UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

RENATA MARQUES DE OLIVEIRA

**Prevalência e perfil epidemiológico do uso de tabaco da população psiquiátrica dos
níveis secundário e terciário de atenção comparados à população geral da rede básica de
saúde**

Ribeirão Preto
2016

RENATA MARQUES DE OLIVEIRA

Prevalência e perfil epidemiológico do uso de tabaco da população psiquiátrica dos níveis secundário e terciário de atenção comparados à população geral da rede básica de saúde

Tese apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Doutora em Ciências, Programa de Pós Graduação Enfermagem Psiquiátrica

Linha de pesquisa: “Enfermagem psiquiátrica: políticas, saberes e práticas”

Orientadora: Profa. Dra. Antonia Regina Ferreira Furegato

Ribeirão Preto

2016

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

FICHA CATALOGRÁFICA

Oliveira, Renata Marques de

Prevalência e perfil epidemiológico do uso de tabaco da população psiquiátrica dos níveis secundário e terciário de atenção comparados à população geral da rede básica de saúde. Ribeirão Preto, 2016.

306 p. : il. ; 30 cm

Tese de Doutorado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Enfermagem Psiquiátrica.

Orientadora: Furegato, Antonia Regina Ferreira.

1. Tabagismo. 2. Transtornos mentais. 3. Epidemiologia
4. Saúde Mental. 5. Enfermagem Psiquiátrica.

FOLHA DE APROVAÇÃO

OLIVEIRA, Renata Marques de

Prevalência e perfil epidemiológico do uso de tabaco da população psiquiátrica dos níveis secundário e terciário de atenção comparados à população geral da rede básica de saúde

Tese apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Doutora em Ciências, Programa de Pós Graduação Enfermagem Psiquiátrica

Aprovado em: ____/____/____

Comissão Julgadora

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Dedicatória

*Dedico este estudo aos meus **pais** por me ensinarem, por meio de exemplos diários, a ter coragem, responsabilidade e persistência. Agradeço por terem deixado muitos de seus sonhos adormecidos para viverem comigo essa conquista.*

*Dedico-o a todos os **pacientes psiquiátricos** que conheci ao longo da minha formação. Que eu nunca esqueça que vocês são o motivo dessa caminhada!*

Agradecimentos

*Agradeço a **Deus** por ter me capacitado a realizar este estudo. Que meus passos e minhas escolhas continuem sendo guiados por Ele!*

*Agradeço à **Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto** pela oportunidade de realizar o doutorado e à **CAPES** pelo financiamento.*

*Agradeço à **Profa. Dra. Regina Furegato** pela orientação atenta, dedicada, exigente e responsável. Obrigada por ter acreditado e investido em mim!*

*Agradeço ao **Prof. Dr. Antonio Ruffino Netto** pela generosidade em nos auxiliar no planejamento deste estudo.*

*Agradeço ao **Prof. Dr. Jair Lício Ferreira Santos** pela dedicação na análise estatística. Obrigada por me ensinar que é possível ser um bom profissional e, ao mesmo tempo, um bom ser humano!*

*Agradeço aos profissionais que atuaram como **juízes** dos questionários utilizados na coleta dos dados.*

*Agradeço ao **Prof. Dr. Domingos Alves** e a **Alexandre Freitas Duarte** pelo desenvolvimento do aplicativo para a coleta dos dados. Obrigada pelo comprometimento e seriedade!*

*Agradeço à **Faculdade de Medicina de Marília (Famema)**, ao **Hospital Espírita de Marília (HEM)** e à **Secretaria de Saúde de Marília** por terem autorizado a coleta dos dados.*

*Agradeço à **Dra. Valéria Garcia Caputo** pela confiança em autorizar a coleta dos dados no ambulatório de Saúde Mental da Faculdade de Medicina de Marília.*

*Agradeço ao **Dr. Marcos Girotto** por ter sido sempre atencioso e prestativo. Obrigada por não ter medido esforços para que a coleta dos dados pudesse ser realizada no município!*

*Agradeço à banca do exame de qualificação, **Dra. Jacqueline de Souza** e **Prof. Dr. Antonio Ruffino Netto**, pelas valiosas contribuições.*

*Agradeço à **Adriana Borela** e à **Gilda Pacheco** pelo profissionalismo e por serem sempre prestativas.*

*Agradeço aos **familiares** e **amigos** que me apoiaram e incentivaram ao longo dessa caminhada. Em especial, as minhas irmãs, **Adriana** e **Natália**, por terem ajudado na etapa de finalização dessa tese.*

*Agradeço ao meu tio, **Pe. Mauricio**, pelo apoio e compreensão. Obrigada por me inspirar, por meio de seu exemplo de humildade e dedicação, a tentar ser, a cada dia, uma pessoa melhor!*

RESUMO

OLIVEIRA, R.M. **Prevalência e perfil epidemiológico do uso de tabaco da população psiquiátrica dos níveis secundário e terciário de atenção comparados à população geral da rede básica de saúde.** 2016. 306f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 2016.

