de sujeitos que já tentaram parar de fumar ocorre também entre aqueles com história de quatro e mais internações (92,6%) e que recebem terapia clínica e outras (90%). As menores proporções são encontradas entre os sujeitos internados pela primeira vez (77,5%) e entre aqueles sem terapia (78,3%). Apesar dessas diferenças proporcionais, o teste exato de *Fisher* não confirma as associações (*Fisher*= 0.537 e 0.483).

Quanto ao número de tentativas de parar de fumar, os sujeitos apresentaram uma média de 3,5 tentativas (1 – 50, DP: 5,9). Ao se considerarem esses dados de forma categórica, constata-se que 33,3% dos sujeitos tentaram parar duas vezes; 22,9%, uma vez; 16,7%, quatro e mais vezes; 15,6%, nenhuma vez e 11,5%, três vezes (Gráfico 45).

Gráfico 45 - Distribuição dos sujeitos de acordo com o número de tentativas de parar de fumar

O número de tentativas de parar de fumar está associado aos serviços utilizados nas internações anteriores ($X^2 = 35.6428$, $Pr = 0.017$), sendo que a maior proporção de sujeitos sem tentativas de parar de fumar ocorre entre aqueles com história de internação anterior apenas em hospital geral (25%) e entre os que nunca haviam sido internados (22,5%). As maiores proporções de sujeitos com quatro e mais tentativas ocorre entre os sujeitos com história de internações em hospital psiquiátrico (18,2%) e outras combinações (20%), (Tabela 27).

Tabela 27 - Número de tentativas de parar de fumar de acordo com os locais das internações anteriores

Locais das internações anteriores	Tentativas de parar de fumar					Total
	Nenhuma	Uma	Duas	Três	Quatro e mais	
Sem internações anteriores	9 22,5%	7 17,5%	11 27,5%	5 12,5%	8 20%	40 100%
Hospital geral (HG)	3 25%	0 0%	7 58,3%	0 0%	2 16,7%	12 100%
Hospital psiquiátrico (HP)	0 0%	4 36,4%	1 9,1%	4 36,4%	2 18,2%	11 100%
HG e HP	1 7,7%	2 15,4%	8 61,5%	1 7,7%	1 7,7%	13 100%
HG, HP e Emergência	0 0%	4 80%	1 20%	0 0%	0 0%	5 100%
Outras combinações	2 13,3%	5 33,3%	4 26,7%	1 6,7%	3 20%	15 100%
Total	15 15,6%	22 22,9%	32 33,3%	11 11,5%	16 16,7%	96 100%

Segundo o teste exato de *Fisher*, o número de tentativas de parar de fumar não está associado ao início da doença (*Fisher*= 0.235), ao número de internações anteriores (*Fisher*= 0.513), às terapias (*Fisher*= 0.858) ou ao diagnóstico médico (*Fisher*= 0.945).

Em relação ao método utilizado para tentar parar de fumar da última vez, 67,7% dos tabagistas tentaram parar de fumar sozinhos, 16,7% tentaram parar com ajuda de grupo e medicamentos e 15,6% nunca tentaram parar (Gráfico 46).

Gráfico 46 - Distribuição dos sujeitos de acordo com os métodos utilizados para tentar parar de fumar

Conforme se observa na Tabela 28, a maior proporção de sujeitos que já tentaram parar de fumar com ajuda de grupo e medicamentos ocorre entre os sujeitos com diagnóstico de esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e delirantes (31,3%), proporção maior quando comparada com cada um dos demais transtornos – transtornos do humor (F30 – F39 - 12,1%), transtornos neuróticos (F40 – F48 - 20%) e outros (8,3%) - e mesmo com o total de tabagistas (16,7%). A maior proporção de sujeitos que tentaram parar de fumar sozinhos encontra-se entre os transtornos do humor (75,8%) e transtornos da personalidade (75%). O teste exato de *Fisher* não confirma essas diferenças proporcionais (0.265).

Tabela 28 - Distribuição da proporção de sujeitos por diagnóstico médico (CID 10) e métodos utilizados para tentar parar de fumar

Diagnóstico médico (CID 10)	Métodos já utilizados para tentar parar de fumar			Total
	Grupo e/ou medicamentos	Tentaram parar sozinhos	Nunca tentaram parar	
Esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e delirantes (F20 – F29)	10 31,3%	19 59,4%	3 9,4%	32 100%
Transtornos do humor (afetivos), (F30 – F39)	4 12,1%	24 75,8%	4 12,1%	33 100%
Transtornos neuróticos, transtornos relacionados com o “stress” e transtornos somatoformes (F40 – F48)	1 20%	3 60%	1 20%	5 100%
Síndromes comportamentais associadas a disfunções fisiológicas e a fatores físicos (F50 – F59)	0 0%	1 50%	1 50%	2 100%
Transtornos da personalidade e do comportamento do adulto (F60 – F69)	0 0%	9 75%	3 25%	12 100%
Outros	1 8,3%	8 66,7%	3 25%	12 100%
Total	16 16,7%	65 67,7%	15 15,6%	96 100%

A proporção de sujeitos que tentaram parar de fumar com ajuda de grupo e medicamentos é maior também naqueles com 11 anos e mais de doença (29,2%), com história de quatro e mais internações (33,3%) e terapias clínicas e outras (20%), porém sem evidência de associação ($Fisher = 0.064, 0.263$ e 0.829).

A média de tempo máximo sem fumar da amostra é de 377 dias (1 – 5475 dias, DP: 82 dias), (Tabela 29).

Tabela 29 - Tempo máximo sem fumar: média, desvio padrão, mínimo, mediana e máximo

Diagnóstico	Média	Máximo de tempo sem fumar			
		Desvio padrão	Mínimo	Mediana	Máximo
Esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e delirantes (F20 – F29)	572 dias	1319 dias	1 dia	60 dias	5475 dias
Transtornos do humor (F30 – F39)	273 dias	539 dias	1 dia	3 dias	2190 dias
Transtornos neuróticos, transtornos relacionados com o “stress” e transtornos somatoformes (F40 – F48)	949 dias	1612 dias	15 dias	213 dias	3355 dias
Transtornos da personalidade e do comportamento do adulto (F60 – F69)	172 dias	256 dias	1 dia	90 dias	240 dias
Outros	66 dias	82 dias	1 dia	30 dias	240 dias
Total	377 dias	930 dias	1 dia	30 dias	5475 dias

Observando-se os valores de dispersão e de tendência central em relação ao máximo de tempo que os sujeitos do estudo, separados por grupos diagnósticos, conseguiram ficar sem fumar, identifica-se uma ampla variabilidade por meio do valor do desvio padrão. Portanto, a média calculada para cada grupo tende a valores extremos, sendo neste caso mais fidedigna a comparação do máximo de tempo sem fumar por meio da mediana, pela qual se constata que o menor tempo sem fumar ocorre entre os portadores de transtornos do humor (3 dias), (Tabela 29 e Gráfico 47).

Gráfico 47 - Mediana do máximo de tempo sem fumar, segundo diagnósticos médicos (CID 10)

Ao organizar o tempo máximo que os sujeitos já conseguiram ficar sem fumar, de forma categórica, observa-se que dos 96 tabagistas, 35 (36,5%) já conseguiram ficar 61 dias ou mais sem fumar; 27 (28,1%), de um a sete dias; 19 (19,8%), de oito a 60 dias e 15 (15,6%) nunca tentaram parar (Gráfico 48).

Gráfico 48 - Distribuição dos sujeitos de acordo com o máximo de tempo que conseguiram ficar sem fumar

São identificadas diferenças proporcionais entre o máximo de tempo sem fumar segundo os grupos diagnósticos (*Fisher*= 0.005), (Tabela 30).

Tabela 30 - Distribuição do máximo de tempo sem fumar de acordo com os grupos diagnósticos (CID 10)

Diagnóstico médico (CID 10)	Máximo de tempo sem fumar				Total
	Nenhum dia	1 a 7 dias	8 a 60 dias	61 dias e +	
Esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e delirantes (F20 – F29)	3 9,4%	5 15,6%	10 31,3%	14 43,8%	32 100%
Transtornos do humor (afetivos), (F30 – F39)	4 12,1%	18 54,6%	1 3%	10 30,3%	33 100%
Transtornos neuróticos, transtornos relacionados com o “stress” e transtornos somatoformes (F40 – F48)	1 20%	0 0%	2 40%	2 40%	5 100%
Síndromes comportamentais associadas a disfunções fisiológicas e a fatores físicos (F50 – F59)	1 50%	0 0%	0 0%	1 50%	2 100%
Transtornos da personalidade e do comportamento do adulto (F60 – F69)	3 25%	2 16,7%	2 16,7%	5 41,7%	12 100%
Outros	3 25%	2 16,7%	4 33,3%	3 25%	12 100%
Total	15 15,6%	27 28,1%	19 19,8%	35 36,5%	96 100%

Verifica-se que entre os sujeitos com esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e delirantes (F20 – F29), síndromes comportamentais (F50 – F59) e transtornos da personalidade (F60 – F69), há maior proporção de sujeitos que já conseguiram ficar mais de 60 dias sem fumar (43,8%, 50% e 41,7%). Entre os transtornos do humor (F30 – F39)

prevalecem os sujeitos que tiveram maior dificuldade de ficar sem fumar até sete dias (54,6%); proporção maior tanto em relação aos demais grupos diagnósticos como em relação ao total de tabagistas que conseguiram ficar sem fumar em igual período de tempo.

Entre os sujeitos sem história de internações anteriores, com história de uma e duas internações prevalecem aqueles que conseguiram ficar mais de 60 dias sem fumar (40%, 30,8% e 50%), enquanto entre os sujeitos com história de três internações e quatro ou mais internações prevalecem aqueles que conseguiram ficar sem fumar de um a sete dias (40% e 40,7%). Conforme aumenta o número de internações parece diminuir o máximo de tempo em abstinência, porém essas diferenças proporcionais não são estatisticamente significantes (*Fisher*= 0.693).

Não há evidência de associação entre máximo de tempo sem fumar com início da doença (*Fisher*= 0.155), terapias (*Fisher*= 0.184) e serviços utilizados nas internações anteriores ($X^2= 20.8800$, *Pr*= 0.141), porém observa-se que a maior proporção de sujeitos que conseguiram ficar sem fumar no máximo até sete dias ocorre entre aqueles com história de internação anterior apenas em hospital psiquiátrico (54,6%).

Se decidisse parar de fumar hoje, a maioria dos sujeitos tentaria sozinha (40,6%); 31,3% não sabem a quem recorrer; 14,6% procurariam a rede básica de saúde; 7,3% recorreriam a outros tipos de ajuda e 6,2% ao CAPS-ad ou ambulatório de saúde mental, (Gráfico 49).

Gráfico 49 - Locais onde os sujeitos buscariam ajuda para parar de fumar

Embora o teste qui-quadrado não mostre evidência de associação entre os locais em que buscariam ajuda para parar de fumar e tempo de doença ($X^2= 21.7318$, *Pr*= 0.115), observa-se que a maior proporção de sujeitos que não sabem a quem recorrer ocorre entre aqueles com até 12 meses de diagnóstico (40,9%).

Não há evidência de associação entre locais nos quais buscariam ajuda e diagnóstico ($X^2 = 25.0533$, $Pr = 0.722$), porém verifica-se que os sujeitos com esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e delirantes são os responsáveis pela segunda maior proporção de sujeitos que tentariam parar de fumar sozinhos (53,1%), atrás apenas dos sujeitos com outros diagnósticos (63,6%).

Entre os sujeitos sem história de internações anteriores prevalecem os que não sabem a quem recorrer (40%), caso decidam parar de fumar, enquanto entre os sujeitos com uma, duas, três, quatro e mais internações prevalecem os que tentariam sozinhos (38,5%, 50%, 30%, 48,2%), porém sem evidência de associação ($X^2 = 14.4841$, $Pr = 0.805$).

Também não há evidência de associação entre locais onde buscariam ajuda para parar de fumar e terapias ($X^2 = 3.8121$, $Pr = 0.955$) ou locais das internações anteriores ($X^2 = 24.8870$, $Pr = 0.469$), mas verifica-se que a maior proporção de sujeitos que tentariam parar de fumar sozinhos ocorre entre os sem terapia (47,8%) e entre os sujeitos com história de internação apenas em hospital geral (58,3%).

A maioria dos tabagistas ($n = 92$) reconhece os prejuízos do tabagismo à saúde, sem associação com início da doença ($Fisher = 0.493$), diagnóstico ($Fisher = 0.638$), número de internações anteriores ($Fisher = 0.755$), serviços frequentados ($Fisher = 0.470$) e terapias ($Fisher = 0.453$).

Apesar de não haver associação entre acreditar nos malefícios do tabagismo e as demais variáveis, verifica-se que a menor proporção de sujeitos que acreditam nos prejuízos do tabagismo encontra-se entre aqueles com menos de um ano de diagnóstico (90,9%), com diagnóstico de esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e delirantes (90,6%) e sem terapia (91,3%).

Conforme se observa no Gráfico 50, os prejuízos do tabagismo mais reconhecidos são problemas respiratórios (53,3%), câncer (46,7%) e problemas cardiovasculares (21,7%).

Gráfico 50 - Prejuízos do tabagismo reconhecidos pelos sujeitos

Na tabela 31 são apresentadas as principais percepções dos sujeitos do estudo sobre o tabagismo.

Tabela 31 - Percepções sobre o tabagismo

Variáveis	Tabagistas (n= 96)	
	n	%
Acredita nos malefícios do tabagismo	Sim	92 95,8
	Não	4 4,2
Sente-se capaz de parar de fumar	Sim	54 56,3
	Não	30 31,3
	Não sabe	12 12,5
É apoiado para parar de fumar pela equipe da enfermagem	Sim	51 53,1
	Não	45 46,9
É apoiado para parar de fumar pela equipe de outras especialidades	Sim	40 41,7
	Não	47 49
	Não se aplica	9 9,4
A internação psiquiátrica pode influenciar o início do tabagismo	Sim	45 46,9
	Não	51 53,1
Considera-se tabagista	Sim	74 77,1
	Não	22 22,9
Percebe efeitos do cigarro no organismo	Sim	94 97,9
	Não	2 2,1
Percebe efeitos do cigarro no comportamento	Sim	93 96,9
	Não	3 3,1%
Os portadores de transtorno mental fumam mais	Sim	75 78,1
	Não	21 21,9
Os portadores de transtorno mental têm mais dificuldade para parar de fumar	Sim	69 71,9
	Não	27 28,1

Quando questionados sobre sua capacidade para parar de fumar, 54 tabagistas (56,3%) disseram que são capazes, 30 (31,3%) disseram que não são capazes e 12 (12,5%) não sabem. Conforme aumenta o tempo de doença, diminui a proporção de tabagistas que se sentem capazes de parar de fumar, ao passo que aumenta a proporção daqueles que não se sentem

capazes e que têm dúvida (Gráfico 51). O teste exato de *Fisher* confirma essas diferenças proporcionais (*Fisher*= 0.025).

Gráfico 51 - Distribuição da proporção de sujeitos que se sentem capazes de parar de fumar, segundo tempo de diagnóstico

Não há associação entre sentir-se capaz de parar de fumar e as variáveis terapias (*Fisher*= 0.099), número de internações anteriores (*Fisher*= 0.456) e serviços utilizados (*Fisher*= 0.663). Entretanto, verifica-se que a maior proporção de sujeitos que não se sentem capazes encontra-se entre os tabagistas com quatro e mais internações anteriores (40,7%), enquanto a maior proporção daqueles que se sentem capazes encontra-se entre os sujeitos com internação anterior apenas em hospital geral (75%).

Embora não haja evidência de associação entre sentir-se capaz de parar de fumar e diagnóstico médico (*Fisher*= 0.159), verifica-se que a proporção de sujeitos que se sentem capazes de parar de fumar é menor nos transtornos mentais severos – esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e delirantes (59,4%), transtornos da personalidade (58,3%) e transtornos do humor (45,5%) – e nas síndromes comportamentais (F50 – F59), (50%).

Conforme observado na tabela 31, 51 (53,1%) tabagistas sentem apoio da equipe da enfermaria de psiquiatria para parar de fumar. Não há evidência de associação com terapias (*Fisher*= 0.726), número de internações anteriores (*Fisher*= 0.106) e serviços utilizados (*Fisher*= 0.213).

Apesar de não haver evidência de associação entre apoio recebido pela equipe da enfermaria e as variáveis diagnóstico médico (*Fisher*= 0.567) e início da doença (*Fisher*= 0.191), verifica-se que a maior proporção de sujeitos que não percebem o apoio da equipe encontra-se entre aqueles com transtornos da personalidade (66,7%) e entre os pacientes mais crônicos, com 11 anos e mais de diagnóstico (62,5%).

A maioria dos tabagistas (49%) não se sente apoiada para parar de fumar pelos profissionais que atuam em serviços não psiquiátricos, como a atenção básica ou serviços de outras especialidades médicas, enquanto 41,7% relatam receber este apoio e 9,4% não responderam por não frequentar outros serviços além dos psiquiátricos.

A maior proporção de sujeitos que não são apoiados para parar de fumar pelos serviços não psiquiátricos ocorre nos pacientes com mais tempo de doença (11 anos e mais – 58,3%), (Tabela 32). O teste exato de *Fisher* confirma essa associação (0.016).

Tabela 32 - Percepção dos sujeitos sobre o apoio para parar de fumar recebido pelos serviços de saúde não psiquiátricos de acordo com o tempo de início da doença

Início da doença	<u>São apoiados para parar de fumar pela equipe de serviços de saúde não psiquiátricos</u>			Total
	Sim	Não	Não se aplica	
Até 12 meses	7 31,8%	10 45,5%	5 22,7%	22 100%
1 a 4 anos	8 29,6%	15 55,6%	4 14,8%	27 100%
5 a 10 anos	15 65,2%	8 34,8%	0 0%	23 100%
11 anos e mais	10 41,7%	14 58,3%	0 0%	24 100%
Total	40 41,7%	47 49%	9 9,4%	96 100%

Não há evidência de associação entre apoio das equipes de outras especialidades segundo diagnóstico médico (*Fisher*= 0.073), número de internações anteriores (*Fisher*= 0.195), serviços utilizados (*Fisher*= 0.659) e terapias (*Fisher*= 0.558).

Dos 96 tabagistas, 90 (93,8%) tiveram o padrão de fumo modificado na internação atual com diminuição do número habitual de cigarros; quatro (4,2%) não tiveram o padrão modificado e para dois sujeitos essa variável não se aplica, pois começaram a fumar durante a internação atual (Gráfico 52). A proporção de sujeitos que tiveram o padrão de fumo modificado não difere de acordo com o início da doença (*Fisher*= 0.760), diagnóstico médico (*Fisher*= 0.659), número de internações anteriores (*Fisher*= 0.288), serviços utilizados (*Fisher*= 0.683) e terapias (*Fisher*= 0.538).

Gráfico 52 - Proporção de sujeitos que tiveram o padrão de fumo modificado na internação atual

Conforme se observa no Gráfico 53, a maioria dos tabagistas (53,1%) não acredita que a internação psiquiátrica possa influenciar o início do tabagismo, contra 46,9% que acreditam. A maior proporção de sujeitos que acreditam nisso encontra-se entre aqueles com até 12 meses de doença (54,6%), com diagnóstico de transtornos neuróticos, transtornos relacionados com o “stress” e transtornos somatoformes (F40 – F48 - 60%), com quatro ou mais internações anteriores (59,3%) e com terapias clínicas e outras (56,7%). O teste exato de *Fisher* não fornece evidência de associação entre percepção da influência da internação psiquiátrica no início do tabagismo e essas variáveis (0.750, 0.467, 0.440 e 0.426, respectivamente).

Gráfico 53 - Opinião dos sujeitos sobre a influência da internação psiquiátrica no início do tabagismo

Vinte e dois sujeitos (22,9%) não se consideram tabagistas; a negação da condição de tabagista está associada à menor quantidade de cigarros fumados/dia (um a dez cigarros - 54,6%), ao menor tempo de tabagismo (há até 20 anos - 68,2%), ao gasto de até R\$ 60 na compra de tabaco (72,7%), ao sentir-se capaz de parar de fumar (77,3%) e à menor proporção de sujeitos que percebem efeitos do cigarro no seu organismo (90,9%), (Tabela 33).

Tabela 33 - Associação entre aceitação da condição de tabagista e outras variáveis

Variáveis		Considera-se tabagista			Fisher
		Sim	Não	Total	
Quantidade de cigarro/dia	1 a 10 cigarros	12	12	24	0.001
		16,2%	54,6%	25%	
	11 e mais cigarros	62	10	72	
		83,8%	45,5%	75%	
Há quanto tempo é tabagista	Há até 20 anos	31	15	46	0.050
		41,9%	68,2%	47,9%	
	Há 21 anos ou mais	43	7	50	
		58,1%	31,8%	52,1%	
Gasto mensal com tabaco	Nenhum	1	2	3	0.008
		1,4%	9,1%	3,1%	
	Até R\$ 60	36	16	52	
		48,7%	72,7%	54,2%	
	Acima de R\$ 60	37	4	41	
		50%	18,2%	42,7%	
Sente-se capaz de parar de fumar	Sim	37	17	54	0.038
		50%	77,3%	56,3%	
	Não	25	5	30	
		33,8%	22,7%	31,3%	
	Não sabe	12	0	12	
		16,2%	0%	12,5%	
Percebe efeitos do tabagismo no organismo	Sim	74	20	94	0.050
		100%	90,9%	97,9%	
	Não	0	2	2	
		0%	9,1%	2,1%	
Total		74	22	96	
		100%	100%	100%	

Quase todos os sujeitos percebem efeitos do tabagismo no seu organismo (97,2%), sem associação com início da doença (*Fisher*= 0.722), diagnósticos (*Fisher*= 0.373), número de internações anteriores (*Fisher*= 0.177), serviços utilizados nas internações (*Fisher*= 0.478) e terapias (*Fisher*= 0.717).

Apesar de não haver associação estatística entre efeitos do tabagismo no organismo e as variáveis acima, verifica-se que as menores proporções de sujeitos que percebem efeitos no organismo ocorrem entre aqueles com até 12 meses de diagnóstico (95,5%), com outros diagnósticos (90,9%) e transtornos do humor (97%), com história de internação apenas em hospital psiquiátrico (90,9%) e entre aqueles que não recebem nenhum tipo de terapia fora da internação hospitalar (95,7%).

Os efeitos do tabagismo no organismo, percebidos pelos tabagistas, são descritos na Tabela 34.

Tabela 34 - Percepção dos efeitos do tabagismo no organismo

Percepção dos efeitos do tabagismo no organismo	Tabagistas (n= 96)	
	n	%
Alteração nos batimentos cardíacos	48	50
Alterações respiratórias	71	74
Alteração na disposição geral (mais ou menos disposto)	59	61,5
Diminuição do apetite	51	53,1
Emagrecimento	45	46,9
Envelhecimento precoce	67	69,8
Gengivite	33	34,4
Irritação da mucosa nasal	30	31,3
Prejuízo da visão	8	8,3
Prejuízo do olfato	39	40,6
Problemas gastrointestinais	15	15,6
Ressecamento da pele	50	52,1
Rouquidão	45	46,9
Outros (alteração no paladar, no ciclo menstrual e vertigem)	7	7,3
Não percebem alterações	2	2,1
Total	96	100%

Noventa e três tabagistas percebem efeitos do tabagismo em seu comportamento (96,9%). Entre os principais efeitos percebidos no comportamento há destaque para a diminuição da ansiedade, relatada por 79,2% dos sujeitos (Tabela 35).

Tabela 35 - Percepção dos efeitos do tabagismo no comportamento

Percepção dos efeitos do tabagismo no comportamento	Tabagistas (n= 96)	
	n	%
Alteração do sono	39	40,6%
Aumento a ansiedade	14	14,6%
Diminui a ansiedade	76	79,2%
Melhora a concentração	28	28,2%
Prejudica a concentração	34	35,4%
Melhora a memória	9	9,4%
Prejudica a memória	30	31,3%
Melhora do humor	55	57,3%
Total	96	100%

Dentre os 96 tabagistas, 75 (78,1%) acreditam que os pacientes psiquiátricos fumam mais que a população geral (Gráfico 54).

Gráfico 54 - Distribuição dos tabagistas que acreditam que os portadores de transtorno mental fumam mais que a população geral

O grupo com diagnóstico de esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e delirantes (F20 – F29) está associado à percepção de que os portadores de transtorno mental fumam mais ($Fisher= 0.036$), proporção maior tanto em relação a cada um dos demais transtornos como em relação ao total da amostra de tabagistas (Gráfico 55).

Gráfico 55 - Distribuição da proporção de tabagistas que acreditam que os portadores de transtorno mental fumam mais, segundo diagnóstico médico (CID 10)

As diferenças de proporção entre os sujeitos que acreditam e que não acreditam que os portadores de transtorno mental fumam mais que a população geral não são estatisticamente significantes segundo tempo de doença ($Fisher= 0.849$), internações anteriores ($Fisher= 0.321$), serviços utilizados ($Fisher= 0.348$) e terapias ($Fisher= 0.951$).

Embora não haja evidência de associação entre a crença de que os portadores de transtorno mental fumam mais e tempo de diagnóstico, observa-se que a maior proporção de sujeitos que acreditam que os portadores de transtorno mental fumam mais que as demais

peçoas ocorre nos pacientes mais crônicos, 11 anos e mais de diagnóstico (83,3%), nos pacientes com história de quatro ou mais internações (88,9%) e nos pacientes que recebem terapias clínicas e outras (80%).

Sessenta e nove tabagistas (71,9%) acreditam que os portadores de transtorno mental têm mais dificuldade para deixar de fumar do que as demais pessoas, contra 27 (28,1%) que não acreditam (Gráfico 56).