O uso de tabaco no meio psiquiátrico é um grave problema de saúde pública. Este estudo teve por objetivo estimar a prevalência e identificar o perfil epidemiológico do uso de tabaco da população psiquiátrica dos níveis secundário e terciário de atenção comparados à população geral da rede básica de saúde do município de Marília (SP). Foi realizado um estudo epidemiológico descritivo-analítico, de corte transversal, com três grupos populacionais de Marília/SP: P₁ – portadores de transtornos mentais do ambulatório de saúde mental (ASM), P₂ – portadores de transtornos mentais das unidades de agudos do hospital psiquiátrico (HP) e P₃ – população geral de uma Unidade Básica de Saúde (UBS). Foi selecionada uma amostra probabilística composta por 378 participantes, 126 em cada serviço. As entrevistas foram realizadas entre abril e julho de 2014. Os questionários, avaliados por juízes, foram inseridos no aplicativo *TabacoQuest*, desenvolvido especialmente para a coleta dos dados deste estudo. Utilizaram-se ferramentas de estatística descritiva, análise bivariada e multivariada (α de 5%). Dentre os 378 participantes, 255 (67,5%) eram mulheres. A idade variou de 15 a 79 anos (em média, 48 anos). Confirmou-se a hipótese de maior prevalência de fumantes entre a população psiquiátrica dos níveis secundário e terciário de atenção do que entre a população geral da rede básica de saúde (ASM= 27% , HP= 60,3%, UBS= 19%). Ademais, a dependência do tabaco foi mais intensa na psiquiátrica (grau muito elevado: ASM= 14,7%, HP= 32,9%, UBS= 4,2%). O perfil pessoal e sociodemográfico dos fumantes foi assim definido: homens; jovens; analfabetos ou com ensino fundamental; solteiros; sem religião; sem ocupação e recebedores de mais de um benefício do governo. Os fumantes com dependência muito elevada também foram representados por pessoas com essas características, porém com maior escolaridade. Houve maior prevalência de fumantes entre os pacientes psiquiátricos graves: diagnóstico de esquizofrenia/transtorno esquizoafetivo; mais tempo de diagnóstico; uso de três ou mais psicofármacos; uso de antipsicóticos de 1ª geração; quatro ou mais internações psiquiátricas e tentativas de suicídio; sintomas psiquiátricos intensos; ansiedade-traço altíssima. O fumo atual esteve independentemente associado aos grupos etários mais jovens, ao catolicismo ou à ausência de religião, aos transtornos mentais graves, aos transtornos ansiosos/outros, ao uso atual e pregresso de álcool e de substâncias ilícitas. Os fatores independentes associados à intensa dependência do tabaco foram sexo masculino, grupo etário, transtornos mentais graves, transtornos ansiosos/outros e risco alto de suicídio. A principal razão que motivava os fumantes a usar tabaco era a redução da tensão/relaxamento. Identificou-se baixo percentual de ex-fumantes no HP (4,8%), o que mostra a dificuldade que os pacientes psiquiátricos graves e crônicos têm em parar de fumar (tentativas de parar no último ano: ASM= 75%, HP= 35,1%, UBS= 62,5%). A população psiquiátrica, especialmente a internada no HP, foi menos favorável à proibição do fumo nos serviços de saúde (ASM= 84,1%, HP= 69,1%, UBS=100%), tendo refletido a cultura do tabagismo dessa instituição. Concluiu-se que a prevalência de fumantes e a dependência do tabaco foram superiores na população psiquiátrica dos níveis secundário e terciário de atenção do que na população geral da rede básica de saúde, especialmente entre os pacientes psiquiátricos graves. Espera-se que esses resultados contribuam para o planejamento de intervenções contra o fumo na população psiquiátrica, fortalecendo a política nacional de controle do tabagismo e o cuidado dos profissionais que atuam nos serviços de saúde mental.

Palavras-chave: Tabagismo; Transtornos mentais; Epidemiologia; Saúde Mental; Enfermagem Psiquiátrica.