Gráfico 56 - Distribuição dos sujeitos que acreditam que os portadores de transtorno mental têm mais dificuldade para deixar de fumar

A crença de que os portadores de transtorno mental têm mais dificuldade para deixar de fumar está associada ao número de internações anteriores ($Fisher = 0.042$). A maior proporção dessa percepção ocorre nos sujeitos com quatro ou mais internações (85,2%), enquanto a maior proporção daqueles que não acreditam ocorre entre os sujeitos sem história de internações a até três internações (Tabela 36).

Tabela 36 - Distribuição dos sujeitos que acreditam que os portadores de transtorno mental têm mais dificuldade para deixar de fumar, segundo número de internações anteriores

Internações anteriores	Os portadores de transtorno mental têm mais dificuldade para		
	parar de fumar		Total
	Sim	Não	
Nenhuma	30 75%	10 25%	40 100%
Uma	7 53,9%	6 46,2%	13 100%
Duas	5 83,3%	1 16,7%	6 100%
Três	4 40%	6 60%	10 100%
Quatro e mais	23 85,2%	4 14,8%	27 100%
Total	69 71,9%	27 28,1%	96 100%

Quanto aos locais das internações anteriores, verifica-se que entre os sujeitos com história de internação apenas em hospital geral há maior proporção de sujeitos que não acreditam que os portadores de transtorno mental têm mais dificuldade para deixar de fumar (58,3%), proporção contrária aos demais locais de internação, em que prevalece a percepção dessa dificuldade (Tabela 37).

Tabela 37 - Opinião dos sujeitos sobre a variação da dificuldade de parar de fumar de acordo com o local das suas internações anteriores e não internações

Serviços internações anteriores	<u>Os portadores de transtorno mental têm mais dificuldade para parar de fumar</u>		
	Sim	Não	Total
Sem internações anteriores	30 75%	10 25%	40 100%
Hospital geral (HG)	5 41,7%	7 58,3%	12 100%
Hospital psiquiátrico (HP)	7 63,6%	4 36,4%	11 100%
HG e HP	10 76,9%	3 23,1%	13 100%
HG, HP e Emergência	5 100%	0 0%	5 100%
Outras combinações	12 80%	3 20%	15 100%
Total	69 71,9%	27 28,1%	96 100%

A crença de que os portadores de transtorno mental têm mais dificuldade para deixar de fumar não está associada aos grupos diagnósticos dos sujeitos (*Fisher*= 0.330), mas observa-se que a maior proporção de sujeitos que acreditam nesta dificuldade ocorre naqueles com síndromes comportamentais (F50 - F59, 100%) e com transtornos neuróticos (F40 - F48, 80%).

A proporção de tabagistas que consideram ser mais difícil para os portadores de transtorno mental deixar de fumar não difere entre os sujeitos de acordo com o tempo de doença (*Fisher*= 0.250). No entanto, identifica-se proporção maior de sujeitos que acreditam entre os mais crônicos, com mais 11 anos e mais de diagnóstico (83,3%), enquanto a menor proporção ocorre entre aqueles com até 12 meses (59,1%), (Gráfico 57).

Gráfico 57 - Distribuição dos sujeitos que acreditam que os portadores de transtorno mental têm mais dificuldade para deixar de fumar, segundo tempo de doença

Observa-se, no Gráfico 58, que a maior proporção de sujeitos que acreditam na dificuldade dos portadores de transtorno mental para deixar de fumar encontra-se entre aqueles que recebem apenas terapia clínica (83,7%). O teste exato de *Fisher* não confirma essa associação e afirmá-la significa assumir uma probabilidade de erro de 5,7% (*Fisher*=0.057). Ao retomar o conceito do *p-value* como um valor subjetivo e a importância do conhecimento do pesquisador, que lhe confere autonomia para aceitar ou não determinada probabilidade de erro, considera-se esta associação clinicamente significativa, pois, embora o teste exato de *Fisher* não a confirme, existe forte indício de tendência de associação entre essas duas variáveis.

Gráfico 58 - Distribuição dos sujeitos que acreditam que os portadores de transtorno mental têm mais dificuldade para deixar de fumar, segundo tipo de terapia

5.5 IMPACTO DA RESTRIÇÃO AO TABAGISMO NOS SUJEITOS DO ESTUDO

Embora, inicialmente, a restrição ao tabagismo não fosse um fator a ser abordado neste estudo, uma mudança nas regras da enfermaria psiquiátrica, durante o período da coleta dos dados, em relação ao acesso dos pacientes ao cigarro, revelou alguns resultados importantes que serão apresentados de modo a diminuir a possibilidade de viés na pesquisa.

Conforme já descrito na metodologia, no início da coleta dos dados (agosto de 2010), os tabagistas podiam fumar, no banheiro de seus quartos, um cigarro a cada hora no período das 8h às 22h. Em março de 2011, houve uma mudança nas regras, sendo permitido fumar em seis horários pré-determinados (dois cigarros no primeiro e no último horário e apenas um cigarro nos demais horários, total de oito cigarros/dia), quando os pacientes passaram a ser acompanhados por um profissional de enfermagem para fumar na área externa da enfermaria.

Um dos impactos da mudança da regra de restrição ao tabagismo ocorreu em relação ao tempo médio de permanência hospitalar. Conforme se observa na Tabela 38 e no Gráfico 59, o tempo médio de permanência hospitalar dos 270 sujeitos do estudo é de 16,7 dias (0 – 107 dias, DP: 11,5). Ao dividir o total da amostra em dois grupos, Grupo 1 (101 sujeitos internados quando era permitido fumar um cigarro a cada hora) e Grupo 2 (169 sujeitos internados quando passou a ser permitido oito cigarros por dia), verifica-se que a mudança na regra da restrição ao tabagismo com diminuição do número de cigarros/dia foi acompanhada por diminuição da média de permanência hospitalar dos sujeitos do estudo.

Tabela 38 - Tempo de permanência hospitalar dos sujeitos, segundo mudança na regra de restrição ao tabagismo

Grupo	Média	Desvio padrão	Tempo de permanência hospitalar				
			Mínimo	Percentil 25	Mediana	Percentil 75	Máximo
1 cigarro/hora (101 sujeitos)	18,2 dias	13,4 dias	1 dia	10 dias	15 dias	24 dias	107 dias
8 cigarros/dia (169 sujeitos)	15,9 dias	10,2 dias	0 dia	9 dias	14 dias	21 dias	70 dias
Total (270 sujeitos)	16,7 dias	11,5 dias	0 dia	9 dias	14 dias	22 dias	107 dias

Gráfico 59 - Distribuição do tempo de permanência hospitalar dos sujeitos, segundo mudança na regra de restrição ao tabagismo

Para verificar se a diminuição do tempo médio de permanência hospitalar após a mudança da restrição ao tabagismo é estatisticamente significativa, foi aplicado o teste *t de Student* para populações com variâncias desiguais.

Para uma distribuição *t de Student* com 168.7 graus de liberdade e um nível de significância de 0,05, constata-se que não há evidência de que as médias de tempo de internação das duas populações (Grupo 1 e Grupo 2) sejam diferentes ($p = 0,07$). Portanto, embora as médias amostrais sejam diferentes, elas não podem ser inferidas para a população estudada.

No entanto, ao considerar o valor do *p-value* de 0,07, quase significativo, e o fato de que as médias amostrais estão compreendidas dentro do intervalo de confiança de 95% (Tabela 39), constata-se que há indícios de tendência para que o tempo de permanência hospitalar, após a mudança na regra para oito cigarros/dia, seja menor.

Tabela 39 - Média de permanência hospitalar dos sujeitos do estudo e intervalo de confiança, segundo mudança na regra de restrição ao tabagismo

Grupos	Média	Intervalo de Confiança (95%)
Grupo 1: 101 sujeitos (1 cigarro/hora)	18,2 dias	15,5 dias – 20,8 dias
Grupo 2: 169 sujeitos (8 cigarros/dia)	15,9 dias	14,3 dias – 17,4 dias
Total: 270 sujeitos	16,7 dias	15,3 dias – 18,1 dias

A Tabela 40 e o Gráfico 60 mostram que há diferença no tempo médio de permanência hospitalar entre tabagistas, ex-tabagistas e não tabagistas, independente da regra de restrição vigente.

Tabela 40 - Distribuição do tempo de permanência hospitalar dos tabagistas, ex-tabagistas e não tabagistas

	Tempo de permanência hospitalar						
	Média	Desvio padrão	Mínimo	Percentil 25	Mediana	Percentil 75	Máximo
Tabagistas	14,9 dias	8,6 dias	0 dia	9 dias	13 dias	21 dias	42 dias
Ex-tabagistas	17,7 dias	8,7 dias	8 dias	11 dias	14,5 dias	22 dias	39 dias
Não tabagistas	17,6 dias	13,8 dias	1 dia	9 dias	14 dias	22 dias	107 dias

Gráfico 60 - Distribuição do tempo de permanência hospitalar dos tabagistas, ex-tabagistas e não tabagistas

O procedimento correto para a comparação dessas três médias populacionais seria a Análise de Variância (ANOVA). No entanto, como a variância do grupo de tabagistas, ex-tabagistas e não tabagistas, observadas a partir do desvio padrão amostral, não são iguais, foi aplicado o teste *t de Student* para as médias tomadas duas a duas (Tabela 41).

Tabela 41 - Comparação das médias de permanência hospitalar dos tabagistas, ex-tabagistas e não tabagistas por meio do teste *t de Student*

Comparação por grupos	Tempo de permanência hospitalar				p-value
	Média	Mediana	Intervalo de confiança (95 %)	Graus de liberdade (gl)	
Tabagistas (n= 96)	14,9 dias	13 dias	13,2 dias – 16,7 dias	132 gl	0.047
Ex-tabagistas (n= 38)	17,7 dias	14,5 dias	14,9 dias – 20,6 dias		
Tabagistas (n= 96)	14,9 dias	13 dias	13,2 dias – 16,7 dias	226.8 gl	0.032
Não tabagistas (n= 136)	17,6 dias	14 dias	15,4 dias – 20 dias		
Ex-tabagistas (n= 38)	17,7 dias	14,5 dias	14,9 dias – 20,6 dias	94.6 gl	0.490
Não tabagistas (n= 136)	17,6 dias	14 dias	15,4 dias – 20 dias		

Conforme se observa na Tabela 41, a média de permanência hospitalar dos tabagistas é de 14,9 dias (DP: 8,6 dias) e a dos ex-tabagistas de 17,7 dias (DP: 8,7 dias). Ao aplicar o teste *t de Student* para duas populações com variâncias iguais, verificadas a partir do desvio padrão amostral, para uma distribuição *t* com 132 graus de liberdade, ao nível de significância de 0,05, confirma-se que a média de permanência hospitalar dos tabagistas é menor do que a

média dos ex-tabagistas ($p= 0.047$). Esta diferença é estatisticamente significativa, o que permite que seja inferida para a população do estudo.

Ao comparar a média de permanência hospitalar dos tabagistas e dos não tabagistas, por meio do teste *t de Student* para populações com variâncias desiguais, para uma distribuição *t* com 226.8 graus de liberdade, ao nível de significância de 0,05, verifica-se que a diferença observada entre a menor média de permanência hospitalar dos tabagistas (14,9 dias) em comparação aos não tabagistas (17,7 dias) é estatisticamente significativa ($p= 0.032$).

Em relação à comparação das médias de permanência hospitalar dos ex-tabagistas e não tabagistas, realizada por meio do teste *t de Student* para populações com variâncias desiguais, com 94.6 graus de liberdade, verifica-se que a média de permanência hospitalar dos ex-tabagistas é comprovadamente maior que a média de permanência hospitalar dos não tabagistas ($p= 0.490$).

A mudança na regra da restrição ao tabagismo para oito cigarros/dia também influenciou a percepção dos tabagistas quanto ao apoio para parar de fumar recebido pela equipe da enfermaria e a percepção de que os portadores de transtorno mental fumam mais que as outras pessoas, conforme se observa na Tabela 42.

Tabela 42 - Percepção dos tabagistas sobre o apoio da equipe da enfermaria para parar de fumar e tabagismo nos portadores de transtorno mental, segundo mudança na regra da restrição ao tabagismo no período da coleta dos dados

Variáveis		Mudança na regra da restrição ao tabagismo			Teste Exato de Fisher
		1 cigarro/hora	8 cigarros/dia	Total	
Sente-se apoiado para parar de fumar pela equipe da enfermaria de psiquiatria	Sim	21 61,8%	30 48,4%	51 53,1%	0.285
	Não	13 38,2%	32 51,6%	45 46,9%	
Acredita que os portadores de transtorno mental fumam mais que as outras pessoas	Sim	25 73,5%	50 80,7%	75 78,1%	0.447
	Não	9 26,5%	12 19,4%	21 21,9%	
Total		34 100%	62 100%	96 100%	

Embora não haja evidência de associação estatística entre a mudança ocorrida na regra da restrição e a percepção do apoio para parar de fumar por parte da equipe da enfermaria (*Fisher*= 0.285), observa-se que, entre os tabagistas internados, quando era permitido um cigarro/hora, prevalecem aqueles que se sentem apoiados para parar de fumar (61,8%), enquanto entre os sujeitos entrevistados, quando a restrição ao tabagismo passou para seis horários pré-determinados, prevalece aqueles que não se sentem apoiados para parar de fumar pela equipe da enfermaria (51,6%), (Gráfico 61).

Gráfico 61 - Percepção sobre o apoio para parar de fumar pela equipe da enfermaria de psiquiatria, segundo mudança na regra de restrição ao tabagismo

5.6 ANÁLISE TEMÁTICA DE CONTEÚDO

A partir da análise das entrevistas dos tabagistas foram identificadas duas categorias temáticas: 1) O sentido do tabagismo para o portador de transtorno mental e 2) O tabagismo na internação psiquiátrica.

5.6.1 O sentido do tabagismo para o portador de transtorno mental

O papel do tabagismo na vida dos portadores de transtorno mental varia de acordo com o tipo de transtorno e grau de dependência nicotínica. Para aqueles sujeitos com grau de dependência nicotínica menos elevado, observa-se que o cigarro é utilizado apenas para atender a uma necessidade fisiológica e como meio de se obter prazer.

Eu sempre falo, eu fumo porque eu sou sem vergonha. Ele [cigarro] é um lazer, não tenho outro tipo de lazer, então meu lazer é fumar. [...] Não tem sentimento nenhum [fumar]. Dá prazer, calma... (Tabagista 9, sexo feminino, 38 anos, episódio depressivo – F32, grau de dependência nicotínica muito baixo)

Eu não sinto nada. Eu sinto a fumaça entrando pela boca e saindo. Eu fumo porque eu quero, eu fumo por esporte. [...] Não significa nada. É verdade! Eu fumo por fumar. (Tabagista 14, sexo feminino, 40 anos, transtorno ansioso – F41, grau de dependência nicotínica médio)

Os sujeitos relatam recorrer ao tabagismo para aliviar sintomas como ansiedade, irritação, lentificação psicomotora e falta de concentração; nesses casos, o cigarro é utilizado como automedicação.

*Com a depressão a gente fica ansiosa, né, nervosa, irritada e é onde a gente pensa que o cigarro vai acalmar. [...] É tipo um apoio, o cigarro é como uma bengala pra gente, um **remédio**, parece que você está fumando um remédio, mas na verdade você está se acabando. (Tabagista 8, sexo feminino, 50 anos, episódio depressivo – F32, grau de dependência nicotínica muito elevado)*

*[Quando fumo] me sinto mais **aliviado, espontâneo, medicado**. [...] [O transtorno mental] não deixa a gente terminar logo o nosso serviço [devido à lentificação psicomotora e à falta de concentração], aí a gente fica com aquela ansiedade pelo serviço que começou e quer terminar logo. (Tabagista 3, sexo masculino, 44 anos, transtorno de adaptação - F43.2, grau de dependência nicotínica médio)*

Quando estou sem vontade de viver o cigarro parece que é a salvação, fumo um cigarro atrás do outro. Eu me agarro com o cigarro, eu falo: fumando vai passar o que estou sentindo. Aí vê o remédio em uma mão, o cigarro na outra. [...] É uma tragada no cigarro, uma olhada no remédio. [...] (Tabagista 19, sexo feminino, 38 anos, transtorno depressivo - F33, grau de dependência nicotínica médio)

Os sujeitos reconhecem que o alívio dos sintomas é temporário, o que faz com que fumem cada vez mais para experimentar novamente essa sensação.

Quando eu fumo fico diferente, mais calmo, mais tranquilo. Alivia a depressão no momento [em que estou fumando], depois volta de novo. Aí fumo para aliviar de novo, por isso que eu fumo bastante. (Tabagista 23, sexo masculino, 40 anos, transtorno afetivo bipolar – F31, grau de dependência nicotínica elevado)

Parece que junto com a fumaça você joga para fora o que você tem aqui dentro. Você traga, põe a fumaça para dentro e o que você tem aqui dentro, uma dor, uma angústia, uma vontade de chorar, um aperto no peito, uma sensação esquisita, ela sai junto com a fumaça. Acabou o cigarro parece que volta de novo tudo aqui dentro, mas na hora que você está fumando, na hora que você está soltando a fumaça e vendo a fumaça subir pelos ares você está satisfeita. (Tabagista 39, sexo feminino, 44 anos, esquizofrenia – F20, grau de dependência nicotínica baixo)

Os esquizofrênicos reconhecem a contribuição do tabagismo em momentos de aflição, como a experiência das alucinações auditivas. Acreditam que o cigarro contribui ao ajudar a distrair e a tirar o foco da experiência alucinatória.

*Eu tenho que ficar com uma **válvula de escape** [cigarro] se não não tem como eu reagir, ter ideia, entendeu? [...] Quando eu estou com a cabeça muito cheia de barulho [alucinação auditiva], eu tenho que fumar para me acalmar, para não ficar nervoso. [...] É bom [fumar] para ter ideia, para pensar. Ajuda a pensar, a se concentrar. (Tabagista 10, sexo masculino, 34 anos, esquizofrenia – F20, grau de dependência nicotínica muito elevado)*

Eu fico agoniada quando eu escuto [vozes], fico com medo. O cigarro ajuda aliviar. Eu ouço vozes, aí eu tento distrair a cabeça para parar de ouvir. Aí para, eu fumo e não escuto. [...] O cigarro não tem nada a ver com as vozes, ele só tira a agonia. Com o cigarro a agonia passa por um tempo, mas depois volta e eu fumo de novo. (Tabagista 21, sexo feminino, 18 anos, esquizofrenia – F20, grau de dependência nicotínica elevado)

Nos relatos fica evidente a dependência psicológica do cigarro, pois em alguns casos o simples fato de estar com o cigarro entre os dedos ou no cinzeiro é suficiente para causar a sensação de alívio.

Eu acho que é mais o vício do dedo, sabe? [...] Muitas vezes eu me vi em situações do cigarro praticamente queimar sozinho e eu estar com ele só nos dedos. [...] Na minha casa às vezes eu fico horas conversando com o cigarro aqui [entre os dedos], mas com ele apagado. (Tabagista 44, sexo feminino, 30 anos, transtorno depressivo – F33, grau de dependência nicotínica médio)

É estranho porque eu coloco o cigarro no dedo, vou fazer alguma coisa e esqueço por mais de meia hora. [...] Aí eu olho: Nossa! Eu não fumei! Ele tem que estar perto de mim para eu ficar olhando ele. (Tabagista 56, sexo feminino, 31 anos, transtorno alimentar - F50, grau de dependência nicotínica baixo)

Mesmo que eu não esteja com vontade, eu vou lá e acendo o cigarro. Nem que for para deixar ele aceso lá no cinzeiro, pelo menos ele está lá, é como se eu estivesse fumando, mesmo sem colocá-lo na boca. É o prazer de ver ele ali, eu gosto! Ele é importante. [...] O cigarro é uma distração. (Tabagista 59, sexo feminino, 50 anos, transtorno da personalidade histriônica - F60.4, grau de dependência nicotínica elevado)

Algumas pessoas relatam a contribuição do tabagismo no alívio dos efeitos colaterais das medicações psiquiátricas.

*Pode **aliviar os efeitos colaterais**. Em mim [os remédios] dão um pouco de sonolência, aí eu vou lá e fumo. (Tabagista 14, sexo feminino, 40 anos, transtorno ansioso - F41, grau de dependência nicotínica médio)*

*As medicações causam sono, tremor e o cigarro **diminui o tremor**. Isso era ao mesmo tempo bom e ao mesmo tempo ruim porque eu sabia que estava fumando demais. [...] A sensação de passar o tremor é boa. Você está entendendo o que eu quero dizer? (Tabagista 25, sexo feminino, 29 anos, transtorno da personalidade anancástica – F60.5, grau de dependência nicotínica médio)*

*O Haldol costuma travar, o cigarro faz eu ficar um pouco mais ativa, ele melhora isso. Isso ajuda porque eu consigo ficar mais tranquila. O cigarro **dá força para continuar trabalhando**. (Tabagista 37, sexo feminino, 50 anos, esquizofrenia – F20, grau de dependência nicotínica muito baixo)*

Em alguns casos, o tabagismo é utilizado para facilitar as interações sociais.

[O portador de transtorno mental] depende do cigarro para poder fazer viagem, ainda mais se for uma pessoa mais fechada para conversar e tudo. (Tabagista 7, sexo feminino, 64 anos, episódio depressivo – F32, grau de dependência nicotínica muito elevado)

*Se eu estou num bom papo, eu puxo um cigarrinho e parece que a **conversa flui melhor**. (Tabagista 46, sexo feminino, 28 anos, episódio depressivo - F32, grau de dependência nicotínica muito elevado)*

Para os portadores de transtorno mental com maior grau de dependência nicotínica, observa-se que o tabagismo assume um papel de companheiro, de ajuda para esquecer os problemas e dá sentido para a vida.

*Pelo menos a gente desabafa com o cigarro, você entendeu? Se você não tem ninguém para conversar, aí você fuma porque é a mesma coisa de você estar desabafando. [...] O cigarro tem alguma coisa de especial porque **você esquece os problemas**. [...] (Tabagista 7, sexo feminino, 64 anos, transtorno depressivo – F33, grau de dependência nicotínica muito elevado)*

*Ele [cigarro] **traz sentido para a vida**. [...] Às vezes eu penso: por que eu estou fumando? Mas depois eu penso: eu vou fumar para distrair a cabeça, para esquecer um pouco. [...] Eu tenho que fumar para suportar certas coisas. (Tabagista 13, sexo feminino, 48 anos, episódio depressivo - F32, grau de dependência nicotínica elevado)*

*O papel do cigarro é o seguinte: tem certas horas, tem certas coisas que estão acontecendo que o cigarro faz a gente esquecer aquele momento. Que nem lá em casa, de vez em quando ele [filho esquizofrênico] discute comigo. Agora eu parei, ao invés de ficar discutindo com ele eu acendo o cigarro e fico lá fora fumando. É uma **fuga**, né. (Tabagista 34, sexo feminino, 63 anos, transtorno depressivo – F33, grau de dependência nicotínica baixo)*

*O cigarro é um **amigo que não fala**. É só você e ele. Então, como que vou parar de fumar se ele é o único ali? (Tabagista 46, sexo feminino, 28 anos, episódio depressivo – F32, grau de dependência nicotínica muito elevado)*

Também foi relatado o papel do cigarro nos momentos de solidão, fornecendo segurança e autocontrole.

*O cigarro tem papel fundamental [na solidão], é quando eu pego o cigarro e fico na janela olhando o pessoal indo e vindo, parece que é uma companhia. Ele é um inimigo, mas quando eu estou sozinha ele é um **companheiro**. Fumo o cigarro para o tempo passar, para espairar um pouquinho, é assim que eu penso do cigarro quando estou lá em casa sozinha. [...] Só de estar com o cigarro na mão parece que estou com aquele companheiro do lado. (Tabagista 19, sexo feminino, 38 anos, transtorno depressivo – F33, grau de dependência nicotínica médio)*

*O cigarro para mim é como se eu estivesse conversando com alguém, é como se eu estivesse jogando aquelas perguntas sem respostas. O cigarro dá a **segurança** que falta. [...] Ele me dá um **autocontrole**. O cigarro me ajuda porque se não fosse ele eu desatava a chorar. (Tabagista 20, sexo feminino, 44 anos, transtorno fóbico ansioso - F40, grau de dependência nicotínica médio)*

Minhas angústias eu sinto que vão embora naquela fumaça. [...] A bendita da fumaça vai arrancando o mal de lá de dentro para fora. Então a gente joga fora tudo isso. [...] Quando o cigarro termina, eu fico com um buraco no estômago porque eu não tenho mais nada, não tenho com quem conversar. (Tabagista 32, sexo masculino, 69 anos, outro diagnóstico, grau de dependência nicotínica baixo)

Os portadores de transtornos mentais severos, devido às limitações do transtorno e à discriminação, procuram no cigarro uma fonte de apoio para enfrentar a realidade.

Eu fumo agora porque eu já vi, como se diz, que eu nunca prestei para nada. É a hora que me dá vontade de fumar, eu não me conformo de ser assim, uma pessoa inválida, não poder ter sido nada, feito mais nada. [...] Se eu fumo é devido à depressão, é devido às minhas deficiências, às dores que eu sinto. [...] Sinto distração [quando fumo], vai passando o tempo, esquecendo as coisas. (Tabagista 37, sexo feminino, 50 anos, esquizofrenia – F20, grau de dependência nicotínica muito baixo)

*Olha, com problema psiquiátrico, você encontra em qualquer forma uma muletinha. [...] Eu já pensei nisso, Moisés tinha sorte de andar com um cajado; se isso não fosse possível, ele fumaria um cigarro. [...] Esse papo não é louco, não! É bem isso, quando a pessoa está com problema ela precisa de **apoio**. (Tabagista 48, sexo masculino, 26 anos, esquizofrenia – F20, grau de dependência nicotínica elevado)*

*Olha, eu fumo pela **discriminação**, pelas pessoas me subestimarem, a minha versão verdadeira não significa nada. [Com o transtorno mental] você fica mais lerda, mais lenta, você perde a credibilidade, as pessoas querem dizer o que fazer e isso faz fumar mais. Aí sobra a solidão e o cigarro. (Tabagista 53, sexo feminino, 50 anos, transtorno afetivo bipolar - F31, grau de dependência nicotínica elevado)*

*O cigarro é uma forma de... Eu já não posso trabalhar, eu fico sentido de não poder trabalhar. Tem a dificuldade do dia-a-dia nosso, então eu acabo descontando no cigarro. O mais difícil da esquizofrenia é a **discriminação** das pessoas. Eu tenho um pouco de medo de sair na rua, mas eu enfrento isso [com o cigarro]. (Tabagista 66, sexo masculino, 28 anos, esquizofrenia – 20, grau de dependência nicotínica elevado)*

*A gente fuma mais porque volta ao normal, **volta a ser normal**. (Tabagista 77, sexo masculino, 42 anos, esquizofrenia – F20, grau de dependência nicotínica médio)*

Para os sujeitos com transtorno depressivo, internados após tentativa de suicídio, o tabagismo tem sentido de autodestruição.

*Eu vou morrer de qualquer forma... Morro feliz! Pelo menos [fumando] eu estou fazendo alguma coisa que eu gosto. [...] Já tive várias tentativas de suicídio, mas não só com o cigarro, com remédio também. De certa forma, com o cigarro você está **se matando aos poucos**. (Tabagista 9, sexo feminino, 38 anos, transtorno depressivo – F33, grau de dependência nicotínica muito baixo)*

Hoje não me preocupo com a minha saúde. Estou muito cheio de problemas, estou com uma depressão muito grande, entendeu? [...] Para mim uma morte serena [com o cigarro] tem mais valor do que uma vida melancólica [sem o cigarro]. (Tabagista 61, sexo masculino, 55 anos, transtorno depressivo – F33, grau de dependência nicotínica baixo)

O tabagismo parece ter uma importância especial na alta hospitalar; os sujeitos veem o cigarro nesse momento como uma proteção.

Eu estou angustiada [...] Angustiada não, ansiosa, sabe? [...] Vou de alta hoje e estou com um pouquinho de medo de enfrentar a realidade, os problemas, né. [...] Eu fico menos nervosa [com o cigarro], ele me acalma. (Tabagista 1, sexo feminino, 35 anos, esquizofrenia – F20, grau de dependência nicotínica elevado)

Estou com muito medo de quando eu chegar lá fora, como vai ser, como as pessoas vão me encarar, como vai ser a chegada na minha casa. Eu acho que a hora que eu chegar na minha casa a primeira coisa que eu vou quer fazer é acender o cigarro. (Tabagista 75, sexo feminino, 43 anos, transtorno da personalidade com instabilidade emocional – borderline – F60.3, grau de dependência nicotínica muito elevado)

O tabagismo enquanto papel de automedicação, obtenção de prazer, alívio dos efeitos colaterais e proteção é comum a todos os transtornos mentais. No entanto, para os esquizofrênicos e esquizoafetivos, o tabagismo recebe uma conotação mais séria, revelando uma forte dependência psicológica.

*O cigarro **é tudo para mim**. (Tabagista 5, sexo feminino, 39 anos, transtorno esquizoafetivo – F25, grau de dependência nicotínica elevado)*

*Às vezes você não pode contar para as pessoas o que você já sofreu [referindo-se às alucinações] e desabafa com o cigarro. [...] **Eu confio no cigarro**. [...] Sabe quando você pega uma borracha e passa assim no lápis que você escreveu? [Fumar] é como uma borracha que você passa numa letra de caderno e apaga tudo. Você está desabafando, soltando a fumaça. [...] (Tabagista 16, sexo feminino, 38 anos, transtorno esquizoafetivo – F25, grau de dependência nicotínica médio)*

*Para mim, no momento, o cigarro é **insubstituível**. Ele dá um prazer que eu não encontro nas outras coisas. [...] O cigarro é um **refúgio** para aliviar, tirar a depressão. [...] Eu acho que ficar sem o cigarro pode fazer a pessoa entrar em crise porque a dependência é tão forte que eu vou sentir muita falta e posso entrar em crise. Não quero nem correr o risco! É uma **proteção**.* (Tabagista 28, sexo masculino, 39 anos, esquizofrenia – F20, grau de dependência médio)

*O cigarro para mim é um **companheiro**, ele me acalma, é uma **válvula de escape**. [...] Eu sinto um prazer, um relaxamento, é como se você estivesse injetando uma morfina quando você está com uma dor. [...] (Tabagista 29, sexo masculino, 38 anos, esquizofrenia – F20, grau de dependência nicotínica baixo)*

*[Fumar] se torna **tão necessário como respirar**. Uma pessoa que não tem problema consegue ser feliz com qualquer coisa, agora a pessoa que tem transtorno [mental] não consegue. [...] Eu preciso do cigarro, hoje eu não consigo me imaginar sem ele.* (Tabagista 82, sexo feminino, 18 anos, transtorno esquizoafetivo – F25, grau de dependência muito baixo)

5.6.2 O tabagismo na internação psiquiátrica

A permissão para fumar durante a internação surpreendeu os sujeitos do estudo que indagam os motivos dessa permissão.

Eu achei até meio estranho eles deixarem fumar [na internação]. Agora eu que pergunto para você, por que eles deixam a gente fumar? É porque os pacientes são depressivos, se não [fumar] vão ficar mais nervosos, estressados? É por isso? (Tabagista 5, sexo feminino, 39 anos, transtorno esquizoafetivo – F25)

Acho que aqui pode fumar porque a gente tem uns pininhos fora do lugar. (Tabagista 12, sexo masculino, 18 anos, transtorno dissociativo – F44)

Dessa forma dá para pensar que a instituição diferencia os pacientes psiquiátricos e os não psiquiátricos. Por que aqui [enfermaria de psiquiatria] é permitido fumar e nas outras [enfermarias] não é? (Tabagista 80, sexo masculino, 34 anos, transtorno depressivo – F33)

Eu acho que para os profissionais [o cigarro] é uma segurança. [...] Os casos da psiquiatria têm agressividade, depressão, já é uma coisa mais grave. (Tabagista 81, sexo feminino, 29 anos, transtorno de personalidade borderline – F60.3)

Para os sujeitos, permitir o tabagismo durante a internação, mesmo com as restrições, é um sinal de respeito às suas necessidades.

Eu não acho uma má ideia [permitir fumar durante a internação] porque a pessoa vem com um vício de lá de fora, né. Já está com problema, se está aqui e não tiver o cigarro, como ela vai se sentir? [...] Tem que ter o cigarro. (Tabagista 2, sexo masculino, 46 anos, transtorno depressivo – F33)

Eu acho que é saudável [permitir fumar na internação] para que a pessoa não sinta seus direitos repentinamente retirados. [...] É importante que a pessoa possa ser minimamente ela mesma. O cigarro é uma forma dela ser minimamente o que ela era. (Tabagista 48, sexo masculino, 26 anos, esquizofrenia – F20)

Algumas pessoas imaginam como seria a internação se o tabagismo fosse totalmente restrito.

Se eu ficasse sem meu cigarro, em vinte dias que estou aqui acho que eu já teria enlouquecido. [...] Se não pudesse fumar de jeito nenhum, acho que eu já teria ido embora, viu? (Tabagista 5, sexo feminino, 39 anos, transtorno esquizoafetivo – F25)

Se não pudesse fumar seria desesperador, desesperador mesmo, porque você tem esse vício, né! (Tabagista 13, sexo feminino, 48 anos, episódio depressivo – F32)

Já pensou uma pessoa fumante não ter nenhum cigarro para fumar? Eu ia ficar nervoso, ia ficar agressivo. [...] Se me proibir o cigarro aqui, eu não vou seguir o tratamento certo. [...] Eu não brigo aqui dentro porque tenho o cigarro. (Tabagista 28, sexo masculino, 39 anos, esquizofrenia – F20)

Já pensou se eles não liberassem nada? Eu já teria rachado minha cabeça na parede. Eu sou a favor [de ser permitido fumar na internação] porque cortar [o cigarro] radicalmente dói. [...] Eles sabem que cortar o cigarro radicalmente faz endoimar. (Tabagista 30, sexo feminino, 40 anos, episódio depressivo – F32)

Os sujeitos reconhecem o papel do cigarro para ajudar a suportar algumas situações da internação como a dificuldade do convívio com os demais pacientes e a falta de atividades.

Eu não sei se é porque aqui a gente fica preso, não tem muita atividade, então você acaba sentindo mais vontade de fumar. [...] Na minha outra internação, tinha um paciente que tinha deixado de fumar já há algum tempo. Entrou aqui, viu todo mundo fumar e pegou o cigarro também: “eu vejo todo mundo fumando, não tem o que fazer, então vou fumar.” (Tabagista 9, sexo feminino, 38 anos, episódio depressivo – F32)

Aqui ele [cigarro] diminui a ansiedade. Aqui a gente está entre pessoas que são psicóticas, né, então diminui a ansiedade. O convívio aqui é difícil. (Tabagista 15, sexo masculino, 44 anos, transtorno afetivo bipolar – F31)

Aqui você tem o dia inteiro para o nada. [...] Aqui tem muito tempo vago e com o tempo vago a gente sente ansiedade, vontade de fazer alguma coisa e aí dá vontade de fumar. [...] O cigarro funciona aqui como uma fuga: Poxa! Deu o horário! Vou poder pegar um cigarro para fumar! (Tabagista 29, sexo masculino, 38 anos, esquizofrenia – F20)

Sem o cigarro, minha internação aqui seria um tédio. (Tabagista 65, sexo feminino, 50 anos, esquizofrenia – F20)

Embora não seja unanimidade, em alguns casos a restrição ao tabagismo, na internação, ajuda os pacientes a desenvolverem o autocontrole, pois descobrem que são capazes de fumar menos. A restrição ainda é vista como uma oportunidade de refletir sobre o verdadeiro papel do cigarro em sua vida.

Às vezes eu mesma falo: estou nervosa, vou fumar um cigarro. Mas acho que eu estou me enganando [...]. Uns falam que é calmante, mas como que aqui dentro eu estou assim [número de cigarros reduzidos] e não estou ansiosa? Eles me cortaram [o cigarro] pela metade, mais da metade! [...] O nervoso, essa ansiedade não é o cigarro que faz passar, se fosse assim eu já estaria pior [aqui na internação], não estaria? (Tabagista 8, sexo feminino, 50 anos, episódio depressivo – F32)

Aqui eu fumo bem menos pela restrição de tempo. Em casa eu fumo a cada 10 minutos. Eu tenho impressão de que estou conseguindo me controlar um pouco mais. Realmente é impressionante o negócio, pela restrição eu me senti mais responsável em relação ao cigarro. (Tabagista 27, sexo feminino, 45 anos, outro diagnóstico)

Aqui dentro eu reduzi 75% do que eu estava fumando lá fora. [A restrição] contribui para você pôr na cabeça que você não precisa disso. Eu não poderia falar para você: dá licença que eu vou lá buscar um cigarro? Eu posso ir lá buscar um cigarro, mas eu não quero. (Tabagista 33, sexo masculino, 52 anos, transtorno afetivo bipolar – F31)

Eu sou a favor dos horários, isso me fez refletir que eu sou capaz de parar [de fumar]. Por exemplo, ontem eu não fumei. Eu morri? Eu não morri. Antes [de internar] eu não sabia que conseguia ficar sem, eu achava que em primeiro plano na minha vida vinha o cigarro. Aqui eu descobri que não é assim. (Tabagista 60, sexo feminino, 49 anos, transtorno de personalidade histriônica – F60.4)

Alguns pacientes sentem-se motivados a continuar seguindo os horários da restrição após a alta hospitalar.

Eu vou manter esses horários em casa. [...] Eu falei para o meu marido que agora que eu voltar para casa é para ele fazer igual aqui, deixa lá o tanto do cigarro das horas. É de uma em uma hora? Então é de uma em uma hora. Vou seguir pelo relógio. Foi bom, pelo menos a gente se reeduca porque se a gente pega o cigarro toda hora a gente perde a noção. (Tabagista 8, sexo feminino, 50 anos, episódio depressivo – F32)

A mudança na regra da restrição ao tabagismo para seis horários predeterminados foi acompanhada por resistência por parte de alguns pacientes.

Estou achando péssimo fumar a cada duas horas, antes era a cada uma hora. [...] Foi um baque! Eu falei: Não, não pode ser! Essa regra de vocês está errada porque eu já internei aqui antes e a regra era a cada uma hora. [...] Foi imposto, não teve diálogo, parece que é castigo, eles querem castigar a gente. [...] Está prejudicando o meu tratamento, está me dando agonia, mais tristeza, mais desespero! [...] Eu não volto pra cá se precisar internar de novo, eu recuso. Eu vou para o Parque das Orquídeas [cemitério] de costa, mas para cá eu não volto. (Tabagista 39, sexo feminino, 44 anos, esquizofrenia – F20)

Aqui existem muitas regras e muito poucas explicações. [...] Eles [profissionais] não apoiam, eles simplesmente te podam. Está sendo péssima [mudança na regra da restrição]. (Tabagista 46, sexo feminino, 28 anos, episódio depressivo – F32)

Está sendo muito difícil [restrição]. Eu já falei para o doutor que eu vou ficar internado só mais uns dois, três dias e vou embora porque se não eu vou ficar louco. Vou só esperar acertar a medicação direitinho. (Tabagista 66, sexo masculino, 28 anos, esquizofrenia – F20)

Aqui tem que parar de fumar na marra. Isso é uma tortura, não é um apoio. (Tabagista 67, sexo feminino, 50 anos, esquizofrenia – F20)

Do jeito que está, eu posso até sair de alta a pedido. (Tabagista 72, sexo feminino, 45 anos, esquizofrenia – F20)

Alguns pacientes concordam com a mudança na regra da restrição, pois veem a restrição como um apoio.

Eu achei a mudança bem radical, mas eu achei legal! Prefiro do jeito que é hoje. (Tabagista 47, sexo feminino, 34 anos, transtorno da personalidade borderline – F60.3)

Quando eles colocaram o mural estipulando o horário para fumar e dizendo que não dá para colocar o maço de cigarro no seu bolso e fumar a Souza Cruz inteira de cigarro, isso é bom porque você se sente... Sinto apoiado por eles terem estabelecido os horários, me sinto super apoiado. (Tabagista 48, sexo masculino, 26 anos, esquizofrenia – F20)

A mudança da restrição para seis horários fixos trouxe algumas limitações. Os tabagistas relatam preocupação em perder algum desses horários.

No horário de fumar às vezes a pessoa não está com vontade [...] Eu me sinto obrigado a fumar porque se eu perder aquele horário é só no outro e eu posso ter vontade. [...] Eu poderia ficar mais tempo sem fumar, mas como tem horário eu tenho que garantir aquele cigarro. (Tabagista 61, sexo masculino, 55 anos, transtorno depressivo – F33)

A permissão de dois cigarros no primeiro horário da manhã (7h30) e no último horário da noite (18h30) após a mudança da regra de restrição é questionada pelos sujeitos.

Eu prefiro essa regra [seis horários predeterminados], mas que o último [cigarro] não fosse às seis e meia [18h30], fosse um pouco mais tarde. [...] Por exemplo, ao invés de ser dois cigarros às 18h30, eu preferia um às 18h30 e um às 21h30. Continuaría a mesma quantidade, mas em espaços. (Tabagista 44, sexo feminino, 30 anos, transtorno depressivo – F33)

De manhã você tem direito a pegar dois cigarros. Eu não sou capaz de fumar dois cigarros seguidos... [...] Se isso persistir por muito tempo, a pessoa vai passar a fumar dois cigarros toda hora porque o cigarro é vício, vai agravar o vício com certeza. (Tabagista 61, sexo masculino, 55 anos, transtorno depressivo – F33)

Com o estabelecimento dos horários para fumar, os tabagistas ganharam um pouco mais de liberdade do que os demais pacientes, pois nos horários de fumar têm permissão para ficar na área externa da enfermaria.

A gente que fuma acaba tendo mais liberdade aqui dentro, a liberdade nossa é sair para fumar. (Tabagista 63, sexo masculino, 31 anos, transtorno psicótico agudo e transitório – F23)

Imagina que eu ia ficar internada aqui sem fumar! Ainda mais porque só sai ali [área externa da enfermaria] quem fuma. Ficar aqui dentro o dia inteiro e o ó! (Tabagista 74, sexo feminino, 15 anos, transtorno alimentar – F50)

Apesar de todo o cuidado da equipe da enfermaria com a implementação das regras de restrição, observa-se que a imposição dos horários, sem o acompanhamento de ações de prevenção, foi acompanhada por falha na restrição; dois pacientes começaram a fumar na internação.

Eu que pedi [cigarro para um dos pacientes] por causa da ansiedade. Estava ansioso, não tinha o que fazer, vontade de fugir, aí eu pedi um cigarro. Fumei pela primeira vez ontem. [...] Foi uma surpresa [para os profissionais]: “Nossa! Você fuma?!” Eu disse que sim. (Tabagista 11, sexo masculino, 23 anos, transtorno afetivo bipolar – F31)

Eu pedi cigarro porque eu estava ansiosa. [...] Uma colega aqui [tabagista internada] falou que o cigarro acalmava a gente. [...] [Pedi um cigarro e] a enfermeira falou assim: “Vou dar para você só hoje, hein!” [A enfermeira] me mandou entrar nesse banheiro, fechar a porta e eu fumei. [...] Se [os profissionais] tivessem conversado comigo teriam me ajudado porque eu não ia precisar fumar para me acalmar. Eu encontrei no cigarro o que não encontrei nos profissionais. (Tabagista 41, sexo feminino, 40 anos, outro diagnóstico)

Além dos sujeitos que começaram a fumar na internação atual, dois sujeitos que estavam em abstinência nicotínica voltaram a fumar na internação.

[Estava sem fumar] há um mês e pouco. Aí ontem aconteceu esses problemas que você viu aí [paciente em surto psicótico internado] [...] Isso stressou! Voltei a fumar ontem à noite. (Tabagista 15, sexo masculino, 44 anos, transtorno afetivo bipolar – F31)

Eu voltei a fumar [após três meses em abstinência] por causa desse estresse todo [...] Voltei a fumar para me sentir melhor, só para passar o tempo, tipo [canta trecho de uma música]: Acendo o cigarro pra ver o dia passar! [risos] [...] Eu pedi [cigarro] para o enfermeiro. [...] Não investigaram [se eu era tabagista ou não] porque como eu sou adulto o pessoal levou na normalidade [meu pedido para fumar]. (Tabagista 48, sexo masculino, 26 anos, esquizofrenia – F20)

Um dos sujeitos tomou a decisão de parar de fumar durante a internação; a equipe não teve conhecimento dessa tentativa.

Estou sem fumar. [...] Minha mãe ia trazer cigarro para mim e eu pedi para não trazer. Estou tentando [parar de fumar] sozinho, por impulso próprio. [...] Estou com uma vontade de fumar que você não tem noção! [...] Eles [profissionais] nem sabem que eu estou tentando parar. (Tabagista 36, sexo masculino, 19 anos, transtorno da personalidade borderline – F60.3)

Os sujeitos percebem que as regras de restrição ao tabagismo não são acompanhadas por apoio para parar de fumar. Eles cobram esse tipo de apoio.

Até agora eu só estou vendo você falar sobre cigarro, ninguém mais falou. [...] Eles têm regra aqui, a regra é essa, né. Não proíbe, não fala nada, só que o cigarro é daquele jeito, de hora em hora. Não comentam nada, entregam o cigarro e deixam fumar. (Tabagista 2, sexo masculino, 46 anos, transtorno depressivo – F33)

Aqui a gente nem toca nesse assunto [tabagismo]. [...] Eu acho muito válido [abordar o tabagismo na internação], é necessário porque eu fumo, eu vou sair daqui, vou virar as costas e vou continuar fumando mesmo querendo parar... Eu sou contra a falta de apoio. [...] Não pode abandonar o tabagista de forma alguma! (Tabagista 27, sexo feminino, 45 anos, outro diagnóstico)

Os profissionais tabagistas parecem ser os que menos abordam o tabagismo durante a internação.

Todos os enfermeiros acham [que o cigarro mata]. Os que não fumam, porque tem enfermeiro que fuma... Agora aqueles que não fumam são contra, lógico! Na hora da gente pedir o cigarro, eles dão sempre uma lembradinha: “tá na hora de parar, né!” (Tabagista 8, sexo feminino, 50 anos, episódio depressivo – F32)

Não falam [sobre o tabagismo] porque a maioria deles [profissionais de enfermagem] fuma. (Tabagista 78, sexo feminino, 39 anos, transtorno de personalidade borderline – F60.3)

Eles não conversam sobre o cigarro, muito pelo contrário. Aqui tem muitos funcionários que fumam. Para falar a verdade, eu fiquei até alegre [quando descobri que os profissionais também fumam]. Eu fiquei alegre porque se ele fuma eu também posso fumar. É só chamá-lo e vir. (Tabagista 91, sexo masculino, 53 anos, episódio depressivo – F32)

Embora a maioria dos pacientes perceba que a restrição ao tabagismo não é acompanhada por outras ações de apoio, alguns tabagistas sentiram-se apoiados para reduzir a quantidade de cigarros ou até mesmo para parar de fumar; esse tipo de apoio é mais frequente por parte da equipe de enfermagem.

Eles controlam o cigarro da gente, tem que fumar de uma em uma hora. Aí tem enfermeiro que fala: “fuma daqui duas horas, tenta segurar um pouco mais.” [...] Eles dão essa iniciativa pra gente. Os enfermeiros fazem o que podem. (Tabagista 14, sexo feminino, 40 anos, transtorno ansioso – F41)

Eles [profissionais] apoiam a gente a parar de fumar. É mais a enfermagem, né, que passa a maior parte do tempo com a gente. [...] O médico que cuida de mim perguntou se eu fumo. Só perguntou se eu fumava e falou que é bom parar, mas não orientou como e não ofereceu ajuda. (Tabagista 23, sexo masculino, 40 anos, transtorno afetivo bipolar – F31)

Todos da enfermagem falam quando a gente vai pedir o cigarro para eles. Eles falam: “Quando você vai parar? Isso não é bom, faz mal!” A enfermagem apoia mais, a enfermagem é corpo a corpo direto. (Tabagista 29, sexo masculino, 38 anos, esquizofrenia – F20)

Eu resolvi [parar de fumar durante a internação] por livre e espontânea vontade. [...] As enfermeiras me elogiaram. Só tive elogios. Eles [profissionais de enfermagem] são a favor da gente largar, percebo por causa deles elogiarem. (Tabagista 44, sexo feminino, 30 anos, transtorno depressivo – F33)

6 DISCUSSÃO

Devido à grande quantidade de dados, a discussão dos resultados está apresentada em cinco partes: 1) Perfil dos sujeitos do estudo; 2) Perfil dos tabagistas; 3) Variáveis associadas ao tabagismo; 4) Severidade da dependência nicotínica na esquizofrenia e 5) Tabagismo na internação psiquiátrica.

6.1 PERFIL DOS SUJEITOS DO ESTUDO

Observando-se a caracterização sociodemográfica dos sujeitos do estudo, desperta atenção o fato de que a amostra é constituída de forma expressiva por mulheres.

Estudo realizado em três serviços psiquiátricos de uma cidade paulista (Unidade de Emergência, Núcleo de Atenção Psicossocial e Ambulatório Regional de Saúde Mental) também revelou prevalência do sexo feminino em aproximadamente dois terços dos sujeitos que frequentam esses serviços (OSINAGA; FUREGATO; SANTOS, 2007).

Pesquisa realizada no Brasil com 1464 indivíduos, maiores de 18 anos, residentes na comunidade, revelou que o risco de as mulheres desenvolverem algum transtorno mental ao longo da vida é 1,5 vez maior do que os homens (ANDRADE et al., 2002). Algumas explicações para a constatação da prevalência aumentada de transtornos mentais no sexo feminino: alterações hormonais, pressão social, mudança de papel (trabalhadora, mãe e esposa), facilidade para reconhecer limitações e menor resistência para procurar ajuda especializada (WHO, 1997; ANDRADE; VIANA; SILVEIRA, 2006; SADOCK; SADOCK, 2007).

Além do predomínio de mulheres, desperta atenção o fato de a amostra ser constituída por sujeitos jovens, o que se assemelha a outros estudos realizados em enfermarias psiquiátricas de hospital geral (DALGALARRONDO; BOTEAGA; BANCATO, 2003; CROCKFORD; KERFOOT; CURRIE, 2009; OLIVEIRA; LAUS, 2011).

A prevalência de sujeitos jovens em hospital geral é coerente com a proposta de internação desse serviço, cujo objetivo é controlar a agudização dos sintomas psiquiátricos (surto) com retorno do indivíduo à sociedade em um curto período de tempo (BRASIL, 2001; ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA, 2006; BOTEAGA, 2006). Reconhece-se que os indivíduos nessas condições são comumente mais novos e com menos tempo de doença.

Considerando tratar-se de uma população jovem, com pouco tempo de início da doença e sem história de internação psiquiátrica, o predomínio de sujeitos com esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e delirantes era um resultado esperado, pois reconhece-se que é na juventude que esses transtornos se manifestam.

Prevalência de esquizofrênicos é registrada em muitos estudos; uma parcela expressiva dos leitos de internação psiquiátrica é ocupada por pessoas com esquizofrenia (OSINAGA; FUREGATO; SANTOS, 2007; BARROS; BICHAFF, 2008; CROCKFORD; KERFOOT; CURRIE, 2009; WHO, 2007a, 2007 b, 2009b, 2009c; CASTRO; FUREGATO; SANTOS, 2010; CARDOSO; GALERA, 2011; BRASIL, 2012).

Diferente dos transtornos do espectro esquizofrênico, os transtornos do humor foram prevalentes entre os sujeitos com mais idade, o que está de acordo com as informações da literatura, pois esses diagnósticos têm início mais tardio, sendo mais frequentes em idosos (WHO, 1997; MARNEROS, 2009; SILVA et al., 2011; LEE et al., 2012; LEIDERMAN et al., 2012).

Contrapondo-se à pesquisa de Osinaga, Furegato e Santos (2007), foi identificado entre os sujeitos deste estudo nível elevado de escolaridade e renda bem distribuída, mostrando que a internação psiquiátrica em instituição pública não é limitada à população com baixa renda e com precário nível de instrução. O custo elevado do tratamento psiquiátrico, somado ao menor estigma e associado à internação em hospital geral, contribui para que esses serviços sejam procurados por pessoas dos diferentes estratos sociais.

A ocorrência de comorbidades físicas é elevada nos portadores de transtorno mental (BATKI et al., 2009; VARGAS; SANTOS, 2011; SCHOEPP et al., 2012). Embora, neste estudo, a maioria dos sujeitos refira não ter outro tipo de enfermidade, reconhece-se que essas condições podem ser subdiagnosticadas em pacientes psiquiátricos.

A frequência de atividades e hábitos considerados saudáveis, como exercícios físicos, leituras, atividades culturais e viagens, decresce conforme ocorre o aumento da idade e a cronificação do transtorno mental, o que pode estar associado ao prejuízo da qualidade de vida em pacientes com mais tempo de doença (SCHMITZ; KRUSE; KUGLER, 2004; SOUZA; COUTINHO, 2006; SCHECHTER; ENDICOTT; NEE, 2007).

Uso de álcool e de substâncias ilícitas foi pouco referido pelos sujeitos do estudo, porém constata-se maior prevalência desses hábitos entre os homens e os indivíduos mais jovens, assim como relatado em outras pesquisas. Reconhece-se na literatura a frequência elevada do uso dessas substâncias em pacientes psiquiátricos, o que é preocupante para os profissionais envolvidos no cuidado de pacientes em primeiro surto, pois há o risco de esses

sujeitos passarem a fazer parte dessas estatísticas se medidas preventivas não forem implementadas (BRASIL, 2006; LARANJEIRA et al., 2010; OLIVEIRA; VARGAS, SOARES, 2011; SPRITZER et al., 2011; WORLEY et al., 2012). De acordo com Batki et al. (2009), o uso de álcool em pacientes psiquiátricos costuma ocorrer após o início do transtorno.

6.2 PERFIL DOS TABAGISTAS

Aproximadamente um terço dos sujeitos deste estudo é tabagista, prevalência superior à encontrada na população brasileira (17,5%) (BRASIL, 2011a). Esse achado coincide com os resultados de um dos mais importantes estudos realizado nos Estados Unidos com uma amostra de 4411 sujeitos, no qual se constata prevalência de tabagismo nos portadores de transtorno mental duas vezes superior à população geral (LASSER et al., 2000).

Estudos realizados em hospitais psiquiátricos encontram frequências maiores de tabagistas (52,5% - 70%) do que a encontrada no presente estudo (LLERENA et al., 2003; MELAMED et al., 2007; KEIZER et al., 2009). A proporção de tabagistas desta pesquisa foi influenciada pelo perfil dos pacientes internados na enfermaria de psiquiatria. Por tratar-se de uma população jovem, com pouco tempo de diagnóstico e sem história de internações, o tabagismo ainda não está estabelecido, pois o consumo do cigarro frequentemente se inicia após o início do tratamento psiquiátrico.

Diferente da amostra, como um todo, que tem como característica o sexo feminino, alto nível de instrução, ocupação e renda bem distribuída, os tabagistas deste estudo possuem baixo nível de instrução (ensino fundamental), não possuem ocupação e dispõem de baixa renda familiar mensal. Ao analisar a proporção de tabagistas por local de residência, sexo, estado civil e idade, constata-se que há maior proporção de tabagistas entre os sujeitos que residem em área rural, entre os sujeitos do sexo masculino, entre os separados/divorciados e entre aqueles com idade entre 30 e 49 anos. Esse perfil corrobora as características sociodemográficas associadas ao tabagismo descritas em estudos nacionais e internacionais, tanto da população geral como da população psiquiátrica (LASSER et al., 2000; BAUMANN et al., 2007; MARINHO et al., 2008; BRASIL, 2011a; OLIVEIRA; FUREGATO, 2012; OPALEYE et al., 2012).

De acordo com Opaleye et al. (2012), a vulnerabilidade socioeconômica da população tabagista, retratada por meio da ausência de vínculo empregatício, baixo nível de instrução e renda, pode ser consequência da dificuldade que essa população tem em acessar informação.

Entretanto, a maior prevalência de tabagismo no sexo masculino reflete uma tendência histórica e cultural desse hábito (ROSEMBERG, 2006).

A redução da prevalência de tabagistas entre os sujeitos mais idosos reproduz uma tendência da população tabagista brasileira (BRASIL, 2011a; ZAITUNE et al., 2012). Para estudiosos, esse fato se deve à mortalidade precoce associada ao uso de tabaco, à cessação do tabagismo a partir do surgimento de complicações à saúde e ao envelhecimento da população, diminuindo a proporção de tabagistas nesse grupo etário, porém sem redução do número absoluto (PEIXOTO; FIRMO; LIMA-COSTA, 2005; DOOLAN; FROELICHER, 2008). Pode-se considerar ainda o efeito das campanhas de conscientização do governo.

A explicação sobre a maior ocorrência de cessação do tabagismo com o avançar da idade corrobora os resultados deste estudo, pois a maior prevalência de ex-tabagistas é encontrada entre os sujeitos mais idosos.

Além dessa característica, vale salientar que a proporção de ex-tabagistas também é maior entre os sujeitos com melhor nível de instrução (ensino superior), residentes em área urbana, com algum tipo de ocupação e com melhores condições financeiras, sugerindo que o abandono do tabagismo está intimamente ligado à possibilidade de acesso à informação e a recursos de apoio. Ressalta-se que a prevalência de ex-tabagistas neste estudo é semelhante à encontrada na população brasileira (18,2%) (BRASIL, 2011a).

Outra variável sociodemográfica que parece ser importante na definição da condição do tabagismo é a religião. Constata-se que a maior proporção de não tabagistas ocorre entre os evangélicos e entre aqueles que praticam sua religião, assim como relatado em outros estudos (MARINHO et al., 2008; EDLUND et al., 2010; MCFADDEN et al., 2011; OPALEYE et al., 2012; ZAITUNE et al., 2012). Autores acreditam que isso ocorra devido à maior adesão dos evangélicos à religião, ao suporte social oferecido e ao conhecimento de que o uso de substâncias, incluindo o tabaco, fere os princípios do protestantismo (DALGALARRONDO, 2006; MARINHO et al., 2008; SANCHEZ; NAPPO, 2008; OPALEYE et al., 2012).

A despeito desse posicionamento, alguns estudiosos questionam a religião evangélica como fator de proteção ao tabagismo por acreditarem que o conhecimento, amplamente difundido, da não aceitação de determinados hábitos por essa religião possa funcionar como uma barreira para que os tabagistas e usuários de outras substâncias tornem-se adeptos ao protestantismo. Nesse sentido, o papel da religião não seria o de aumentar a motivação para abandono do uso de tabaco e de outras substâncias, mas o de não agregar fiéis que não sigam suas crenças e costumes (OPALEYE et al., 2012).

6.3 VARIÁVEIS ASSOCIADAS AO TABAGISMO

Embora o Brasil tenha sido um dos primeiros países a assinar a Convenção Quadro para Controle do Tabaco, observa-se que algumas medidas da MPOWER, sugeridas pela OMS para ajudar no controle do tabagismo, ainda não são bem sucedidas no país. As limitações do cumprimento da MPOWER são mais evidentes na população psiquiátrica.

Neste estudo, constatou-se que a maioria dos sujeitos não recebe apoio para parar de fumar pela equipe dos serviços de saúde não psiquiátricos, também frequentados pela população geral, e que esse tipo de apoio diminui com o avançar da idade (pacientes crônicos são desacreditados pelos profissionais). O contrário ocorre com a população geral, pois um estudo mostrou que pouco mais de dois terços dos tabagistas tiveram o hábito de fumar questionado pelos profissionais nos últimos 12 meses, sendo esse tipo de abordagem mais comum entre os mais idosos (BRASIL, 2011a).

Apesar de não ser apoiada, a maioria dos sujeitos deste estudo já tentou abandonar o tabagismo alguma vez na vida, resultado semelhante ao estudo de Kelly et al. (2012). Esse resultado contraria um dos mitos sobre os portadores de transtorno mental tabagistas de que eles não têm motivação e interesse em parar de fumar. Motivação e interesse da população psiquiátrica para parar de fumar e disposição para participar de intervenções propostas foram encontradas em vários estudos (MOELLER-SAXONE, 2008; SIRU; HULSE; TAIT, 2009; GELKOPF et al., 2012).

Quanto aos métodos utilizados para tentar parar de fumar, uma parte inexpressiva dos sujeitos deste estudo teve ajuda de grupo e de medicamentos, resultado semelhante ao encontrado na população brasileira (BRASIL, 2011a), revelando a fragilidade da organização dos serviços de saúde quanto à cessação do uso de tabaco, apesar de essa ser uma das ações previstas pela MPOWER (BRASIL, 2011a).

Apesar das fragilidades reconhecidas no tratamento do tabagismo no Brasil, a divulgação dos prejuízos do tabaco à saúde parece estar conquistando bons resultados, alcançando as mais diferentes populações, o que mostra a eficácia das campanhas de conscientização. Quase a totalidade dos sujeitos deste estudo reconhece os malefícios do tabagismo à saúde, resultado semelhante ao encontrado na população geral (BRASIL, 2011a).

Além de reconhecer que o tabagismo traz malefícios à saúde, a maioria dos sujeitos deste estudo reconhece, como efeito do hábito, alguma alteração em seu próprio organismo. A presença de comorbidades físicas é maior entre os sujeitos com maior grau de dependência nicotínica, provavelmente devido ao maior número de cigarros e ao maior tempo de

tabagismo. De acordo com Kelly et al. (2011), morte entre esquizofrênicos tabagistas devido a complicações cardíacas é 12 vezes maior do que entre os não tabagistas.

Além do prejuízo à saúde, reconhece-se o impacto do tabagismo na vida financeira dos sujeitos. O gasto médio dos tabagistas do estudo com a compra de tabaco é superior à média encontrada na população brasileira (BRASIL, 2011a). Estudos mostram que os pacientes psiquiátricos podem chegar a comprometer até 30% de sua renda mensal na compra de cigarros, o que certamente causa impacto em sua vida financeira; estudiosos afirmam que o comprometimento de até 4% da renda mensal na compra desse produto pode ser considerado prejudicial (WORLD BANK, 2003; STEINBERG; WILLIAMS; ZIEDONIS, 2004).

6.4 SEVERIDADE DA DEPENDÊNCIA NICOTÍNICA NA ESQUIZOFRENIA

Além da confirmação de que a prevalência de tabagismo entre os portadores de transtorno mental é superior à encontrada na população geral, é fundamental que a prevalência de tabagismo nos transtornos mentais severos em comparação aos demais transtornos seja ressaltada, pois trata-se da realidade.

Dentre os transtornos mentais severos, o tabagismo foi mais frequente entre os transtornos da personalidade, seguidos pelos transtornos do humor e pelos transtornos do espectro esquizofrênico. Este achado se opõe ao encontrado em outras pesquisas, em que se refere predomínio de tabagistas entre os indivíduos com esquizofrenia (DIWAN et al., 1998; LASSER, 2000; DIAZ et al., 2008, 2009; KEIZER et al., 2009).

Embora neste estudo a prevalência de tabagistas seja menor entre os esquizofrênicos em relação aos demais transtornos severos, desperta atenção o fato de o grau de dependência nicotínica ser superior entre as pessoas desse grupo diagnóstico, ou seja, uma vez iniciado o tabagismo nesses indivíduos a dependência nicotínica se instala de modo mais intenso em comparação aos demais transtornos.

A severa dependência nicotínica nos esquizofrênicos é reconhecida na literatura científica (LASSER, 2000; DE LEON; DIAZ, 2005; GURPEGUI et al., 2005; CHAVES; SHIRAKAWA, 2008; GALAZYN et al., 2010; ZHANG et al., 2010; GELKOPF et al., 2012), o que representa um desafio para os estudiosos que têm tentando, ao longo dos anos, explicar essa complexa associação que pode envolver fatores biológicos, psicológicos, sociais, culturais e históricos.

É fundamental o conhecimento da manifestação clínica desse transtorno, pois o tabagismo interfere diretamente em sua apresentação. Os sintomas da esquizofrenia são os

mais severos da psiquiatria, envolvendo distorção do processo e do conteúdo do pensamento, alteração da sensopercepção, prejuízos cognitivos, empobrecimento do afeto, anedonia e dificuldade psicomotora (OMS, 2000; SADOCK; SADOCK, 2007; DALGALARRONDO, 2008; GATTAZ; BUSSATO, 2009; SHIRAKAWA, 2009).

Os sintomas da esquizofrenia são vivenciados como profundamente debilitantes e causadores de sofrimento, pois envolvem a perda do autocontrole e do contato com a realidade, com consequências para as diferentes esferas da vida do indivíduo, desde as atividades diárias mais simples até a vida social, laboral, as relações interpessoais e os vínculos familiares (SCHNEIDER; VALLE, 1995; KOGA; FUREGATO, 2002; WHO, 2008; GATTAZ; BUSSATO, 2009; MAURITZ; MEIJEL, 2009; SHIRAKAWA, 2009; HSIUNG et al., 2010; NOVICK et al., 2010; OLIVEIRA; FACINA; SIQUEIRA JÚNIOR, 2012; OLIVEIRA; FUREGATO, 2012b; OLIVEIRA et al., 2013).

Os sintomas da esquizofrenia mais debilitantes, com impacto direto no cotidiano do seu portador, são os sintomas negativos (anedonia, embotamento afetivo, prejuízo das funções cognitivas – memória, atenção e concentração –, lentificação psicomotora, prejuízo da linguagem). A vivência desses sintomas, somada à sobrecarga decorrente do transtorno, é reconhecida como um importante fator para o início e a manutenção do tabagismo nos esquizofrênicos (BOWIE et al., 2006; KEIZER et al., 2009).

Em termos neurobiológicos, os sintomas negativos da esquizofrenia ocorrem devido à redução da atividade dopaminérgica no córtex pré-frontal. Quando a nicotina se liga aos seus receptores, ela contribui para reverter a hipoatividade frontal. Como consequência, os sintomas negativos são amenizados, tendo o tabagismo o papel de automedicação (MCCLOUGHEN, 2003; CHAVES; SHIRAKAWA, 2008; PROCHASKA; HALL; BERO, 2008; MA et al., 2010; WINTERER, 2010; AUBIN et al., 2012; KELLY et al., 2012).

Possivelmente, uma vez iniciado o tabagismo e experimentado o alívio desses sintomas, o esquizofrênico passa a recorrer de forma mais intensa ao cigarro, o que contribui para o desenvolvimento de alto grau de dependência nicotínica e para a maior dificuldade para parar de fumar. A maioria dos sujeitos deste estudo considera que, para os pacientes psiquiátricos, é mais difícil abandonar esse hábito.

O papel do tabagismo nos sintomas negativos pode explicar a proporção mais elevada de tabagistas e o grau de dependência mais severo nos sujeitos com mais tempo de doença, pois reconhece-se que, nos esquizofrênicos crônicos, os sintomas negativos se manifestam de forma mais intensa (OMS, 2000; SADOCK; SADOCK, 2007; SHIRAKAWA, 2009).

Reconhecendo que os sintomas da esquizofrenia não são patognomônicos, a lentificação psicomotora e a falta de concentração, por exemplo, podem ocorrer em portadores de outros transtornos mentais, que também podem sentir o alívio desses sintomas com o uso de tabaco.

Os principais fatores biológicos podem estar associados com automedicação dos sintomas psiquiátricos, redução dos efeitos colaterais das medicações e obtenção de maior quantidade de nicotina por cigarro fumado.

Os efeitos de automedicação do tabagismo não ocorrem apenas em relação aos sintomas negativos e cognitivos. A maioria dos sujeitos do estudo relatou alívio da ansiedade e melhora do humor. O alívio desses sintomas é reconhecido como um dos principais motivos dos portadores de transtorno mental para prosseguir com o tabagismo (GURPEGUI et al., 2007; KELLY et al., 2012).

Independente do sintoma que o tabagismo ajude a aliviar, os sujeitos deste estudo reconhecem o efeito de automedicação como temporário, o que explica, em parte, por que fumam em maiores quantidades.

Apesar de a maioria dos sujeitos relatar alívio da ansiedade com o uso de tabaco, alguns sujeitos reconhecem o seu efeito ansiogênico. O aumento da ansiedade em decorrência do tabagismo é reconhecido por alguns autores que acreditam que, com o uso crônico do tabaco, há uma adaptação do SNC à ação da nicotina, deixando de ter efeito ansiolítico e passando a ser um fator ansiogênico (KASSEL; UNROD, 2000; PICCIOTTO; BRUNZELL; CALDARONE, 2002; EVATT; KASSEL, 2010).

Para os esquizofrênicos, o aumento da ansiedade com o uso de tabaco representa um prejuízo ainda maior, uma vez que os sintomas positivos, como delírios e alucinações, são desencadeados em momentos de estresse (SADOCK; SADOCK, 2007).

O tabagismo também pode agravar os sintomas positivos da esquizofrenia (delírios, alucinações, alterações na fala com aumento da produtividade, agitação psicomotora) por meio de outro mecanismo biológico. Acredita-se que naturalmente esses sintomas ocorram devido ao aumento da atividade do sistema dopaminérgico na região mesolímbica do SNC. Quando a nicotina se liga a seus receptores localizados nessa região, ocorre um estímulo adicional à atividade dopaminérgica, intensificando a produção dos sintomas (BERATIS; KATRIVANOU; GOURZIS, 2001; MCCLOUGHEN, 2003; SADOCK; SADOCK, 2007).

Embora o tabagismo possa agravar os sintomas positivos, alguns sujeitos relatam recorrer ao cigarro nos momentos das alucinações auditivas. Os sujeitos têm percepção de que a nicotina não age diretamente nas alucinações, mas contribui para reduzi-las à medida que

tira o foco do estímulo estressor. Portanto, pode-se pensar que, naqueles indivíduos em que a nicotina tem efeito ansiolítico, o cigarro pode contribuir, indiretamente, para alívio dos sintomas produtivos da esquizofrenia.

Um dos sujeitos relata que fuma quando percebe sua cabeça “cheia de barulho”. Na realidade, ele pode estar se referindo à hiperestimulação sensorial, comum entre esquizofrênicos, retratada por meio da dificuldade em filtrar os estímulos externos. Considerando que as alucinações podem ocorrer a partir da maior percepção desses estímulos, acredita-se que a sua redução, proporcionada pela nicotina, possa estar associada à diminuição das experiências alucinatórias (ADLER et al., 1993; DALACK; MEADOR-WOODRUFF, 1996; DALACK; HEALY; MEADOR-WOODRUFF, 1998; MCCLOUGHEN, 2003; SADOCK; SADOCK, 2007; CHEN et al., 2011; AUBIN et al., 2012).

Além do efeito da automedicação associada ao tabagismo, os sujeitos deste estudo relataram alívio dos efeitos colaterais dos medicamentos.

É de conhecimento geral que as medicações antipsicóticas, especialmente as de primeira geração (antipsicóticos típicos), ocasionam efeitos colaterais graves e debilitantes, como acatisia e parkinsonismo. Esses efeitos podem ser amenizados com o uso de tabaco, contribuindo para que os esquizofrênicos procurem o cigarro como fonte de alívio.

Apesar desse aparente benefício, ao investigar o mecanismo envolvido no alívio dos efeitos colaterais, esse se torna um fator preocupante no cuidado ao paciente psiquiátrico, pois o alívio dos efeitos colaterais ocorre devido à redução, de cerca de um terço, da concentração sanguínea dos medicamentos. A redução da dose terapêutica se deve ao fato de que o tabaco é metabolizado pela mesma enzima (CYP1A2) que metaboliza alguns medicamentos psiquiátricos como os antipsicóticos (Clozapina, Clorpromazina, Flufenazina, Haloperidol, Olanzapina), os antidepressivos (Amitriptilina, Clomipramina, Fluvoxamina, Imipramina, Nortriptilina, Trazodona) e os ansiolíticos (Alprazolam, Diazepam, Lorazepam) (ZEVIN; BENOWITZ, 1999; DESAI; SEABOLT; JANN, 2001; WU et al., 2008).

WU et al. (2008), a partir de uma pesquisa clínica, constataram que os tabagistas podem precisar de uma dose 50 a 100% mais elevada de Olanzapina para obter o mesmo efeito terapêutico de um não tabagista, o que representa um risco quando ele decide parar de fumar sem um acompanhamento rigoroso, pois, com a retirada do tabaco, a concentração das medicações é aumentada, podendo ocasionar efeitos adversos severos. Isso é preocupante ao se constatar que a maioria dos tabagistas deste estudo tentaria parar de fumar por conta própria caso decidisse parar de fumar, resultado que revela a urgência de um olhar atento dos profissionais para esses indivíduos.

Para Winterer (2010), uma alternativa para contornar a interferência do tabagismo na terapêutica medicamentosa seria o aumento da dose desses medicamentos ou sua substituição por outros, quando possível, pois a Quetiapina, a Risperidona e a Ziprasidona, por exemplo, não são influenciadas pelo metabolismo do tabaco. Williams e Ziedonis (2004) levantam uma questão contra a sugestão de Winterer (2010), pois aumentar a dose implica também aumento de custos.

A constatação, neste estudo, do maior número de internações psiquiátricas entre os tabagistas e entre aqueles com maior grau de dependência nicotínica pode ser explicada, em parte, pela interferência do tabaco na terapêutica medicamentosa, assim como encontrado em outros estudos que também revelam maior número de surtos entre os tabagistas e maior gravidade do transtorno mental (WILLIAMS; ZIEDONIS, 2004; WINTERER, 2010; AUBIN et al., 2012).

Portanto, embora em um primeiro momento a explicação detalhada da interferência do tabagismo na dose terapêutica das medicações pareça uma informação estritamente biológica, ela deve ser vista de forma mais abrangente e cuidadosa pelos profissionais responsáveis pelo cuidado desses pacientes, pois reconhece-se que a maior ocorrência de surtos psiquiátricos está associada a comprometimento do funcionamento pessoal e social, com pior prognóstico do transtorno (SADOCK; SADOCK, 2007; SHIRAKAWA, 2000, 2009).

Desse modo, apesar de ser comum, na prática dos serviços, a transferência da responsabilidade pela terapêutica medicamentosa para os médicos, ressalta-se que essa é uma responsabilidade também do enfermeiro, pois, conforme reconhecido no código de ética da profissão, é proibido a esse profissional administrar qualquer tipo de medicamento sem o conhecimento de sua ação, interações e possíveis riscos (COFEN, 2007).

Outra explicação biológica para o elevado grau de dependência nicotínica entre os esquizofrênicos é a maior obtenção de nicotina por cigarro fumado em comparação aos portadores dos demais transtornos. Isso ocorre devido ao maior número de tragadas por cigarro e menor tempo de intervalo entre elas. O padrão de fumo dos esquizofrênicos é diferente não apenas em relação às tragadas, mas também porque costumam fumar o cigarro até o fim e alguns sujeitos têm a prática de fumar bitucas; reconhece-se que é no filtro do cigarro onde fica retida a maior concentração de nicotina. Tudo isso contribui para maior obtenção de nicotina e consequente agravamento da sua dependência (WILLIAMS; ZIEDONIS, 2004; STRAND; NYBACK, 2005; TIDEY et al., 2005; WILLIAMS et al., 2005, 2011).

Desse modo, pode-se pensar que, para avaliar a gravidade do grau de dependência nicotínica em esquizofrênicos, não basta considerar apenas o número de cigarros fumados,

pois o padrão diferente do ato de fumar (mais tragadas) faz com que mesmo que fumem a mesma quantidade de cigarro obtenham mais nicotina do que as demais pessoas.

As explicações biológicas para a dependência de tabaco mais elevada entre esquizofrênicos está bem estabelecida na literatura científica, sendo sua compreensão de fundamental importância para o planejamento do cuidado. No entanto, o conhecimento dos fatores biológicos isoladamente não é suficiente para explicar a complexidade desse fenômeno. Nessa perspectiva, faz-se necessária uma discussão mais ampliada, abrangendo aspectos psicológicos, históricos e culturais.

As falas dos sujeitos deste estudo, portadores dos diferentes transtornos, revelam sentidos diversos do tabagismo. Além dos efeitos de automedicação e melhora dos efeitos colaterais dos medicamentos, os tabagistas fumam para sentir prazer, para se distrair, para amenizar o sentimento de solidão, para se sentirem seguros/protegidos e para facilitar as interações sociais. Essas motivações também são registradas em outros estudos (LAWN; POLS; BARBER, 2004; WILLIAMS; ZIEDONIS, 2004; ESTERBERG; COMPTON, 2005; BARR et al., 2008; KELLY et al., 2012).

Além das motivações mencionadas, os sujeitos relatam fumar para suportar o estigma associado ao transtorno mental e a não aceitação de suas limitações (autoestigma), o que também foi relatado na pesquisa de Lawn, Pols e Barber (2004). O estigma representa um obstáculo para a recuperação do portador de transtorno mental, pois tem como consequências o desenvolvimento do sentimento de incapacidade, menos valia, falta de esperança e baixa estima pessoal (CORRIGAN; LARSON; RUSCH, 2009; WAHL, 2012). Essas consequências comprometem diretamente a motivação do portador de transtorno mental para parar de fumar, passando o cigarro a ter um sentido diferente em sua vida.

Nesse ponto, é fundamental lembrar as leis de proibição ao tabagismo em ambientes coletivos, visto que elas podem aumentar o sentimento de discriminação e o isolamento social (LAWRENCE; MITROU; ZUBRICK, 2009). Portanto, é necessária maior atenção para esse aspecto nos portadores de transtorno mental.

As falas dos sujeitos deste estudo revelam forte dependência psicológica do cigarro, pois relatam alívio apenas pelo fato de tê-lo por perto e o reconhecem como um companheiro que traz sentido à vida, corroborando a definição de Ponciano-Rodríguez e Morales-Ruiz (2007) de que a dependência psicológica é notada por meio das crenças que o sujeito constrói em torno do cigarro.

O sentido do tabagismo como autodestruição, também encontrado no estudo de Lawn, Pols e Barber (2004), relatado por dois sujeitos internados após tentativa de suicídio,

corroborar a afirmação de alguns autores que acreditam que a conscientização sobre os malefícios do tabagismo à saúde não é a estratégia mais eficaz para alguns pacientes psiquiátricos, especialmente aqueles que não veem motivos para viver (MURPHY et al., 2003; LAWRENCE; MITROU; ZUBRICK, 2009). Em situações como essa, o papel do profissional da saúde é desafiador, pois, concomitante às intervenções a respeito do tabagismo, é preciso ajudar o paciente a encontrar sentido para sua vida. Como diz Travelbee (1982), “existe sempre um sentido mesmo na própria doença” e Bleger (1989), “toda conduta tem um sentido”.

Apesar de a abordagem ao tabagismo ser difícil em momentos de profunda depressão, isso não pode ser motivo para não se falar sobre o assunto. Os profissionais precisam ter clareza de que o tabagismo é prejudicial nesses momentos, pois contribui para agravar a sintomatologia psiquiátrica pelas diferentes explicações biológicas já discutidas. Segundo Lawrence, Mitrou e Zubrick (2009), uma alternativa para lidar com esse impasse é focar a abordagem do tabagismo nos benefícios que a retirada do cigarro pode ter em seus sintomas, desde que cuidadosamente retirados, ficando os prejuízos à saúde física para uma abordagem posterior.

Um dos questionamentos deste estudo é a possível diferença entre a esquizofrenia e os demais transtornos quanto ao sentido atribuído ao tabagismo. As falas dos esquizofrênicos confirmam essa diferença. Para eles, o cigarro é algo insubstituível, um refúgio para os problemas decorrentes do transtorno, sendo tão necessário quanto respirar. Para Srinivasan e Tara (2002), o tabagismo é uma forma que o esquizofrênico encontra de se sentir parte do mundo.

A constatação de que o tabagismo tem um sentido mais profundo para os esquizofrênicos é coerente com a constatação do grau de dependência nicotínica mais severo entre eles. Frente a isso, percebe-se a necessidade de se estudar a dependência nicotínica não apenas a partir da perspectiva das necessidades fisiológicas, mas também a sua influência psicológica.

6.5 TABAGISMO NA INTERNAÇÃO PSIQUIÁTRICA

Além do exposto sobre o papel do tabagismo ajudando os sujeitos a superar as dificuldades geradas pela convivência com o transtorno mental, confirma-se uma das hipóteses deste estudo de que o tabagismo ajuda os pacientes psiquiátricos a enfrentarem as dificuldades geradas pela internação psiquiátrica. Os sujeitos recorrem ao cigarro, durante a

internação, para enfrentar duas principais dificuldades: a falta de atividades na enfermaria (ociosidade) e a dificuldade do convívio com os demais pacientes, situações geradoras de estresse e ansiedade. Essas dificuldades e a busca de alívio pelo cigarro também são encontradas nas pesquisas de Lawn, Pols e Barber (2004) e Keizer, Descloux e Eytan (2009).

Ao se falar sobre o tabagismo na internação psiquiátrica, vale ressaltar que, embora um terço dos sujeitos deste estudo seja tabagista, em nenhum prontuário essa informação foi registrada, apesar de a dependência nicotínica ser um diagnóstico reconhecido na CID 10. Pelo contrário, em algumas prescrições médicas, foi chamada a atenção da equipe de enfermagem para não se esquecer de avisar o paciente nos horários do cigarro. A ausência de registro do tabagismo enquanto diagnóstico também foi observada no estudo Keizer et al. (2009).

Além disso, observa-se que dois sujeitos deste estudo começaram a fumar durante a internação atual, sendo que um deles tomou essa decisão após ter sido orientado por um paciente tabagista. De fato, quase metade dos sujeitos acredita que a internação possa influenciar o início do tabagismo.

Considerando a gravidade do tabagismo para os portadores de transtorno mental em termos de agravamento ao quadro psiquiátrico, alteração da terapêutica medicamentosa, desenvolvimento de intensa dependência física e psicológica e comprometimentos à saúde física, com índices elevados de mortalidade precoce, permitir que esses pacientes comecem a fumar em um ambiente protegido, como a internação, contraria os preceitos profissionais de educação e estímulo à saúde. O código de ética dos profissionais de enfermagem, por exemplo, afirma que “a enfermagem é uma profissão comprometida com a saúde” (COFEN, 2007). Portanto, não é aceitável que o profissional seja conivente com o início do tabagismo enquanto o paciente estiver sob seus cuidados e responsabilidade durante a internação.

É reconhecida a dificuldade que os portadores de transtorno mental têm para parar de fumar, sendo que, para muitos deles, dependendo da gravidade da dependência, o tabagismo pode ser uma dependência para a vida toda, um caminho sem volta. Portanto, embora se reconheça o direito de autonomia do paciente, deve-se considerar que, no momento do surto psiquiátrico, ele não tem condições de decidir se quer ou não começar a fumar. A maioria dos tabagistas do estudo reconhece a maior dificuldade dos pacientes psiquiátricos para deixar de fumar, o que corrobora a pesquisa realizada por Baker et al. (2006), na qual foi mostrado que, mesmo recebendo tratamento intenso contra a dependência nicotínica, o sucesso em manter-se em abstinência é menor nos pacientes psiquiátricos do que na população geral.

Todos os esforços devem ser realizados para evitar que o paciente comece a fumar durante a internação. Esses esforços são possíveis, visto que um dos sujeitos que começou a fumar na internação atual relata que buscou no cigarro aquilo que não encontrou nos profissionais, o que corrobora a afirmação de Lawn, Pols e Barber (2004) de que o cigarro supre o que falta nas interações humanas.

Quanto à falta de esforços dos profissionais em relação ao combate ao tabagismo, quase a metade dos sujeitos do estudo refere não se sentir apoiada para parar de fumar pela equipe da enfermagem de psiquiatria. Soma-se a isso outro indicativo da fragilidade do serviço, visto que dois pacientes em abstinência nicotínica voltaram a fumar na internação e um paciente que tomou a decisão de parar de fumar durante sua estadia no hospital não teve essa iniciativa reconhecida pelos profissionais, apesar dos sintomas de abstinência nicotínica que passou a apresentar. Esse é um fato que merece atenção, pois, como já exposto, quando os portadores de transtorno mental tentam parar de fumar sem um acompanhamento rigoroso, existe um sério risco de complicações devido ao aumento súbito da concentração dos medicamentos na corrente sanguínea.

Um dos argumentos que poderia ser usado para justificar a permissão do início do tabagismo nos dois sujeitos do estudo e para justificar, também, a falta de apoio quanto à prevenção de recaídas nos sujeitos que voltaram a fumar durante a internação é a falta de conhecimento dos profissionais quanto às interferências do tabagismo nos transtornos mentais. De fato, esse conhecimento é deficitário, especialmente no Brasil, onde as publicações sobre o assunto são escassas, assim como constatado na revisão de literatura de Oliveira e Furegato (2012a). No entanto, independente do conhecimento dos prejuízos específicos a essa população, o conhecimento geral de agravo à saúde física é conhecimento de domínio público, amplamente divulgado pelos órgãos governamentais. Retomando o código de ética dos profissionais de enfermagem, ressalta-se o comprometimento dessa profissão com a promoção da vida, o que se torna incoerente com as situações mencionadas (COFEN, 2007).

Apesar de todos os pontos discutidos acima, não se pode olhar para a situação do início do tabagismo durante a internação, bem como as situações de recaídas, como uma simples negligência/omissão profissional. A situação é mais complexa, pois reflete uma herança histórica e cultural dos serviços psiquiátricos que, por muitos anos, vêm utilizando o cigarro como uma ferramenta do cuidado e moeda de troca para controlar o comportamento dos pacientes, incentivar a adesão ao tratamento medicamentoso e facilitar as interações (MCCLOUGHEN, 2003; WILLIAMS; ZIEDONIS, 2004; LAWN; CONDON, 2006;

BANHAM; GILBODY; LESTER, 2005; GEORGE; ZIEDONIS, 2009; SOLWAY, 2009; GREEN, 2010).

A influência dessa cultura de cuidados também é percebida pelo fato de que a maioria dos sujeitos deste estudo com internações anteriores apenas em hospital psiquiátrico e com transtornos mentais severos iniciou o tabagismo após os 16 anos de idade, enquanto a maioria dos demais sujeitos começou a fumar até a idade de 15 anos. Possivelmente os pacientes com história de internações em hospitais psiquiátricos começaram a fumar mais tarde por terem aprendido a fumar nesses serviços. O início tardio do tabagismo nos pacientes psiquiátricos é reconhecido na literatura científica (GURPEGUI et al., 2005; DIAZ et al., 2008).

Uma das ações de combate ao tabagismo, sugerida pela Organização Mundial da Saúde e adotada por meio de legislação em muitos países, incluindo o Brasil, é a proibição do tabagismo em ambientes fechados (WHO, 2011a). Essa medida, adotada pelos serviços de internação psiquiátrica, com restrição ao tabagismo durante a internação, tem provocado reação nos portadores de transtorno mental.

Reconhece-se que restringir o tabagismo na internação psiquiátrica é enfrentar a herança cultural desses serviços. Para os sujeitos deste estudo, o tabagismo é permitido durante a internação como forma de garantir a segurança dos profissionais por meio da prevenção de comportamentos agressivos dos pacientes, controle do estresse e do nervosismo, o que corrobora Aubin et al. (2012), quando afirmam que essa crença é compartilhada tanto pelos profissionais como pelos pacientes.

O aumento do estresse em decorrência da retirada do tabaco é algo possível de acontecer devido à síndrome de abstinência. No entanto, a crença do aumento da agressividade do paciente psiquiátrico com a retirada do tabaco é contestada na literatura científica (LAWN; POLS, 2005; BLOOR; MEESON; CROME, 2006; ETTER; KHAN; ETTER, 2008; SHATTELL; ANDES, 2008; SHMUELI et al., 2008; VILLARE; BARZEGA, 2008; CROCKFORD; KERFOOT; CURRIE, 2009). Isso pode envolver insegurança dos profissionais e falta de embasamento científico para lidar com a questão. Pesquisa realizada na enfermaria deste estudo mostrou que a maioria dos profissionais de enfermagem se preocupa com o risco de violência durante a internação (OLIVEIRA; SIQUEIRA JÚNIOR; FUREGATO, 2012).

Para os sujeitos deste estudo, permitir o tabagismo na internação, mesmo que haja a restrição dos horários, é uma forma de garantir os seus direitos e de respeitar suas necessidades, o que vem ao encontro do pensamento de Shattell e Andes (2008), quando

questionam a pertinência da restrição ao tabagismo no momento da internação e o direito de escolha dos pacientes.

No entanto, se por um lado existe o questionamento quanto à pertinência das restrições ao tabagismo no momento da internação hospitalar e o direito de escolha do paciente, por outro lado deve existir a discussão quanto à omissão de cuidados, revelada por meio da permissão e apoio ao tabagismo nos ambientes de internação psiquiátrica pela ausência de alternativas educativas e terapêuticas, como prevenção e tratamento, para os que desejam parar de fumar, assim como encontrado neste estudo.

Um dos sujeitos questionou a diferença existente entre a restrição ao tabagismo aos pacientes psiquiátricos e aos pacientes clínicos, visto que no hospital geral em questão há permissão para o tabagismo apenas na enfermaria de psiquiatria. Alguns autores acreditam que permitir o fumo somente para pacientes psiquiátricos aumenta a desigualdade e o preconceito existentes entre eles e a sociedade (CAMPION; MCNEILL; CHECINSKI, 2006; GEORGE; ZIEDONIS, 2009).

Ao considerar que a permissão ao tabagismo na internação psiquiátrica é fundamentada em mitos sobre a cessação do tabagismo nestes indivíduos (receio do aumento da agressividade, prejuízo da relação profissional-paciente), bem como na falta de confiança em sua capacidade de abandonar o tabaco, reitera-se o entendimento dessa prática como sinal de distinção (VILLARI; BARZEGA, 2008; PRAVEEN et al., 2009; WYE et al., 2010).

Ao pensar no tabagismo como sinalizador de diferenças, considera-se a permissão ao tabagismo nos serviços de internação psiquiátrica incoerente com o momento atual que a psiquiatria está vivenciando em relação à mudança de suas concepções e práticas de reinserção social do portador de transtorno mental e a diminuição das diferenças (BRASIL, 2001).

A principal dificuldade da restrição é que ela é vista como algo imposto, apenas mais uma regra da rotina da enfermaria; alguns sujeitos a veem como um castigo e relatam sentir falta de conversar sobre o assunto, o que é preocupante, pois, segundo Prochaska et al. (2006), a restrição não obtém o efeito esperado quando não é acompanhada de ações de apoio e motivação.

Os sujeitos apoiados para parar de fumar durante a internação percebem esse apoio mais por parte da equipe de enfermagem devido à proximidade do cuidado nas 24 horas do cotidiano, corroborando outros estudos (CATALDO, 2001; MCCLOUGHEN, 2003; WALLACE-BELL, 2003; LAWN; CONDON, 2006; RICE; STEAD, 2006; O'DONOVAN, 2009; GREEN, 2010).

Além da percepção do maior apoio por parte da equipe de enfermagem, os sujeitos também reconhecem que os profissionais que fumam são os que menos abordam o tema. De acordo com estudiosos, os profissionais tabagistas veem de modo diferente o tabagismo nos pacientes psiquiátricos, apoiando mais a continuação dessa cultura nos serviços de internação do que os profissionais não tabagistas (PRAVEEN et al., 2009; O'DONOVAN, 2009).

A atitude diferente dos profissionais tabagistas frente à restrição merece atenção, pois pesquisas mostram que o modo como a equipe age diante das questões relacionadas ao tabagismo nos serviços de internação psiquiátrica influencia a percepção dos pacientes a respeito desse hábito e suas motivações para abandoná-lo (BLOOR; MEESON; CROME, 2006; KEIZER; DESCLOUX; EYTAN, 2009; SARNA; BIALOUS; KOTLERMAN, 2009). Quando os profissionais não aceitam o processo de implementação dessas restrições e não participam dele, os resultados são pouco satisfatórios (STUBBS; HAW; GARNER, 2004; BLOOR; MEESON; CROME, 2006).

Pesquisa mostra que a maioria dos profissionais de enfermagem tabagistas trabalha em psiquiatria (O'DONOVAN, 2009). É comum na prática dos serviços, independente da especialidade, um olhar crítico para o profissional que fuma, pois deles espera-se um exemplo a ser seguido. No entanto, não se deve esquecer que, antes de ser um profissional da área da saúde, ele é um ser humano que também possui limitações e fragilidades. O estudo de O'Donovan (2009) mostra que a maioria dos enfermeiros tabagistas iniciou o hábito antes de ingressar na enfermagem.

Reconhecendo essa fragilidade dos profissionais tabagistas, uma atitude mais positiva seria um olhar atento e compreensivo das instituições para esses profissionais, reconhecendo essa limitação e oferecendo ajuda para abandonarem o tabagismo, pois isso certamente aumentaria a qualidade de vida desse profissional e seria refletido na prática do cuidado. A frequência elevada de tabagistas entre os profissionais da saúde apenas reafirma a complexidade envolvida no desenvolvimento da dependência nicotínica, pois apenas o aspecto cognitivo (domínio de conhecimento) não é suficiente para motivar a tomada de decisão de parar de fumar.

Um dos impactos da restrição ao tabagismo nos sujeitos deste estudo foi o menor tempo de permanência hospitalar dos tabagistas em comparação aos demais sujeitos, resultado semelhante ao estudo de Patten et al. (1995). Isso pode ocorrer devido à dificuldade em fumar menos durante a internação, visto que quase a totalidade desses indivíduos relatou que o padrão de fumo foi modificado. Alguns tabagistas relataram desejo de ir embora e estar

cogitando a possibilidade de alta a pedido, o que corrobora o estudo de Crockford, Kerfoot e Currie (2009), no qual a frequência de alta a pedido é maior entre os tabagistas.

Há de se considerar ainda que o tabagista, no contexto da internação, é um paciente que demanda mais tempo dos profissionais, especialmente os de enfermagem, pois nos horários em que é permitido fumar precisam ser acompanhados até a área externa da enfermaria. O tabagista também é um paciente que, dependendo da dificuldade que esteja enfrentando, em relação à restrição requer mais atenção da equipe, pois solicita cigarro a todo instante, muitas vezes tentando manipulá-la para conseguir esse privilégio, bem como os demais pacientes em troca de bitucas. Portanto, devido à maior demanda de tempo e de atenção dos profissionais, a internação do tabagista pode ser limitada ao mínimo de tempo necessário, recebendo alta assim que possível.

A mudança da regra de restrição com maior redução do número de cigarros permitidos por dia foi acompanhada por diminuição do tempo de permanência hospitalar dos sujeitos, o que confirma a dificuldade enfrentada pelos tabagistas. Estudos mostram que quanto maior a severidade da restrição menor a duração da internação daqueles que fumam (PATTEN et al., 1995; CROCKFORD; KERFOOT; CURRIE, 2009).

O maior tempo de permanência hospitalar dos tabagistas quando as medidas restritivas são menos severas pode ser devido à interferência do tabaco na terapêutica medicamentosa, postergando a recuperação do surto psiquiátrico. Ao reconhecer os prejuízos do tabagismo no momento da apresentação aguda do transtorno mental, aumentando o tempo necessário para a recuperação, fica difícil conciliar as práticas de cuidado com esse hábito. Pesquisa realizada com esquizofrênicos em um hospital psiquiátrico mostrou que após terem sido submetidos à intervenção com apoio para diminuir a quantidade de cigarros houve melhora significativa dos sintomas psiquiátricos (GELKOPF et al., 2012).

Ainda se deve considerar o fato de que entre os tabagistas é maior a frequência de pacientes graves, com mais tempo de doença e portadores dos transtornos mentais severos, assim como encontrado neste estudo, com expectativa de um maior tempo de internação para recuperação do surto.

Apesar das limitações da restrição ao tabagismo, os sujeitos deste estudo reconheceram alguns de seus benefícios, como o desenvolvimento do autocontrole e descoberta de sua capacidade para parar de fumar. A restrição permitiu que os tabagistas se sentissem mais responsáveis em relação ao cigarro, quando tiveram oportunidade de repensar o sentido do tabagismo em sua vida. Para alguns pacientes, o tabagismo vinha em primeiro plano; com a restrição na internação, descobriram novas possibilidades.

Estudos sobre o efeito das restrições ao tabagismo na internação psiquiátrica revelaram que todos os pacientes voltaram a fumar após a alta hospitalar, o que parece desanimador em um primeiro momento. Entretanto, ao analisar outros aspectos desses estudos, observam-se mudanças positivas como diminuição do número de cigarros fumados após a alta hospitalar, aumento das tentativas de parar de fumar, aumento da expectativa de sucesso e mudança de atitudes com muitos pacientes passando para os estágios de contemplação e preparação/ação (ETTER; ETTER, 2007; ETTER; KHAN; ETTER, 2008; SHMUELI et al., 2008; KEIZER; DESCLOUX; EYTAN, 2009).

Considerar os resultados das restrições ao tabagismo desanimadores devido à não alteração da prevalência de tabagismo após a alta hospitalar é olhar para esse problema de forma reducionista, revelando uma visão tendenciosa dos profissionais, acreditando que o tabagismo nos pacientes com transtorno mental não é algo possível de ser superado.

Vale considerar que, no abandono do tabagismo, as recaídas não são vistas como fracasso, mas como parte de um processo de mudança. Portanto, as mudanças de atitudes nos sujeitos deste estudo, mostradas a partir das restrições, com aumento da responsabilidade a respeito do cigarro, desenvolvimento do autocontrole, ressignificação do papel do cigarro em sua vida e intenção de manter os horários de fumo após a alta hospitalar, podem ser consideradas uma grande conquista, revelando a eficácia das medidas restritivas durante a internação. A restrição traz uma nova esperança para os profissionais, pois cessar o tabagismo nos portadores de transtorno mental é algo possível.

Enfim, a internação psiquiátrica é momento oportuno para se falar sobre o tabagismo, pois a restrição somada ao apoio da equipe pode auxiliar no aumento de conscientização e motivação para abandonar o hábito (ETTER; KHAN; ETTER, 2008; KEIZER; DESCLOUX; EYTAN, 2009).

LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Uma das principais dificuldades deste estudo foi a obtenção do número mínimo de tabagistas para compor a amostra, por tratar-se de uma população jovem, em primeiro surto, sem história de internações anteriores. Como se percebe, o tabagismo ainda não está estabelecido entre esses sujeitos, pois reconhece-se que o tabagismo na população psiquiátrica costuma ser instalado após o início da doença e do tratamento. Somaram-se a essa dificuldade as reinternações no período estudado, contribuindo para um período de coleta de dados extenso (18 meses).

Outra limitação é a escassez de estudos sobre o tabagismo nos transtornos mentais em relação à população brasileira, o que não permitiu que os resultados desse estudo fossem comparados com outras realidades do Brasil.

7 CONCLUSÃO

Conclui-se que a frequência de tabagistas entre os portadores de transtorno mental, internados em enfermaria psiquiátrica de hospital geral, é superior à encontrada na população geral. No entanto, o tabagismo ainda não havia sido estabelecido entre os sujeitos deste estudo por tratar-se de uma população jovem, em primeiro surto e sem história de internações anteriores. Reconhece-se que a maior frequência de tabagistas ocorre entre os pacientes crônicos, o que é contrário ao perfil da amostra deste estudo.

O perfil sociodemográfico dos tabagistas deste estudo é diferente do perfil da amostra como um todo (mulheres, alto nível de instrução e renda bem distribuída), porém semelhante ao perfil sociodemográfico dos tabagistas da população geral: sexo masculino, residentes em área rural, separados/divorciados, menor nível de instrução, baixa renda, ausência de vínculo empregatício e sem religião.

O tabagismo é mais frequente entre os portadores de transtornos mentais severos (esquizofrênicos, do humor e da personalidade) e está associado ao maior tempo de diagnóstico, número de internações psiquiátricas, uso de álcool e de substâncias ilícitas.

A maioria dos tabagistas sente-se capaz de parar de fumar e já tentou parar alguma vez na vida, porém sem apoio dos profissionais, o que revela a fragilidade da organização dos serviços de saúde quanto ao tratamento do tabagismo.

A severidade da dependência nicotínica está associada aos transtornos do espectro esquizofrênico, maior idade, presença de comorbidades físicas, maior quantidade de cigarros e tempo de tabagismo, diminuição da percepção da capacidade de parar de fumar e maior percepção dos efeitos do tabaco no organismo e no comportamento.

De modo geral, o tabagismo para o portador de transtorno mental tem sentido de prazer, distração, automedicação dos sintomas psiquiátricos, alívio dos efeitos colaterais dos medicamentos, facilitação das interações sociais, alívio da solidão, autocontrole, proteção/segurança, ajuda para esquecer os problemas, ajuda para enfrentar o estigma e o autoestigma (não aceitação de suas próprias limitações), autodestruição, companheirismo e sentido para a vida.

O sentido do tabagismo apresenta diferença de acordo com o grau de dependência nicotínica, pois para os tabagistas com menor dependência o cigarro é utilizado apenas para atender a uma necessidade fisiológica e como meio de obter prazer, enquanto para os

tabagistas com grau de dependência mais intensa o sentido do tabagismo é mais ligado a aspectos psicológicos.

Há diferença no sentido que os esquizofrênicos atribuem ao tabagismo em relação aos portadores dos demais transtornos. Para eles, o cigarro é algo insubstituível, um refúgio para os problemas decorrentes da esquizofrenia, sendo tão necessário quanto respirar. O sentido do tabagismo na esquizofrenia parece ter relação com a maior severidade da dependência nicotínica nesses sujeitos.

O tabagismo também tem relação com as dificuldades enfrentadas na internação psiquiátrica, geradoras de estresse e ansiedade, como o convívio com os demais pacientes e a falta de atividades (tempo ocioso).

A mudança da regra de restrição ao tabagismo, com diminuição da quantidade de cigarros permitidos por dia, foi acompanhada por resistência dos pacientes, pois foi vista como apenas mais uma regra da rotina da enfermaria, sem ser acompanhada por diálogo e ações de apoio. Essa resistência refletiu na redução do tempo de permanência hospitalar dos sujeitos, sendo que alguns tabagistas passaram a cogitar a possibilidade de alta a pedido.

Apesar da resistência à restrição ao tabagismo, observou-se em alguns pacientes mudanças de atitudes com aumento da responsabilidade a respeito do cigarro, desenvolvimento do autocontrole, descoberta de sua capacidade em reduzir o número de cigarros e ressignificação do papel do tabagismo em sua vida.

Portanto, a redução da quantidade de cigarros na internação, somada a ações de apoio e motivação, pode ser considerada o primeiro passo para o abandono do tabagismo na população psiquiátrica. Os profissionais de enfermagem, pela proximidade do cuidado, são fundamentais nesse processo.

REFERÊNCIAS²

- ADDINGTON, J. et al. Readiness to stop smoking in schizophrenia. **Canadian Journal of Psychiatry**, v. 42, n. 1, p. 49-52, 1997.
- ADLER, L.E. et al. Normalization of auditory physiology by cigarette smoking in schizophrenic patients. **American Journal of Psychiatry**, v. 150, n. 12, p. 1856-1861, 1993.
- ANDRADE, L. et al. Prevalence of ICD-10 mental disorders in a catchment area in the city of São Paulo, Brazil. **Social psychiatry and psychiatric epidemiology**, v. 37, n. 7, p. 316-325, 2002.
- ANDRADE, L.H.S.G.; VIANA, M.C.; SILVEIRA, C.M. Epidemiologia dos transtornos psiquiátricos na mulher. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v. 33, n. 2, p. 43-54, 2006.
- ARAÚJO, A.J. et al. Diretrizes para a cessação do tabagismo. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, v. 30, p. 2-76, 2004. Suplemento 2.
- ARAÚJO, R. B. et al. Validação da versão brasileira do Questionnaire of Smoking Urges-Brief. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v. 34, n. 4, p. 166-175, 2007.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA. **Diretrizes para um modelo de assistência integral em saúde mental no Brasil**. 2006. Disponível em: <www.abpbrasil.org.br/diretrizes_final.pdf>. Acesso em: 28 fev. 2011.
- AUBIN, H.J. et al. Smoking, quitting, and psychiatry disease: a review. **Neuroscience and Biobehavioral Reviews**, v. 36, n. 1, p. 271-284, 2012.
- BAKER, A. et al. A randomized controlled trial of a smoking cessation intervention among people a psychotic disorder. **American Journal of Psychiatry**, v. 163, n. 11, p. 1934-1942, 2006.
- BAKER, F. et al. Health Risks associated with cigar smoking. **Journal of the American Medical Association**, v. 284, n. 6, p. 735-740, 2000.
- BANHAM, L.; GILBODY, S.; LESTER, H. A smoking ban in psychiatric units: threat or opportunity? **Mental Health in Family Medicine**, v. 5, n. 3, p. 129-133, 2008.
- BARLOW, D.H.; DURAND, V.M. **Psicopatologia: uma abordagem integrada**. São Paulo: Cengage Learning, 2008.
- BARR, A.M. et al. Self-reported motivation to smoke in schizophrenia is related to antipsychotic drug treatment. **Schizophrenia Research**, v. 100, n. 1-3, p. 252-260, 2008.
- BARROS, S.; BICHAFF, R. **Desafios para a desinstitucionalização: censo psicossocial dos moradores em hospitais psiquiátricos do estado de São Paulo**. São Paulo: Fundap, 2008. 170p.

² De acordo com a Associação Brasileira de Normas Técnicas. NBR 6023

BATKI, S.L. et al. Medical comorbidity in patients with schizophrenia and alcohol dependence. **Schizophrenia Research**, v. 107, n. 2-3, p. 139-146, 2009.

BAUMANN, M. et al. Associations of social and material deprivation with tobacco, alcohol, and psychotropic drug use, and gender: a population based study. **International Journal of Health Geographics**, v. 6, n. 50, 2007.

BEIGUELMAN, B. **Curso prático de bioestatística**. 5 . ed. Ribeirão Preto: Funpec, 2006.

BEJEROT, S.; HUMBLE, M. Low prevalence of smoking among patients with obsessive-compulsive disorder. **Comprehensive Psychiatry**, v. 40, n. 4, p. 268-272, 1999.

BEJEROT, S.; KNORRING, L.V.; EKSELIUS, L. Personality traits and smoking in patients with obsessive-compulsive disorder. **European Psychiatry**, v. 15, n. 7, p. 395-401, 2000.

BENAZZI, F. Severe mania following abrupt nicotine withdrawn. **American Journal of Psychiatry**, v. 146, n. 12, p. 1641, 1989.

BENOWITZ, N.L. Neurobiology of nicotine addiction: implications for smoking cessation treatment. **The American Journal of Medicine**, v. 121, p. S3-S10, 2008. Supplement 4.

BERATIS, S.; KATRIVANOU, A.; GOURZIS, P. Factors affecting smoking in schizophrenia. **Comprehensive Psychiatry**, v. 42, n. 5, p. 393-402, 2001.

BERK, M. et al. Going up in smoking: tobacco smoking is associated with worse treatment outcomes in mania. **Journal of Affective Disorders**, v. 110, n. 1-2, p. 126-134, 2008.

BERNSTEIN, A. et al. Developmental course (s) of lifetime cigarette use and panic attacks comorbidity: an equifinal phenomenon? **Behavior Modification**, v. 31, n. 1, p. 117-135, 2007.

BLEGER, J. **Psicologia da conduta**. 2.ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1989.

BIBLIOTECA VIRTUAL EM SAÚDE (BVS). **Descritores em Ciências da Saúde**. 2011. Disponível em: <<http://decs.bvs.br/>>. Acesso em: 21 mar. 2011.

BLACK, D.W.; ZIMMERMAN, M.; CORYELL, W.H. Cigarette smoking and psychiatric disorder in a community sample. **Annals of Clinical Psychiatry**, v. 11, n. 3, p. 129-136, 1999.

BLOOR, R.N.; MEESON, L.; CROME, I.B. The effects of a non-smoking policy on nursing staff smoking behaviour and attitudes in a psychiatric hospital. **Journal of Psychiatric and mental health nursing**, v. 13, n. 2, p. 188-196, 2006.

BOTEGA, N.J. **Prática psiquiátrica no hospital geral: interconsulta e emergência**. 2. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2006.

BOWIE, C.R. et al. Determinants of real-world functional performance in schizophrenia subjects: correlations with cognition, functional capacity, and symptoms. **American Journal of Psychiatry**, v. 163, n. 3, p. 418-425, 2006.

BRASIL. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. **A situação do tabagismo no Brasil:** dados dos inquéritos do Sistema Internacional de Vigilância, da Organização Mundial da Saúde, realizados no Brasil, entre 2002 e 2009. Rio de Janeiro: INCA, 2011a.

_____. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. **Pesquisa Especial de Tabagismo – PETab:** relatório Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2011b.

_____. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. **Tabagismo.** Rio de Janeiro: INCA, 2006b. Disponível em:

<http://www.inca.gov.br/situacao/arquivos/causalidade_tabagismo.pdf>. Acesso em: 27 jun. 2011.

_____. Lei n. 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 9 abr. 2001. Seção1:2.

_____. Lei nº 12.546, de 14 de dezembro de 2011. Altera a Lei nº 9.294 de 15 de julho de 1996. **Diário Oficial de União**, Brasília, DF, 15 dez. 2011.

_____. Lei nº 9.294, de 15 de julho de 1996. Dispõe sobre as restrições ao uso e à propaganda de produtos fumíferos, bebidas alcoólicas, medicamentos, terapias e defensivos agrícolas. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 16 jul. de 1996. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L9294.htm>. Acesso em: 9 maio 2010.

_____. Ministério da Saúde. **A ratificação da Convenção-Quadro para o controle do tabaco para o Brasil:** mitos e verdades. Rio de Janeiro: INCA, 2004.

_____. Ministério da Saúde. **A situação do câncer no Brasil.** Rio de Janeiro: INCA, 2006a.

_____. Ministério da Saúde. **Base de dados DATASUS:** Departamento de Informática do SUS. Brasília, DF, 2010c. Disponível em: <www.tabnet.datasus.gov.br>. Acesso em: 18 fev. 2011.

_____. Ministério da Saúde. **Base de dados DATASUS:** Departamento de Informática do SUS. Brasília, DF, 2012. Disponível em: <www.tabnet.datasus.gov.br> Acesso em: 2 mar. 2012.

_____. Ministério da Saúde. DATASUS. Informações de Saúde. **Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico - VIGITEL - Notas Técnicas.** 2010a. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/vigitel/vigteldescr.htm>>. Acesso em: 11 maio 2010.

_____. Ministério da Saúde. **Dia Nacional de combate ao fumo.** Brasília, DF: INCA, 2010b. Disponível em: <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/agencianoticias/site/home/noticias/2010/29_agosto_dia_nacional_combate_fumo>. Acesso em: 29 set. 2010.

_____. Ministério da Saúde. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios:** Tabagismo 2008. Rio de Janeiro: INCA, IBGE, MP, 2009a.

_____. Receita Federal. **Preço Mínimo de Cigarros**. 2011d. Disponível em: <http://www.receita.fazenda.gov.br/DestinacaoMercadorias/ProgramaNacCombCigarroIlegal/PrecoMinimoCigarros.htm>. Acesso em: 27 jun. 2012.

_____. Secretaria Nacional Antidrogas. **II Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país**: 2005. São Paulo: SENAD, 2006b.

BRAUN, B.L. et al. Smoking-related attitudes and clinical practices of medical personnel in Minnesota. **American Journal of Preventive Medicine**, v. 27, n. 4, p. 316-322, 2004.

BREEN, M.J. **The incidence of lung cancer among schizophrenic males versus nonschizophrenic males**. 1981. 65 f. Tese (Doutorado) - School of Education United States International University, San Diego, 1981. Disponível em: <http://www.legacy.library.ucsf.edu/tid/cuq18c00>. Acesso em: 10 fev. 2011.

BRESLAU, N.; KLEIN, D.F. Smoking and panic attacks: an epidemiologic investigation. **Archives of General Psychiatry**, v. 56, n. 12, p. 1141-1147, 1999.

BRESLAU, N.; NOVAK, S.; KESSLER, R. Psychiatric disorders and stages of smoking. **Biological Psychiatry**, v. 55, n. 1, p. 69-76, 2004.

BRODY, A.L. et al. Cigarette smoking saturates brain $\alpha 4 \beta 2$ Nicotinic Acetylcholine Receptors. **Archives of General Psychiatry**, v. 63, n. 8, p. 907-915, 2006.

BRODY, A.L. et al. Effect of secondhand smoke on occupancy of nicotinic acetylcholine receptors in brain. **Archives of General Psychiatry**, v. 68, n. 9, p. 953-960, 2011.

CALHEIROS, P.R.V.; OLIVEIRA, M.S.; ANDRETTA, I. Comorbidades psiquiátricas no tabagismo. **Aletheia**, n. 23, p. 65-74, 2006.

CAMPION, J.; MCNEILL, A.; CHECINSKI, K. Exempting mental health units from smoke-free laws. **British Medical Journal**, v. 333, n. 7565, p. 407-408, 2006.

CARDOSO, L.; GALERA, S.A.F. Internação psiquiátrica e a manutenção do tratamento extra-hospitalar. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 45, n. 1, p. 87-94, 2011.

CARMO, J.T.; ANDRÉS-PUEYO, A.; LÓPEZ, E.A. La evolución del concepto de tabaquismo. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, p. 999-1005, 2005.

CARMO, J.T.; ANDRÉS-PUEYO, A.A. A adaptação ao português do Fagerstrom Test for nicotine dependence (FTDN) para avaliar a dependência e tolerância à nicotina em fumantes brasileiros. **Revista Brasileira de Medicina**, v. 59, n. 1/2, p. 73-80, 2002.

CASTRO, M.G. et al. Qualidade de vida e gravidade da dependência de tabaco. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v. 34, n. 2, p. 62-67, 2007.

CASTRO, M.G.T. et al. Relação entre gênero e sintomas depressivos e ansiosos em tabagistas. **Revista de Psiquiatria Rio Grande do sul**, v. 30, n. 1, p. 25-30, 2008.

CASTRO, S.A.; FUREGATO, A.R.F.; SANTOS, J.L.F. Características sociodemográficas e clínicas em reinternações psiquiátricas. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, v. 18, n. 4, p. 800-808, 2010.

CATALDO, J.K. The role of advanced practice psychiatric nurses in treating tobacco use and dependence. **Archives of Psychiatric Nursing**, v. 15, n. 3, p. 107-119, 2001.

CATALDO NETO, A.; GAUER, G.J.C.; FURTADO, N.R. **Psiquiatria para estudantes de medicina**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2003. 944p.

CHAVES, L.; SHIRAKAWA, I. Nicotine use in patients with schizophrenia evaluated by the Fagerstrom Tolerance Questionnaire: a descriptive analysis from a brazilian sample. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 30, n. 4, p. 350-352, 2008.

CHEN, X.S. et al. Differential sensory gating functions between smokers and non-smokers among drug-naïve first episode schizophrenic patients. **Psychiatry Research**, v. 188, n. 3, p. 327-333, 2011.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem**. 2007. Disponível em: <<http://site.portalcofen.gov.br/node/4158>>. Acesso em: 18 jun. 2012.

COOK, J. et al. Effects of anhedonia on days to relapse among smokers with a history of depression: a brief report. **Nicotine & Tobacco Research**, v. 12, n. 9, p. 978-982, 2010.

CORRIGAN, P.W.; LARSON, J.E.; RUSCH, N. Self-stigma and the ‘why try’ effect: impact on life goals and evidence-based practices. **World Psychiatry**, v. 8, n. 2, p. 75-81, 2009.

COUGLE, J.R. et al. The role of comorbidity in explaining the associations between anxiety disorders and smoking. **Nicotine & Tobacco Research**, v. 12, n. 4, p. 355-364, 2010.

CROCKFORD, D.; KERFOOT, K.; CURRIE, S. The impact of opening a smoking room on psychiatric inpatient behavior following implementation of a hospital –wide smoking ban. **Journal of the American Psychiatric Nurses**, v. 15, n. 6, p. 393-400, 2009.

CROWELL, S.E.; BEAUCHAINE, T.P.; LINEHAN, M.M. A biosocial developmental model of borderline personality: elaborating and extending Linehan’s Theory. **Psychological Bulletin**, v. 135, n. 3, p. 495-510, 2009.

CUMMINGS, K.M. et al. Are smokers adequately informed about the health risks of smoking and medicinal nicotine? **Nicotine & Tobacco Research**, v. 6, p. 333-340, 2004. Supplement 3.

DALACK, G.W.; HEALY, D.; MEADOR-WOODRUFF, J.H. Nicotine dependence in schizophrenia: clinical phenomena and laboratory findings. **American Journal of Psychiatry**, v. 155, n. 11, p. 1490-1501, 1998.

DALACK, G.W.; MEADOR-WOODRUFF, J.H. Smoking, smoking withdrawal and schizophrenia: case reports and a review of the literature. **Schizophrenia Research**, v. 22, p. 133-141, 1996.

DALGALARRONDO, P. **Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.

DALGALARRONDO, P. Relação entre duas dimensões fundamentais da vida: saúde mental e religião. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 28, n. 3, p. 177-178, 2006.

DALGALARRONDO, P.; BOTEAGA, N.J.; BANZATO, C.E.M. Pacientes que se beneficiam de internação psiquiátrica em hospital geral. **Revista de Saúde Pública**, v. 37, n. 5, p. 629-634, 2003.

DALTON, S.O. et al. Risk for cancer in parents of patients with schizophrenia. **American Journal of Psychiatry**, v. 161, p. 903-908, 2004.

DANI, J.A.; HEINEMANN, S. Molecular and cellular aspects of nicotine abuse. **Neuron**, v. 16, n. 5, p. 905-908, 1996.

DE LEON, J.; DIAZ, F.J. A meta-analysis of worldwide studies demonstrates an association between schizophrenia and tobacco smoking behaviors. **Schizophrenia Research**, v. 76, p. 135-157, 2005.

DESAI, H.D.; SEABOLT, J.; JANN, M.W. Smoking in patients receiving psychotropic medications: a pharmacokinetics perspective. **CNS Drugs**, v. 15, n. 6, p. 469-494, 2001.

DIAZ, F.J. et al. The association between schizophrenia and smoking: unexplained by either the illness or the prodromal period. **Schizophrenia Research**, v. 104, n. 1-3, p. 214-219, 2008.

DIAZ, F.J. et al. Tobacco smoking behaviors in bipolar disorder: a comparison of the general population, schizophrenia, and major depression. **Bipolar Disorders**, v. 11, n. 2, p. 154-165, 2009.

DICKENS, G.L.; STUBBS, J.H.; HAW, C.M. Smoking and mental health nurses: a survey of clinical staff in a psychiatric hospital. **Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing**, v. 11, p. 445-451, 2004.

DIEHL, A. et al. Does the degree of smoking effect the severity of tardive dyskinesia? A longitudinal clinical trial. **European Psychiatry**, v. 24, p. 33-40, 2009.

DIWAN, A. et al. Differential prevalence of cigarette smoking in patients with schizophrenic vs mood disorders. **Schizophrenia Research**, v. 33, n. 1-2, p. 113-118, 1998.

DODD, S. et al. A prospective study of the impact of smoking on outcomes in bipolar and schizoaffective disorder. **Comprehensive Psychiatry**, v. 51, p. 504-509, 2010.

DOOLAN, D.M.; FROELICHER, E.S. Smoking cessation interventions and older adults. **Progress in Cardiovascular Nursing**, v. 23, n. 3, p. 119-127, 2008.

DRIESSNACK, M.; SOUSA, V.D.; MENDES, I.A.C. Revisao dos desenhos de pesquisa relevantes para enfermagem. Parte 3: Métodos mistos e múltiplos. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 15, n. 5, p. 1046-1049, 2007.

EDLUND, M.J. et al. Religiosity and decreased risk of substance use disorders: is the effect mediated by social support or mental health status? **Social psychiatry and psychiatric epidemiology**, v. 45, n. 8, p. 827-836, 2010.

EL-GUEBALY, N. et al. Public health and therapeutic aspects of smoking bans in mental health and addiction settings. **Psychiatric Services**, v. 53, n. 12, p. 1617-1622, 2002.

ELMÔR, M. R. D. **Tabagismo sob a ótica da Promoção da Saúde**: reflexão do professor sobre sua prática. 2009. 170 f. Tese (Doutorado) - Universidade de São Paulo, São Paulo, 2009.

ESSENMACHER, C. et al. Staff's attitudes toward the delivery of tobacco cessation services in a primarily psychiatric veterans affairs hospital. **Archives of Psychiatric Nursing**, v. 23, n. 3, p. 231-242, 2008.

ESTERBERG, M.L.; COMPTON, M.T. Smoking behavior in persons with schizophrenia-spectrum disorder: a qualitative investigation of the transtheoretical model. **Social Science & Medicine**, v. 61, n. 2, p. 293-303, 2005.

ETTER, J.F. Electronic cigarettes: a survey of users. **BMC Public Health**, v. 10, n. 231, p. 1-7, 2010.

ETTER, M.; ETTER, J.F. Acceptability and impact of a partial smoking ban in a psychiatric hospital. **Preventive Medicine**, v. 44, p. 64-69, 2007.

ETTER, M.; KHAN, A.N.; ETTER, J.F. Acceptability and impact of a partial smoking ban followed by a total smoking ban in a psychiatric hospital. **Preventive Medicine**, v. 46, p. 572-578, 2008.

EVATT, D.P.; KASSEL, J.D. Smoking, arousal and affect: the role of anxiety sensitivity. **Journal of Anxiety Disorders**, v. 24, p. 114-123, 2010.

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

FIGUEIREDO, V.C. **Um panorama do tabagismo em 16 capitais brasileiras e Distrito Federal**: tendências e heterogeneidades. 2007. 166 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2007.

FIORI, M.C. et al. **Treating tobacco use and dependence**: Clinical Practice Guideline. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services. Public Health Service, 2000.

FLICK, U.; KARDOFF, E.V.; STEINKE, I. **A companion to qualitative research**. London: Sage Publications, 2005.

FORCHUK, C. et al. Smoking and schizophrenia. **Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing**, v. 4, p. 355-359, 1997.

FOX, B.H.; HOWELL, M.A. Cancer risk among psychiatric patients: a hypothesis. **International Journal of Epidemiology**, v. 3, n. 3, p. 207-208, 1974.

FUCITO, L.M.; JULIANO, L.M. Depression moderates smoking behavior in response to a sad mood induction. **Psychol Addict behavior**, v. 23, n. 3, p. 546-551, 2009.

FUREGATO, A.R.F. Reflexões sobre o dualismo metodológico nas pesquisas em saúde. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, v. 16, n. 6, p. 937-938, 2008.

GAL, G.; LEVAV, I.; GROSS, R. The genetic association between cancer and schizophrenia: an epidemiological approach. **Schizophrenia Research**, v. 117, n. 2-3, p. 299, 2010.

GALAZYN, M. et al. Reasons for smoking among individuals with schizophrenia. **Schizophrenia Research**, v. 122, n. 1-3, p. 268-269, 2010.

GATTAZ, W.F.; BUSSATO, G. **Advances in schizophrenia research**. Springer: New York, 2009.

GELKOPF, M. et al. Nonmedication smoking reduction program for inpatients with chronic schizophrenia: a randomized control design study. **The Journal of Nervous and Mental Disease**, v. 200, n. 2, p. 142-146, 2012.

GEORGE, T.P.; ZIEDONIS, D.M. Addressing tobacco dependence in psychiatry practice: promises and pitfalls. **Canadian Journal of Psychiatry**, v. 54, n. 6, p. 353-355, 2009.

GIOVINO, G.A. Epidemiology of tobacco use in the United States. **Oncogene**, v. 21, p. 7326-7340, 2002.

GLASSMAN, A.H. et al. Smoking, smoking cessation and major depression. **JAMA**, v. 264, n. 12, p. 1546-1549, 1990.

GLYNN, S.M.; SUSSMAN, S. Why patients smoke? **Hospital & Community Psychiatry**, v. 41, p. 1027, 1990.

GOFF, D.C.; HENDERSON, D.C.; AMICO, E. Cigarette smoking in schizophrenia: relationship to psychopathology and medication side effects. **American Journal of Psychiatry**, v. 149, p. 1189-1194, 1992.

GOMM, M. et al. Helping hospitalized clients quit smoking: a study of rural nursing practice and barriers. **Australian Journal of Rural Health**, v. 10, n. 1, p. 26-32, 2002.

GONZALEZ, A. et al. An evaluation of anxiety sensitivity, emotional dysregulation and negative affectivity among daily cigarette smokers: relation to smoking motives and barriers to quitting. **Journal of Psychiatric Research**, v. 43, p. 138-147, 2009.

GOODWIN, R.D.; LEWINSOHN, P.M.; SEELEY, J.R. Cigarette smoking and panic attacks among young adults in the community: the role of parental smoking and anxiety disorder. **Biological Psychiatry**, v. 58, p. 686-693, 2005.

GREEN, M.A. **Tobacco use among individuals with mental illness: nurses' knowledge, confidence, attitudes and practice.** 2010. 124 f. Thesis (Master of Nursing) – Faculty of Nursing, University of Manitoba, Winnipeg, 2010.

GURPEGUI, M. et al. Smoking initiation and schizophrenia: a replication study in a Spanish sample. **Schizophrenia Research**, v. 76, n. 1, p. 113-118, 2005.

GURPEGUI, M. et al. Subjective effects and the main reason for smoking in outpatients with schizophrenia: a case-control study. **Comprehensive Psychiatry**, v. 48, n. 2, p. 186-191, 2007.

GUTIÉRREZ-ROJAS, L.; JURADO, D.; GURPEGUI, M. Factors associated with work, social life and family life disability in bipolar disorder patients. **Psychiatry Research**, v. 186, n. 2-3, p. 254-260, 2011.

HAIR JR., J.F. et al. **Análise multivariada dos dados.** Porto Alegre: Bookman, 2009.

HALL, S.M.; PROCHASKA, J.J. Treatment of smokers with co-occurring disorders: emphasis on integration in mental health and addiction treatment settings. **Annu Rev Clin Psychol**, v. 5, p. 409-431, 2009.

HAUSSWOLFF-JUHLIN, Y.V. et al. Schizophrenia and physical health problems. **Acta Psychiatrica Scand**, v. 119, p. 15-21, 2009. Supplement 438.

HEATHERTON, T.F. et al. The Fagerström Test for Nicotine Dependence: a revision of the Fagerström Tolerance Questionnaire. **British Journal of Addiction**, v. 86, n. 9, p. 1119-1127, 1991.

HENNINGFIELD, J.E.; MIYASATO, K.; JASINSKI, D.R. Abuse liability and pharmacodynamic characteristics of intravenous and inhaled nicotine. **The Journal of Pharmacology and Experimental Therapeutics**, v. 234, n. 1, p. 1-12, 1985.

HENNINGFIELD, J.E.; MOOLCHAN, E.T.; ZELLER, M. Regulatory strategies to reduce tobacco addiction in youth. **Tobacco Control**, v. 12, p. S14-S24, 2003. Suplemento 1.

HOLMES, D.S. **Psicologia dos transtornos mentais.** 2.ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

HSIUNG, P.C. et al. Mastery and stigma in predicting the subjective quality of life of patients with schizophrenia in Taiwan. **The Journal of Nervous and Mental Disease**, v. 198, n. 7, p. 494-500, 2010.

HUGHES, J.R. Craving among long-abstinent smokers: an internet survey. **Nicotine & Tobacco Research**, v. 12, n. 4, p. 459-462, 2010.

HUSKY, M.M. et al. Gender differences in the comorbidity of smoking behavior and major depression. **Drug Alcohol Depend.**, v. 93, n. 1-2, p. 176-179, 2008.

ISENSEE, B. et al. Smoking increases the risk of panic. **Archives of General Psychiatry**, v. 60, p. 692-700, 2003.

- JOHNSON, J.G. et al. Association between cigarette smoking and anxiety disorders during adolescence and early adulthood. **Journal of the American Medical Association**, v. 284, n. 18, p. 2348-2351, 2000.
- JOHNSON, J.L. et al. Gender-specific profiles of tobacco use among non-institutionalized people with serious mental illness. **BMC Psychiatry**, v. 10, n. 101, 2010.
- KASSEL, J.D.; SHIFFMAN, S. Attentional mediation of cigarette smoking's effects on anxiety. **Health Psychology**, v. 16, n. 4, p. 359-368, 1997.
- KASSEL, J.D.; UNROD, M. Smoking, anxiety and attention: support for the role of nicotine in attentionally mediated anxiolysis. **Journal of Abnormal Psychology**, v. 109, n. 1, p. 161-6, 2000.
- KEIZER, I. et al. Smoking in psychiatric patients: association with working status, diagnosis, comorbid substance abuse and history of suicide attempts. **Addictive Behaviors**, v. 34, p. 815-820, 2009.
- KEIZER, I.; DESCLOUX, V.; EYTAN, A. Variations in smoking after admission to psychiatric inpatients units and impact of a partial smoking ban on smoking and on smoking-related perceptions. **International Journal of Social Psychiatry**, v. 55, n. 2, p. 109-123, 2009.
- KEIZER, I.; EYTAN, A. Variations in smoking during hospitalization in psychiatric inpatients units and smoking prevalence in patients and health-care staff. **International Journal of Social Psychiatry**, v. 51, p. 317-328, 2005.
- KELLY, D.L. et al. Cigarette smoking and mortality risk in people with schizophrenia. **Schizophrenia Bulletin**, v. 37, n. 4, p. 832-838, 2011.
- KELLY, D.L. et al. Perception of smoking risks and motivation to quit among nontreatment-seeking smokers with and without schizophrenia. **Schizophrenia Bulletin**, v. 38, n. 3, p. 543-551, 2012.
- KLUNGSOYR, O. et al. Cigarette smoking and incidence of first depressive episode: an 11-year, population-based follow-up study. **American Journal of Epidemiology**, v. 163, n. 5, p. 421-432, 2006.
- KOGA, M.; FUREGATO, A.R.F. Convivência com a pessoa esquizofrênica: sobrecarga familiar. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 1, n. 1, p. 69-73, 2002.
- KREININ, A. et al. Association between tobacco smoking and bipolar affective disorder: clinical, epidemiological, cross-sectional, retrospective study in outpatients. **Comprehensive Psychiatry**, v. 53, n. 3, p. 269-274, 2012.
- LARANJEIRA, R. et al. Alcohol use patterns among Brazilian adults. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 32, n. 3, p. 231-241, 2010.
- LASSER, K. et al. Smoking and mental illness: a population based prevalence study. **JAMA**, v. 284, n. 20, p. 2606-2610, 2000.

LAWN, S.; CONDON, J. Psychiatric nurses` ethical stance on cigarette smoking by patients: determinants and dilemmas in their role in supporting cessation. **International Journal of Mental Health Nursing**, v. 15, n. 2, p. 111-118, 2006.

LAWN, S.; POLS, R. Smoking bans in psychiatric inpatient settings? A review of the research. **Australian and New Zealand Journal of Psychiatry**, v. 39, n. 10, p. 866-885, 2005.

LAWN, S.J. Systemic barriers to quitting smoking among institutionalised public mental health service populations: a comparison of two Australian sites. **Internacional Journal of Psychiatry**, v. 50, n. 3, p. 204-215, 2004.

LAWN, S.J.; POLS, R.G.; BARBER, J.G. Smoking and quitting: a qualitative study with community –living psychiatric clients. **Social Science & Medicine**, v. 54, n. 1, p. 93-104, 2002.

LAWRENCE, D.; MITROU, F.; ZUBRICK, S.R. Smoking and mental illness: results from populations surveys in Australia and the United States. **BMC Public Health**, v. 9, 2009.

LEE, P.N. Circulatory disease and smokeless tobacco in Western populations: a review of the evidence. **International Journal of Epidemiology**, v. 36, n. 4, p. 789-804, 2007.

LEE, R.S.C. et al. A meta-analysis of cognitive deficits in first episode Major Depressive Disorder. **Journal of Affective Disorders**, v. 140, n. 2, p. 113-24, 2012.

LEFEVRE, F.; LEFEVRE, A.M. **Pesquisa de representação social: um enfoque qualiquantitativo**. Brasília, DF: Líber Livro, 2010.

LEIDERMAN, E.A. et al. Depression: point-prevalence and sociodemographic correlates in a Buenos Aires Community Sample. **Journal of Affective Disorders**, v. 136, n. 3, p. 1154-8, 2012.

LEONARD, S. et al. Smoking and mental illness. **Pharmacology, Biochemistry and Behavior**, v. 70, n. 4, p. 561-570, 2001.

LICHTERMANN, D. et al. Incidence of cancer among persons with schizophrenia and their relatives. **Archives of General Psychiatry**, v. 58, n. 6, p. 573-578, 2001.

LISING-ENRIQUEZ, K.; GEORGE, T.P. Psychopharmacology for the Clinician Psychopharmacologie pratique. **Journal of Psychiatry Neuroscience**, v. 34, n. 3, p. E1-E2, 2009.

LLERENA, A. et al. Schizophrenia and tobacco smoking in a Spanish psychiatric hospital. **Schizophrenia Research**, v. 60, n. 2-3, p. 313-317, 2003.

LYON, E.R. A review of the effects of nicotine on schizophrenia and antipsychotic medications. **Psychiatric Services**, v. 50, n. 10, p. 1346-1350, 1999.

MA, X. et al. Premorbid tobacco smoking is associated with later age at onset in schizophrenia. **Psychiatry Research**, v. 178, n. 3, p. 461-466, 2010.

MALBERGIER, A.; OLIVEIRA Jr., H.P. Dependência de tabaco e comorbidade psiquiátrica. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v. 32, n. 5, p. 276-282, 2005.

MALTA, D.C. et al. Prevalência do tabagismo em adultos residentes nas capitais dos estados e no Distrito Federal, Brasil, 2008. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, Brasília, DF, v. 36, n. 1, p. 75-83, 2010.

MANNINO, D.M. Tobacco smoke, malignancies and history. **Chest**, v. 138, n. 3, p. 468-469, 2010.

MARCUS, M.G. The shaky link between cancer and character. **Psychology Today**, v. 10, n. 1, p. 52, 54, 59, 85, 1976.

MARINHO, V. et al. A prevalence study of current tobacco smoking in later life community and its association with sociodemographic factors, psysical health and mental health status. **Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology**, v. 43, n. 6, p. 490-497, 2008.

MARNEROS, A. Mood disorders: epidemiology and natural history. **Psychiatry**, v. 8, n. 2, p. 52-5, 2009.

MARTINEZ, J.A.B. et al. Impaired quality of life of healthy young smokers. **Chest**, v. 125, n. 2, p. 425-428, 2004.

MASTERSON, E.; O'SHEA, B. Smoking and malignancy in schizophrenia. **The British Journal of Psychiatry**, v. 145, p. 429-432, 1984.

MAURITZ, M.; MEIJEL, B.V. Loss and grief in patients with schizophrenia: on living in another world. **Archives of Psychiatric Nursing**, v. 23, n. 3, p. 251-260, 2009.

MCCLOUGHEN, A. The association between schizophrenia and cigarette smoking: a review of the literature and implications for mental health nursing practice. **International Journal of Mental Health Nursing**, v. 12, n. 2, p. 119-129, 2003.

MCFADDEN, D. et al. Spirituality in tobacco dependence: a mayo clinic survey. **Explore: the Journal of Science and Healing**, v. 7, n. 3, p. 162-167, 2011.

MCGEHEE, D.S. Nicotine`s Allure. **Neuron**, v. 63, n. 5, p. 564-565, 2009.

MCKEE, M.; GILMORE, A. Commentary: smokeless tobacco: seeing the whole picture. **International Journal of Epidemiology**, v. 36, n. 4, p. 805-808, 2007.

MELAMED, Y. et al. Psychiatric inpatient and staff attitudes regarding smoking reduction. **The Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences**, v. 44, n. 3, p. 231-233, 2007.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento**. 8. ed. São Paulo: Hucitec, 2004.

MITRA, M. et al. Smoking status and quality of life: a longitudinal study among adults with disabilities. **Am J Prev Med**, v. 27, n. 3, p. 258-260, 2004.

MOELLER-SAXONE, K. Cigarette smoking and interest in quitting among consumers at a Psychiatric Disability Rehabilitation and Support Service in Victoria. **Australian New Zealand Public Health**, v. 32, n. 5, p. 479-481, 2008.

MOORE, M. et al. Can the concepts of depression and quality of life be integrated using a time perspective? **Health and Quality of Life Outcomes**, v. 3, n. 1, p. 1-10, 2005.

MUNDIM, M. M.; BUENO, G. N. Análise comportamental em um caso de dependência à nicotina. **Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva**, Belo Horizonte, v. 8, n. 2, p. 179-181, 2006.

MURPHY, J.M. et al. Cigarette smoking in relation to depression: historical trends from the stirling county study. **American Journal of Psychiatry**, v. 160, p. 1663-1669, 2003.

NASCIMENTO, B.E.M. et al. Neurociências, artes gráficas e saúde pública: as novas advertências sanitárias para maços de cigarros. **História, Ciências e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 17, p. 243-252, 2010. Suplemento 1.

NEW YORK. New York City Council. **Council votes to expand the city's smoke free air act**. Disponível em: <<http://council.nyc.gov/html/home/home.shtml>>. Acesso em: 7 fev. 2011.

NOVICK, D. et al. Predictors and clinical consequences of non-adherence with antipsychotic medication in the outpatient treatment of schizophrenia. **Psychiatry Research**, v. 173, n. 2, p. 109-113, 2010.

O'BRIEN, C.P. Drogagem e uso abusivo de drogas. In: BRUNTON, L.L.; LAZO, J.S.; PARKER, K.L. (Ed.). **Goodman & Gilman: as bases farmacológicas da terapêutica**. 11. ed. Rio de Janeiro: Mc Graw-Hill, 2006. cap. 23, p. 543-562.

O'DONOVAN, G. Smoking prevalence among qualified nurses in the Republic of Ireland and their role in smoking cessation. **International Nursing Review**, v. 56, n. 2, p. 230-236, 2009.

OLIVEIRA, C.; VARGAS, D.; SOARES, J. Perception of nursing professionals of a general hospital dealing with alcohol and alcoholism. **Revista de Enfermagem UFPE On Line**, v. 5, n. 5, p. 1362-1366, 2011.

OLIVEIRA, R.C. O trabalho do antropólogo: olhar, ouvir, escrever. **Revista de Antropologia**, v. 39, n. 1, p. 13-37, 1996.

OLIVEIRA, R.M. et al. The meaning and implications of schizophrenia from the perspective of people who experience it. **Acta Scientiarum Health Sciences**. 2013. No prelo.

OLIVEIRA, R.M.; FACINA, P.C.B.R.; SIQUEIRA JÚNIOR, A.C. A realidade do viver com esquizofrenia. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 65, n. 2, 2012. No prelo.

OLIVEIRA, R.M.; FUREGATO, A.R.F. Esquizofrenia y dependencia del tabaco: una revisión integradora. **Revista Enfermería Global**, v. 11, n. 1, p. 381-402, 2012a.

OLIVEIRA, R.M.; FUREGATO, A.R.F. Um casal de idosos e sua longa convivência com quatro filhos esquizofrênicos. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 46, n. 3, 2012b. No prelo.

OLIVEIRA, R.M.; SIQUEIRA JÚNIOR, A.C.; FUREGATO, A.R.F. Nursing care implemented in psychiatric hospitalizations. **Revista de Enfermagem UFPE On Line**, v. 6, n. 7, p. 1599-1607, 2012.

OLIVEIRA, R.P.; LAUS, A.M. Caracterização de pacientes de unidade de internação psiquiátrica, segundo grau de dependência do cuidado de enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 45, n. 5, p. 1164-1170, 2011.

OPALEYE, E.S. et al. The Brazilian smoker: a survey in the largest cities of Brazil. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 34, n. 1, p. 43-51, 2012.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde. CID 10**. Tradução do Centro Colaborador da OMS para a Classificação de Doenças em Português. 8. ed. São Paulo: Edusp, 2000. v. 1.

ORLEANS, C.T.; SLADE, J. **Nicotine addiction: principles and management**. New York: Oxford University Press, 1993.

OSINAGA, V.L.M.; FUREGATO, A.R.F.; SANTOS, J.L.F. Usuários de três serviços psiquiátricos: perfil e opinião. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, v. 15, n. 1, p. 70-77, 2007.

OSTACHER, M.J. et al. Cigarette smoking is associated with suicidality in bipolar disorder. **Bipolar Disorders**, v. 11, p. 766-771, 2009.

OSTACHER, M.J. et al. The relationship between smoking and suicidal behavior, comorbidity, and course of illness in bipolar disorder. **Journal of Clinical Psychiatry**, v. 67, n. 12, p. 1907-1911, 2006.

PAGANO, M.; GAUVREAU, K. **Princípios de bioestatística**. São Paulo: Cengage Learning, 2011.

PARFITT, D.N. Lung câncer and schizophrenia. **British Journal of Psychiatry**, v. 138, p. 179-180, 1981.

PATTEN, C.A. et al. Effects of a smoke-free policy on an inpatient psychiatric nursing. **Tobacco Control**, v. 4, n. 4, p. 372-379, 1995.

PATTON, G.C. et al. Depression, anxiety and smoking initiation: a prospective study over 3 years. **American Journal of Public Health**, v. 88, n. 10, p. 1518-1522, 1998.

PEIXOTO, S.V.; FIRMO, J.O.A.; LIMA-COSTA, M.F. Factors associated to smoking habit among older adults (The Bambuí Health and Aging Study). **Revista de Saúde Pública**, v. 39, n. 5, p. 745-753, 2005.

PEREIRA, J.C.R. **Análise de dados qualitativos:** estratégias metodológicas para as ciências da saúde, humanas e sociais. 3. ed. São Paulo: EDUSP, 2004.

PICCIOTTO, M.R. et al. It's not "either/or": activation and desensitization of nicotine acetylcholine receptors both contribute to behaviors related to nicotine addiction and mood. **Progress in Neurobiology**, v. 84, n. 4, p. 329-342, 2008.

PICCIOTTO, M.R.; BRUNZELL, D.H.B.; CALDARONE, B.J. Effect of nicotine and nicotinic receptors on anxiety and depression. **Neuroreport**, v. 13, n. 9, p. 1097-1106, 2008.

PLANETA, C.S.; CRUZ, F.C. Bases neurofisiológicas da dependência do tabaco. **Revista de Psiquiatria Clínica (São Paulo)**, São Paulo, v. 32, n. 5, p. 251-258, 2005.

PONCIANO-RODRÍGUEZ, G.; MORALES-RUIZ, A. La escritura emocional como una herramienta para el tratamiento psicológico del tabaquismo. **Salud Publica de México**, México, v. 49, p. S280-S289, 2007. Suplemento 2.

POUPART, J. et al. **A pesquisa qualitativa:** enfoques epistemológicos e metodológicos. Petrópolis: Vozes, 2008.

PRAVEEN, K.T. et al. Staff attitudes to smoking and the smoking ban. **Psychiatric Bulletin**, v. 33, p. 84-88, 2009.

PROCHASKA, J.J. et al. Return to smoking following a smoke-free psychiatric hospitalization. **The American Journal on Addictions**, v. 15, n. 1, p. 15-22, 2006.

PROCHASKA, J.J.; GILL, P.; HALL, S.M. Treatment of tobacco use in an inpatient psychiatric setting. **Psychiatric Services**, v. 55, n. 11, p. 1265-1270, 2004.

PROCHASKA, J.J.; HALL, S.M.; BERO, L.A. Tobacco use among individuals with schizophrenia: what role has the tobacco industry played? **Schizophrenia Bulletin**, v. 34, n. 3, p. 555-567, 2008.

PULAY, A.J. et al. The relationship of DSM-IV personality disorders to nicotine dependence results from a national survey. **Drug and Alcohol Dependence**, v. 108, p. 141-145, 2010.

RATTO, L.R.C.; MENEZES, P.R.; GULINELLI, A. Prevalence of tobacco use in individuals with severe mental illnesses, São Paulo, Brazil. **Revista de Saúde Pública**, v. 41, n. 4, p. 510-516, 2007.

RICE, V.H.; STEAD, L.F. **Nursing interventions for smoking cessation** (Cochrane Review). The Cochrane Library. Issue 2. 2006.

RIKER, C.A. et al. E-cigarettes: promise or peril? **Nursing Clinics of North America**, v. 47, n. 1, p. 159-171, 2012.

RITTER, L.M.; MEADOR-WOODRUFF, J.H.; DALACK, G.W. Neurocognitive measures of prefrontal cortical dysfunction in schizophrenia. **Schizophrenia Research**, v. 68, n. 1, p. 65-73, 2004.

ROBSON, D.; GRAY, R. Serious mental illness and physical health problems: a discussion paper. **International Journal of Nursing Studies**, v. 44, n. 3, p. 457-466, 2007.

RODRIGUEZ, D.; MOSS, H.B.; AUDRAIN-MCGOVERN, J. Developmental heterogeneity in adolescent depressive symptoms: associations with smoking behavior. **Psychosomatic medicine**, v. 67, p. 200-210, 2005.

RONDINA, R.C.; GORAYEB, R.; BOTELHO, C. Características psicológicas associadas ao comportamento de fumar tabaco. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, v. 33, n. 5, p. 592-601, 2007.

RONDINA, R.C.; GORAYEB, R.; BOTELHO, C. Relação entre tabagismo e transtornos psiquiátricos. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v. 30, n. 6, p. 221-228, 2003.

ROSEMBERG, J. **A história do tabaco**. São Paulo: Universidade de São Paulo. Hospital Universitário, 2006. Disponível em: <<http://www.tabagismo.hu.usp.br/historia.htm>>. Acesso em: 2 set. 2010.

ROSEMBERG, J. **Nicotina: droga universal**. São Paulo: SES, 2003.

SADOCK, B.J.; SADOCK, V.A. **Compêndio de psiquiatria: ciência do comportamento e psiquiatria clínica**. 9. ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.

SANCHEZ, Z.V.D.M.; NAPPO, S.A. Religious treatments for drug addiction: an exploratory study in Brazil. **Social Science & Medicine**, v. 67, n. 4, p. 638-646, 2008.

SARNA, L. et al. Barriers to tobacco cessation in clinical practice: report from a national survey of oncology nurse. **Nursing Outlook**, v. 49, n. 4, p. 166-172, 2001.

SARNA, L. et al. Smoking among psychiatric nurses: does it hinder tobacco dependence treatment? **Journal of the American Psychiatric Nurses Association**, v. 15, n. 1, p. 59-67, 2009.

SCHECHTER, D.; ENDICOTT, J.; NEE, J. Quality of life of 'normal' controls: Association with lifetime history of mental illness. **Psychiatry Research**, v. 152, n. 1, p. 45-54, 2007.

SCHMITZ, N.; KRUSE, J.; KUGLER, J. Disabilities, quality of life, and mental disorders associated with smoking and nicotine dependence. **American Journal of Psychiatry**, v. 160, n. 9, p. 1670-1676, 2003.

SCHMITZ, N.; KRUSE, J.; KUGLER, J. The association between physical exercises and health-related quality of life in subjects with mental disorders: results from a cross-sectional survey. **Preventive Medicine**, v. 39, n. 6, p. 1200-1207, 2004.

SCHNECK, C.D. et al. Phenomenology of rapid-cycling bipolar disorder: data from the first 500 participants in the systematic treatment enhancement program. **American Journal of Psychiatry**, v. 161, n. 10, p. 1902-1908, 2004.

SCHNEIDER, B. et al. Smoking differently modifies suicide risk of affective disorders, substance use disorders and social factors. **Journal of Affective Disorders**, v. 112, n. 1-3, p. 165-173, 2009.

SCHNEIDER, J.F.; VALLE, E.R.M. O indivíduo denominado esquizofrênico: análise ideográfica. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 48, n. 3, p. 286-96, 1996.

SCHOEPF, D. et al. Type-2 diabetes mellitus in schizophrenia: increased prevalence and major risk factor of excess mortality in a naturalistic 7-year follow-up. **European Psychiatry**, v. 27, n. 1, p. 33-42, 2012.

SHATTELL, M.M.; ANDES, M. Smoking bans in acute care psychiatric settings: a Machiavellian smoke screen? **Issues in Mental Health Nursing**, v. 29, n. 2, p. 201-203, 2008.

SHIRAKAWA, I. Aspectos gerais do manejo do tratamento de pacientes com esquizofrenia. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 22, p. 56-58, 2000. Suplemento 1.

SHIRAKAWA, I. **O ajustamento social na esquizofrenia**. São Paulo: Casa Leitura, 2009.

SHMUELI, D. et al. Changes in psychiatric patients' thoughts about quitting smoking during a smoke-free hospitalization. **Nicotine & Tobacco Research**, v. 10, n. 5, p. 875-881, 2008.

SILVA, C.T.B. et al. Perfil psiquiátrico e sociodemográfico dos idosos avaliados no pronto-atendimento de um hospital universitário de Porto Alegre. **Revista da AMRIGS**, v. 55, n. 2, p. 164-8, 2011.

SIRU, R.; HULSE, G.K.; TAIT, R.J. Assessing motivation to quit smoking in people with mental illness: a review. **Addiction**, v. 104, n. 5, p. 719-733, 2009.

SOLWAY, E. Windows of opportunity for culture change around tobacco use in mental health settings. **Journal of the American Psychiatric Nurses Association**, v. 15, n. 1, p. 41-49, 2009.

SONNTAG, H. et al. Are social fears and DSM-IV social anxiety disorder associated with smoking and nicotine dependence in adolescents and young adults? **European Psychiatry**, v. 15, p. 67-74, 2000.

SOUZA, L.A.; COUTINHO, E.S.F. Fatores associados à qualidade de vida de pacientes com esquizofrenia. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 28, n. 1, p. 50-58, 2006.

SPRITZER, D.T. et al. Prevalence and correlates of gambling problems among a nationally representative sample of Brazilian adolescents. **Journal of gambling studies**, v. 27, n. 4, p. 649-661, 2011.

SRINIVASAN, T.N.; TARA, R. Smoking in schizophrenia – all is not biological. **Schizophrenia Research**, v. 56, n. 1-2, p. 67-74, 2002.

STAHL, S.M. **Psicofarmacologia: bases neurocientíficas e aplicações práticas**. 2. ed. Rio de Janeiro: Medsi, 2002.

STEINBERG, M.L.; WILLIAMS, J.M.; ZIEDONIS, D.M. Financial implications of cigarette smoking among individuals with schizophrenia. **Tobacco Control**, v. 13, n. 2, p. 206-208, 2004.

STEUBER, T.L.; DANNER, F. Adolescent smoking and depression: which comes first? **Addictive Behaviors**, v. 31, n. 1, p. 133-136, 2006.

STOLERMAN, I. Drugs of abuse: behavioral principles, methods and terms. **Trends in Pharmacological Sciences**, v. 13, n. 5, p. 170-176, 1992.

STRAND, J.E.; NYBACK, H. Tobacco use in schizophrenia: a study of cotinine concentrations in the saliva of patients and controls. **European Psychiatry**, v. 20, n. 1, p. 50-54, 2005.

STUBBS, J.; HAW, C.; GARNER, L. Survey of staff attitudes to smoking in a large psychiatric hospital. **Psychiatric Bulletin**, v. 28, p. 204-207, 2004.

TASHAKKORI, A.; TEDDLIE, C. **Handbook of mixed methods in social & behavioral research**. Thousands Oaks: Sage Publications, 2003.

TIDEY, J.W. et al. Cigarette smoking topography in smokers with schizophrenia and matched non-psychiatric controls. **Drug and Alcohol Dependence**, v. 80, n. 2, p. 259-265, 2005.

TRAVELBEE, J. **Intervención em enfermmería psiquiatria: el processo de la relación de persona a persona**. Washington: OPAS/OMS, 1982.

TRTCHOUNIAN, A.; WILLIAMS, M.; TALBOT, P. Conventional and electronic cigarettes (e-cigarettes) have different smoking characteristics. **Nicotine Tobacco Research**, v. 12, n. 9, p. 905-912, 2010.

TURATO, E.R. Introdução à metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: definição e principais características. **Revista Portuguesa de Psicossomática**, Porto, v. 2, n. 1, p. 93-108, jan./jun. 2000. Disponível em: <<http://www.psicossomaticap.org.br/artigos2.html>>. Acesso em: 12 ago. 2008.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO (UNIFESP). **Unifesp virtual animações: ação da nicotina no organismo**. 2002. Disponível em: <<http://www.virtual.epm.br/material/depquim/animacoes.htm#>>. Acesso em: 10 set. 2010.

VARGAS, T.S.; SANTOS, Z.E.A. Prevalência de síndrome metabólica em pacientes com esquizofrenia. **Scientia Medica**, v. 21, n. 1, p. 4-8, 2011.

VENTURA, A.L.M. et al. Sistema colinérgico: revisitando receptores, regulação e a relação com a doença de Alzheimer, esquizofrenia, epilepsia e tabagismo. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v. 37, n. 2, p. 66-72, 2010.

VICTORA, C.G. **Pesquisa qualitativa em saúde: uma introdução ao tema**. Porto Alegre: Tomo Editorial, 2000.

VIEGAS, C.A.A. Noncigarette forms of tobacco use. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, Brasília, DF, v. 34, n. 12, p. 1069-1073, 2008.

VILLARI, V.; BARZEGA, G. Smoking bans on psychiatric units: boundaries and health promotion. **Psychiatric Services**, v. 59, n. 9, p. 1063-1064, 2008.

WAHL, O.F. Stigma as a barrier to recovery from mental illness. **Trends in Cognitive Sciences**, v. 16, n. 1, p. 9-10, 2012.

WALLACE-BELL, M. Smoking cessation: the case for hospital based interventions. **Professional Nurse**, v. 19, n. 3, p. 145-148, 2003.

WANG, H.; SUN, X. Desensitized nicotinic receptors in brain. **Brain Research Reviews**, v. 48, n. 3, p. 420-437, 2005.

WAXMONSKY, J.A. et al. Prevalence and correlates of tobacco use in bipolar disorder: data from the first 2000 participants in the Systematic Treatment Enhancement Program. **General Hospital Psychiatry**, v. 27, n. 5, p. 321-328, 2005.

WILENS, T.E. et al. Further evidence of an association between adolescent bipolar disorder with smoking and substance use disorder: a controlled study. **Drug and Alcohol Dependence**, v. 95, n. 3, p. 188-198, 2008.

WILLIAMS, J.M. et al. Increased nicotine and cotinina levels in smokers with schizophrenia and shizoaffective disorder is not a metabolic effect. **Schizophrenia Research**, v. 79, n. 2-3, p. 323-325, 2005.

WILLIAMS, J.M. et al. Shorter interpuff interval is associated with higher nicotine intake in smokers with schizophrenia. **Drug and Alcohol Dependence**, v. 118, n. 2-3, p. 313-319, 2011.

WILLIAMS, J.M.; ZIEDONIS, D. Addressing tobacco among individuals with a mental illness or an addiction. **Addictive Behaviors**, n. 29, v. 6, p. 1067-1083, 2004.

WINTERER, G. Why do patients with schizophrenia smoke? **Current opinion in psychiatry**, v. 23, n. 2, p. 112-119, 2010.

WORLD BANK. **The economics of tobacco use & tobacco control in the developing world**. 2003. Disponível em:

<http://ec.europa.eu/health/archive/ph_determinants/life_style/tobacco/documents/world_bank_en.pdf>.

Acesso em: 18 jun. 2012.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Gender differences in the epidemiology of affective disorders and schizophrenia**. Geneva: WHO, 1997. 142 p.

_____. **Making Cities Smoke-free**. Geneva: WHO, 2011b.

_____. **WHO-AIMS Reports on Mental Health System in Bangladesh**. Bangladesh: WHO, 2007a. 27 p.

_____. **WHO-AIMS Reports on Mental Health System in Barbados.** Barbados: WHO, 2009C.

_____. **WHO-AIMS Reports on Mental Health System in Brazil.** Brazil: WHO, 2007b. 51 p.

_____. **WHO-AIMS Reports on Mental Health System in Belize.** Belize: WHO, 2009b. 29 p.

_____. **Who Framework Convention on Tobacco Control.** Geneva: WHO, 2005.

_____. **Who report on the global tobacco epidemic, 2009: implementing smoke-free environments.** 2009. Disponível em: <<http://whqlibdoc.who.int/publications/>>. Acesso em: 1 fev. 2011.

_____. **Who report on the Global Tobacco Epidemic, 2011: Warning about the dangers of tobacco.** Geneva: WHO, 2011a.

_____. **The Global Burden of Disease: 2004 update.** Geneva: WHO, 2008.

WORLEY, M.J. et al. Comorbid depression and substance use disorder: longitudinal associations between symptoms in a controlled trial. **Journal of Substance Abuse Treatment**, 2012. No prelo.

WU, T.H. et al. Pharmacokinetics of olanzapine in Chinese male schizophrenic patients with various smoking behaviors. **Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry**, v. 32, n. 8, p. 1889-1893, 2008.

WYE, P. et al. Total smoking bans in psychiatric inpatient services: a survey of perceived benefits, barriers and support among staff. **BMC Public Health**, London, v. 10, p. 372, 2010.

ZAITUNE, M.P.A. et al. Fatores associados ao tabagismo em idosos: inquérito de saúde no estado de São Paulo (ISA-SP). **Cadernos de Saúde Pública**, v. 28, n. 3, p. 583-595, 2012.

ZEVIN, S.; BENOWITZ, N.L. Drug interactions with tobacco smoking: an update. **Clinical Pharmacokinetics**, v. 36, n. 6, p. 425-438, 1999.

ZHANG, X.Y. et al. Smoking initiation and schizophrenia: a replication study in a Chinese Han population. **Schizophrenia Research**, v. 119, n. 1-3, p. 110-114, 2010.

ZIEDONIS, D. et al. Tobacco use and cessation in psychiatric disorders: National Institute of Mental Health report. **Nicotine & Tobacco Research**, v. 10, n. 12, p. 1691-1715, 2008.

ZIEDONIS, D.M. et al. Nicotine dependence and schizophrenia. **Hospital and Community Psychiatry**, v. 45, n. 3, p. 204-206, 1994.

ZIEDONIS, D.M.; GEORGE, T.P. Schizophrenia and nicotine use: report of pilot smoking cessation program and review of neurobiological and clinical issues. **Schizophrenia Bulletin**, v. 23, n. 2, p. 247-254, 1997.

ZVOLENSKY, M.J. et al. Incremental validity of anxiety sensitivity in terms of motivation to quit, reasons for quitting, and barriers to quitting among community recruited daily smokers. **Nicotine and Tobacco Research**, v. 9, n. 9, p. 965-975, 2007.

ZVOLENSKY, M.J. et al. Personality disorders and cigarette smoking among adults in the United States. **Journal of Psychiatric Research**, v. 45, n. 6, p. 835-841, 2011.

APÊNDICE A**INSTRUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO DE TABAGISTAS EM UNIDADE
PSIQUIÁTRICA DE HOSPITAL GERAL – ITUP**

I) IDENTIFICAÇÃO:

Código:

Iniciais: _____ Idade: _____ anos

Sexo: (1) Feminino (2) Masculino

Escolaridade: (1) Analfabeto (2) Fundamental Incompleto (3) Fundamental Completo

(4) Médio Incompleto (5) Médio Completo (6) Superior Incompleto

(7) Superior Completo (8) Pós-graduado (9) Não informado

Procedência: (1) Marília (2) Região (3) Outra região do estado (4) Outro estado

(5) Não informado

Localização da residência atual: (1) Urbana (2) Rural (3) Não informado

Estado civil: (1) Solteiro (2) Casado (3) Separado/divorciado (4) Viúvo

(5) Não informado

Arranjo domiciliar: (1) Vive só (2) Sem companheiro, mas com outras pessoas

(3) Com companheiro apenas (4) Com companheiro e outras pessoas

(5) Não informado

Ocupação: (1) Sim (2) Não (3) Não informado Especifique: _____

Renda familiar mensal em Reais: _____

Religião: (1) Católico (2) Evangélico (3) Espírita (4) Outra

(5) Sem religião (6) Não informado

Prática religiosa: (1) Sim (2) Não (3) Não se aplica

Mudança de religião: (1) Sim (2) Não (3) Não se aplica

II) INFORMAÇÕES CLÍNICAS

Diagnóstico médico:

(1) Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de substância psicoativa
(F10 – F19)

(2) Esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes (F20 – F29)

(3) Transtornos do humor (afetivos) – (F30 – F39)

(4) Transtornos neuróticos, transtornos relacionados com o “stress” e transtornos
somatoformes (F40 – F48)

(5) Síndromes comportamentais associadas a disfunções fisiológicas e a fatores físicos (F50 – F59)

(6) Transtornos da personalidade e do comportamento do adulto (F60 – F69)

(7) Outro

Início da doença (em meses): _____

Terapias: (1) Clínica (2) Psicológica (3) Clínica e Psicológica (4) Clínica e Outra
(5) Psicológica e Outra (6) Outra (7) Sem terapia

Medicamentos em uso no momento:

(1) Anticonvulsivantes	(6) Antipsicóticos de 1ª geração
(2) Antidepressivos	(7) Antipsicóticos de 2ª geração
(3) Antiparkinsonianos	(8) Estabilizadores do humor
(4) Ansiolíticos	(9) Outro
(5) Hipnóticos-Sedativos	

Internações anteriores (nº): _____

Serviços frequentados (internações anteriores):

(1) Hospital Geral	(4) Unidade de Emergência
(2) Hospital Psiquiátrico	(5) Não se aplica
(3) Hospital Dia	

Comorbidades: (1) Sim (2) Não (3) Não sabe (4) Não informado

III) INFORMAÇÕES ESPECÍFICAS SOBRE ATIVIDADES E HÁBITOS DA VIDA DIÁRIA

- Uso de tabaco: (1) Tabagista atualmente (2) Ex-tabagista (3) Não tabagista
Tipo principal (para os tabagistas atuais): (1) cachimbo (2) charuto (3) cigarro
(4) em pó (5) fumo de corda (6) de mascar (7) outro: _____
Quantidade/dia: _____
Tempo/dias: _____
Gasto mensal em reais: _____
- Álcool: (1) Sim (2) Não
Quantidade (ml/semana): _____
Tempo/anos: _____
- Café: (1) Sim (2) Não
Quantidade (ml/dia): _____

- Subst. Ilícitas: (1) Sim (2) Não

Frequência (dias/semana): _____

Tempo/anos: _____

- Jogos: (1) Sim (2) Não

Frequência (dias/semana): _____

Tempo/anos: _____

- Televisão: (1) Sim (2) Não

Duração: ____ horas/dia.

- Exercícios físicos: (1) Sim (2) Não

Frequência: ____/semana.

- Leitura: (1) Sim (2) Não

Tipo principal: (1) Livro (2) Revista (3) Jornal (4) Bíblia (5) Outro
(6) Não se aplica

Frequência: ____/semana.

- Atividades culturais: (1) Sim (2) Não

Tipo: (1) Cinema (2) Teatro (3) Eventos (4) Outro (5) Não se aplica

Frequência: ____/mês.

- Passeios: (1) Sim (2) Não

Frequência: ____/mês.

- Viagens: (1) Sim (2) Não

Frequência: ____/ano.

- Outras atividades de lazer: (1) Sim (2) Não

Tipo: _____

Frequência: ____/semana.

IV) ALGUMAS CARACTERÍSTICAS PESSOAIS

Você se considera uma pessoa:

☐ Agradável	☐ Cooperativa	☐ Extrovertida
☐ Alegre	☐ Criativa	☐ Introvertida
☐ Ansiosa	☐ Cumpridora de regras e normas	☐ Modesta
☐ Ativa	☐ Decidida	☐ Responsável
☐ Calorosa com as pessoas	☐ Depressiva	☐ Sociável
☐ Confiável	☐ Emocionalmente sensível	☐ Outra

V) QUESTIONÁRIO PARA TABAGISTAS

- 1) Você acha que o ato de fumar ou outras formas de consumo de tabaco fazem mal?
(1) Sim (2) Não Especifique: _____
- 2) Com quantos anos você começou a consumir tabaco? _____
- 3) O que mais influenciou o início do hábito? (1) Família (2) Amigos (3) Propaganda
(4) Internação psiquiátrica (5) Outro
(6) Não sabe
- 4) Existem outras pessoas tabagistas na sua família? (1) Sim (2) Não (3) Não sabe
- 5) Você seria capaz de parar de consumir tabaco? (1) Sim (2) Não (3) Não sabe
- 6) Você já tentou parar de consumir tabaco? (1) Sim (2) Não
- 7) Se sim, quantas vezes você tentou parar? _____
- 8) Qual o método utilizado para parar de consumir tabaco na última vez?
(1) Apenas medicamentoso (4) Outro
(2) Apenas grupo (5) Não se aplica
(3) Grupo e medicamento
- 9) Qual o tempo máximo (em dias) que conseguiu ficar sem o tabaco? _____
- 10) Como se sentiu quando não consumiu tabaco? _____
- 11) Em sua opinião, qual o momento ideal para cessar o hábito de consumir tabaco?
- 12) Se você decidisse parar de consumir tabaco hoje a quem você recorreria?
(1) Equipe da enfermaria psiquiátrica (5) Tentaria parar sozinho
(2) Equipe do Ambulatório de Saúde Mental (6) Outro
(3) Equipe da Rede Básica de Saúde (7) Não sabe
(4) CAPS-ad
Especifique: _____
- 13) Você se sente apoiado para parar de consumir tabaco pela equipe da enfermaria de psiquiatria deste hospital?
(1) Sim (2) Não
Especifique: _____
- 14) Você se sente apoiado para parar de consumir tabaco pela equipe que te atende em outras modalidades de tratamento (não psiquiátricos)?
(1) Sim (2) Não (3) Não se aplica
Especifique: _____

15) É diferente seu padrão de consumo de tabaco no hospital e na sua casa?

(1) Sim (2) Não

16) Relate em quais situações, na sua casa e no hospital, você tem vontade de consumir tabaco e em quais situações você tem menos vontade. _____

17) Como você vê esta questão do tabagismo na enfermaria de psiquiatria deste hospital geral? _____

18) Se você já foi internado em hospital psiquiátrico, como vê o tabagismo no hospital psiquiátrico? _____

19) Você acha que o ambiente hospitalar pode influenciar o início do tabagismo?

(1) Sim (2) Não

Explique. _____

20) Como tem sido a atitude da equipe perante o tabagismo? _____

21) Como você está vivenciando a lei que proíbe o fumo em ambientes coletivos?

22) Você se considera tabagista? (1) Sim (2) Não Explique: _____

23) O que você sente quando está consumindo tabaco? _____

24) Você percebe efeitos do cigarro no seu organismo?

(1) Sim (2) Não

Ex: Alterações nos batimentos cardíacos, alterações respiratórias, diminuição do apetite, diminuição do interesse sexual, disposição geral, emagrecimento, envelhecimento precoce, gengivite, irritação na mucosa nasal, prejuízo da visão, prejuízo do olfato, problemas estomacais, ressecamento da pele, rouquidão.

25) Você percebe efeitos do cigarro no seu comportamento?

(1) Sim (2) Não

Ex: Alterações do humor, alterações no padrão de sono, aumento da ansiedade, diminuição da ansiedade, melhora da Concentração, prejuízo da concentração, melhora da memória, prejuízo da memória.

26) Você acha que as pessoas que tem problemas psiquiátricos fumam mais do que as pessoas sem problemas psiquiátricos?

(1) Sim (2) Não

Especifique: _____

27) Os portadores de transtorno mental têm mais dificuldade para deixar o tabaco do que os não portadores?

(1) Sim (2) Não

Especifique: _____

28) Quais sugestões você daria para a equipe diminuir o tabagismo na unidade psiquiátrica? _____

APÊNDICE B

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Gostaríamos de convidá-lo para participar da pesquisa, **“Identificação da dependência de tabaco entre portadores de transtorno mental”**. Este estudo pretende compreender como ocorre a dependência de tabaco entre portadores de transtornos mentais internados na enfermaria de psiquiatria do Hospital das Clínicas de Marília.

Para participar você deverá permitir que sejam retiradas informações de seu prontuário, como dados pessoais, dados sobre a doença e sobre o tratamento. Deverá responder a algumas perguntas sobre atividades realizadas no seu dia a dia. Se você for tabagista deverá ainda responder a algumas perguntas específicas sobre este hábito e a um questionário que avaliará seu grau de dependência. Estes procedimentos ocorrerão durante uma entrevista que será gravada e anotada, com duração de aproximadamente 30 minutos.

Essa pesquisa garante-lhe que: todas as suas dúvidas em relação ao estudo serão respondidas; você poderá desistir de participar a qualquer momento sem qualquer tipo de prejuízo pessoal ou no atendimento de saúde recebido por esta ou qualquer outra instituição; o conteúdo da entrevista poderá ser usado para fins científicos, porém seu nome nunca será revelado; as informações que você julgar serem secretas serão mantidas em segredo; você poderá ter acesso a esta pesquisa quando finalizada.

Assim, pedimos para que assine este termo de consentimento em duas vias, também assinadas por nós, sendo que uma cópia ficará com você para contato quando necessário.

Eu, _____, aceito participar do projeto de pesquisa **“Identificação da dependência de tabaco entre portadores de transtorno mental”**, após ter sido orientado sobre os aspectos éticos de minha participação. Sei que minha participação é voluntária, sem ganhos financeiros, e que posso deixar de participar da pesquisa a qualquer momento.

Marília, ____ de _____ de 20____.

(assinatura do participante)

(assinatura do responsável se necessário)

PESQUISADORES RESPONSÁVEIS

Antonia Regina Ferreira Furegato

Orientadora do Projeto de Pesquisa.

Contato: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto
Av. Bandeirantes, 3900, CEP 14040-902, Ribeirão Preto/SP.

Renata Marques de Oliveira

Mestranda do Programa de Enfermagem Psiquiátrica da EERP/USP.

APÊNDICE C

**DICIONÁRIO DE VARIÁVEIS DO INSTRUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO DE
TABAGISTAS EM UNIDADE PSIQUIÁTRICA DE HOSPITAL GERAL - ITUP**

IDENTIFICAÇÃO			
Colu- Na	Variáveis no instrumento	Categorias para análise	Variáveis no Excel
A	Código	Digitar número do código de identificação dos sujeitos	código
B	Iniciais	Digitar iniciais do nome	iniciais
C	Idade	Digitar idade em anos completo	idade
D	Sexo	(1) feminino (2) masculino	sexo
E	Escolaridade	(1) Analfabeto (2) Fundamental incompleto (3) Fundamental completo (4) Médio incompleto (5) Médio completo (6) Superior incompleto (7) Superior completo (8) Pós-graduado (9) Não informado	escola
F	Procedência	(1) Marília (2) Região (3) Outra região do estado (4) Outro estado (5) Não informado	procedência
G	Localização da residência atual	(1) Urbana (2) Rural (3) Não informado	residência
H	Estado civil	(1) Solteiro (2) Casado (3) Separado/divorciado (4) Viúvo (5) Não informado	estcivil
I	Arranjo domiciliar	(1) Vive só (2) Sem companheiro, mas com outras pessoas (3) Com companheiro apenas (4) Com companheiro e outras pessoas (5) Não informado	arranjo
J	Ocupação	(1) Sim (2) Não (3) Não informado	ocupação
K	Renda familiar mensal em Reais	Informar a quantidade em Reais	rendafam
L	Religião	(1) Católico (2) Evangélico (3) Espírita (4) Outra	religião

		(5) Sem religião (6) Não informado	
M	Prática religiosa	(1) Sim (2) Não (3) Não se aplica	pratica
N	Mudança de religião	(1) Sim (2) Não (3) Não se aplica	mudança
INFORMAÇÕES CLÍNICAS			
O	Diagnóstico médico	(1) Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de substância psicoativa (F10 – F19) (2) Esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes (F20 – F29) (3) Transtornos do humor (afetivos) – (F30 – F39) (4) Transtornos neuróticos, transtornos relacionados com o “stress” e transtornos somatoformes (F40 – F48) (5) Síndromes comportamentais associadas a disfunções fisiológicas e a fatores físicos (F50 – F59) (6) Transtornos da personalidade e do comportamento do adulto (F60 – F69) (7) Outro	diagnost
P	Início da doença	Digitar em meses completos	inicio
Q	Terapias	(1) Clínica (2) Psicológica (3) Clínica e Psicológica (4) Clínica e Outra (5) Psicológica e Outra (6) Outra (7) Sem terapia	terapias
R	Medicamentos em uso no momento	(1) Anticonvulsivantes (2) Antidepressivos (3) Antiparkinsonianos (4) Ansiolíticos (5) Hipnóticos-sedativos (6) Antipsicóticos 1ª geração (7) Antipsicóticos 2ª geração (8) Estabilizadores do humor (9) Outro	medica
S	Internações anteriores	Digitar número total de internações anteriores	internant
T	Serviços frequentados (internações anteriores)	(1) Hospital Geral (2) Hospital Psiquiátrico (3) Hospital Dia	serviços

		(4) Unidade de Emergência (5) Não se aplica	
U	Comorbidades	(1) Sim (2) Não (3) Não sabe (4) Não informado	comorb
INFORMAÇÕES ESPECÍFICAS SOBRE ATIVIDADES E HÁBITOS DA VIDA DIÁRIA			
V	Uso de tabaco	(1) Tabagista atualmente (2) Ex-tabagista (3) Não tabagista	tabaco
W	Tipo principal (para os tabagistas atualmente)	(1) Cachimbo (2) Charuto (3) Cigarro (4) Em pó (5) Fumo de corda (6) De mascar (7) Outro	tipotab
X	Quantidade de tabaco	Digitar quantidade /dia	quanttab
Y	Tempo do uso de tabaco	Digitar em dias	tempotab
Z	Gasto mensal com tabaco	Digitar em reais	gastotab
AA	Álcool	(1) Sim (2) Não	álcool
AB	Quantidade de álcool	Digitar em ml/semana	quantalc
AC	Tempo uso de álcool	Digitar em anos completos	tempoalc
AD	Café	(1) Sim (2) Não	café
AE	Quantidade de café	Digitar em ml/dia	quantcafe
AF	Substâncias ilícitas	(1) Sim (2) Não	substancias
AG	Frequência substâncias ilícitas	Digitar dias/semana	freqsubst
AH	Tempo uso de substâncias ilícitas	Digitar em anos completos	temposubst
AI	Jogos	(1) Sim (2) Não	jogo
AJ	Frequência jogos	Digitar dias/semana	freqjogo
AK	Tempo jogos	Digitar em anos completos	tempojog
AL	Televisão	(1) Sim (2) Não	TV
AM	Duração televisão	Digitar horas/dia	tempotv
AN	Exercícios físicos	(1) Sim (2) Não	exercicio
AO	Frequência exercícios físicos	Digitar vezes/semana	freqexerc
AP	Leitura	(1) Sim (2) Não	leitura
AQ	Tipo de leitura principal	(1) Livro (2) Revista (3) Jornal (4) Bíblia (5) Outro (6) Não se aplica	tipoleit
AR	Frequência leitura	Digitar vezes/semana	freqleit
AS	Atividades culturais	(1) Sim (2) Não	ativcult
AT	Tipo atividade cultural	(1) Cinema	tipocult

		(2) Teatro (3) Eventos (4) Outro (5) Não se aplica	
AU	Frequência atividades culturais	Digitar vezes/mês	freqcult
AV	Passeios	(1) Sim (2) Não	passseio
AW	Frequência passeios	Digitar vezes/mês	freqpas
AX	Viagens	(1) Sim (2) Não	viagens
AY	Frequência viagens	Digitar vezes/ano	freqviag
AZ	Outras atividades de lazer	(1) Sim (2) Não	outrolazer
BA	Frequência outras atividades de lazer	Digitar vezes/semana	freqout
QUESTIONÁRIO PARA TABAGISTAS			
BB	Você acha que o ato de fumar ou outras formas de consumo de tabaco fazem mal?	(1) Sim (2) Não	maltabaco
BC	Com quantos anos você começou a consumir tabaco?	Digitar idade de início em anos completos	iniciotab
BD	O que mais influenciou o início do hábito?	(1) Família (2) Amigos (3) Propaganda (4) Internação Psiquiátrica (5) Outro (6) Não sabe	influtab
BE	Existem outras pessoas tabagistas na sua família?	(1) Sim (2) Não (3) Não sabe	famtab
BF	Você seria capaz de parar de consumir tabaco?	(1) Sim (2) Não (3) Não sabe	capaz
BG	Você já tentou parar de consumir tabaco?	(1) Sim (2) Não	tentativa
BH	Se sim, quantas vezes você tentou parar?	Digitar número de vezes ou (0) para não se aplica	numtent
BI	Qual o método utilizado para parar de consumir tabaco na última vez?	(1) Apenas medicamentoso (2) Apenas grupo (3) Grupo e medicamentoso (4) Outro (5) Não se aplica	metodotent
BJ	Qual o tempo máximo que conseguiu ficar sem o tabaco?	Digitar em dias	temposem
BK	Se você decidisse parar de consumir tabaco hoje a quem você recorrerá?	(1) Equipe da enfermaria psiquiátrica (2) Equipe do Ambulatório de Saúde Mental (3) Equipe da Rede Básica de Saúde	socorro

		(4) CAPS-ad (5) Tentaria parar sozinho (6) Outro (7) Não sabe	
BL	Você se sente apoiado para parar de consumir tabaco pela equipe da enfermaria de psiquiatria deste hospital?	(1) Sim (2) Não	apoioenf
BM	Você se sente apoiado para parar de consumir tabaco pela equipe que te atende em outras modalidades de tratamento (não psiquiátricos)?	(1) Sim (2) Não (3) Não se aplica	apoioequipe
BN	É diferente seu padrão de consumo de tabaco no hospital e na sua casa?	(1) Sim (2) Não	padrao
BO	Você acha que o ambiente hospitalar pode influenciar o início do?	(1) Sim (2) Não	influhosp
BP	Você se considera tabagista?	(1) Sim (2) Não	tabagista
BQ	Você percebe efeitos do cigarro no seu organismo?	(1) Sim (2) Não	efeitoorgan
BR	Você percebe efeitos do cigarro no seu comportamento?	(1) Sim (2) Não	efeitocomp
BS	Você acha que as pessoas que tem problemas psiquiátricos fumam mais do que as pessoas sem problemas psiquiátricos?	(1) Sim (2) Não	opinioa1
BT	Os portadores de transtorno mental têm mais dificuldade para deixar o tabaco do que os não portadores?	(1) Sim (2) Não	opinioa2
TESTE DE DEPENDÊNCIA À NICOTINA DE FAGERSTRON - FTDN			
BU	Quanto tempo depois de acordar você fuma o primeiro cigarro?	(0) Após 60 minutos (1) Entre 31 e 60 minutos (2) Entre 6 e 30 minutos (3) Nos primeiros 5 minutos	tempoacord
BV	Você acha difícil não fumar em lugares proibidos como igrejas, ônibus, etc.?	(0) Não (1) Sim	dificproib
BW	Qual o cigarro do dia que traz mais satisfação?	(1) O primeiro da manhã (0) Qualquer outro	melhorcig

BX	Quantos cigarros você fuma por dia?	(0) Menos de 10 cigarros (1) Entre 11 e 20 cigarros (2) Entre 21 e 30 cigarros (3) Mais de 31 cigarros	Quantos
BY	Você fuma mais frequentemente pela manhã?	(0) Não (1) Sim	Maismanha
BZ	Você fuma mesmo doente?	(0) Não (1) Sim	Tabdoente
CA	Pontos obtidos	Digitar número total de pontos	Pontos
CB	Conclusão sobre o grau de dependência	(1) Muito baixo (0 a 2 pontos) (2) Baixo (3 a 4 pontos) (3) Médio (5 pontos) (4) Elevado (6 a 7 pontos) (5) Muito elevado (8 a 10 pontos)	FTDN

ANEXO A**Teste de dependência à nicotina de Fagerström - FTDN**

	Pontos
1) Quanto tempo depois de acordar você fuma o primeiro cigarro?	
Após 60 minutos	0
Entre 31 e 60 minutos	1
Entre 6 e 30 minutos	2
Nos primeiros 5 minutos	3
2) Você acha difícil não fumar em lugares proibidos, como igrejas, ônibus, etc.?	
Não	0
Sim	1
3) Qual o cigarro do dia que traz mais satisfação?	
O primeiro da manhã	1
Qualquer outro	0
4) Quantos cigarro você fuma por dia?	
Menos de 10 cigarros	0
Entre 11 e 20 cigarros	1
Entre 21 e 30 cigarros	2
Mais de 31 cigarros	3
5) Você fuma mais frequentemente pela manhã?	
Não	0
Sim	1
6) Você fuma mesmo doente?	
Não	0
Sim	1

Conclusão sobre grau de dependência	
0 a 2 pontos	Muito baixo
3 a 4 pontos	Baixo
5 pontos	Médio
6 a 7 pontos	Elevado
8 a 10 pontos	Muito elevado

Fonte: Heatherton et al (1991)