ABSTRACT

OLIVEIRA, R.M. **Prevalence and epidemiological profile of tobacco use in the psychiatric population from secondary and tertiary levels of care compared to the general population from basic health network.** 2016. 306p. Doctoral Dissertation – Nursing School of Ribeirão Preto, São Paulo University, 2016.

The use of tobacco by the psychiatric population is a serious problem in public health. The aim of this study was to estimate the prevalence of smoking and to identify the epidemiological profile of tobacco use in the psychiatric population from secondary and tertiary levels of care compared to the general population from basic health network in the city of Marília (SP). A descriptive analytical cross-sectional epidemiological study was carried out, with three population groups from Marília/SP: P1 – individuals with mental disorders from mental health outpatient (MHO), P2 – individuals with mental disorders from acute unities of the Psychiatric Hospital (PH) and P3 – general population from a Basic Unit of Health (BUH). It was selected a probability sample of 378 participants, 126 in each service. The interviews were conducted in April-July 2014. The questionnaires, assessed by judges, were recorded in *TabacoQuest* application, which was developed specially to data collection for this study. It were used descriptive statistics tools, bivariate and multivariate analysis (α of 5%). Among the 378 participants, 255 (67.5%) were women. The age ranged between 15 and 78 years (mean, 48 years). It was confirmed the hypothesis of higher smoking prevalence in the psychiatric population from secondary and tertiary levels of care compared to the general population from basic health network (MHO= 27%, PH= 60.3%, BUH= 19%). Moreover, the addiction to tobacco was more intense among psychiatric population (very high level: MHO= 14.7%, PH= 32.9%, BUH= 4.2%). The personal and socio-demographic profile of smokers was well defined: men; youth; illiterate people or with basic education; unmarried; individuals without religion; individuals without occupation and recipients of more than one government benefit. People with those characteristics also represented smokers with high-level dependence, but with higher level of schooling. There was higher prevalence of smokers among the severe psychiatric patients: diagnosis of schizophrenia/schizoaffective disorder; more time of diagnosis; use of three or more psychotropic drugs; use of first generation antipsychotics; four or more psychiatric hospitalizations and suicide attempts; more intense psychiatric symptoms; highest trait anxiety. Current smoking was independently associated to younger age-groups, to Catholicism or absence of religion, to severe mental disorders, to anxiety disorders/others, to current and former use of alcohol and illicit substances. The independent factors associated to intense tobacco dependence were male, age group, severe mental illness, anxiety disorders/others and high risk of suicide. Reduction of tension/relaxing was the main reason for smokers to use tobacco. It was identified low percentage of former smokers in PH (4.8%), showing that severe and chronic psychiatric patients find more difficult quitting smoking (attempts to quit in last year: MHO= 75%, PH= 35.1%, BUH= 62.5%). The psychiatric population, especially those in PH, was less favorable to no-smoking police in health services (ASM= 84.1%, PH= 69.1%, BUH= 100%), reflecting the smoking culture of the institution. It was concluded that the prevalence of smokers and tobacco dependence were higher in the psychiatric population from secondary and tertiary levels of care compared to the general population from basic health network, especially among the severe psychiatric patients. We hope that these results contribute to the planning of interventions against psychiatric population smoking, strengthening the national non-smoking policy and the care of the professionals who work at the mental health care services.

Key-words: Smoking; Mental disorders; Epidemiology; Mental Health; Psychiatric Nursing.

RESUMEN

OLIVEIRA, R.M. **La prevalencia y lo perfil epidemiológico del uso del tabaco de la población psiquiátrica de los niveles secundario e terciario de atención comparados a la población general de la red básica de salud.** 2016. 306h. Tesis (Doctorado) – Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto, Universidad de São Paulo, 2016.

El uso del tabaco en el ambiente psiquiátrico es un problema grave de salud pública. Este estudio tuvo por objetivo estimar la prevalencia e identificar el perfil epidemiológico del uso del tabaco de la población psiquiátrica de los niveles secundario e terciario de atención comparados a la población general de la red básica de salud, de la ciudad de Marília (SP). Fue realizado un estudio epidemiológico descriptivo-analítico, de corte transversal, con tres grupos poblacionales de Marília/SP: P₁ – portadores de trastornos mentales del ambulatorio de salud mental (ASM), P₂ – portadores de trastornos mentales de las unidades de agudos en hospital psiquiátrico (HP) y P₃ – población general de una Unidad Básica de Salud (UBS). Fue seleccionada una muestra probabilística constituida por 378 participantes, 126 en cada servicio. Las encuestas fueron realizadas de abril hasta junio de 2014. Los cuestionarios, evaluados por jueces, fueron inseridos en una aplicación nombrada *TabacoQuest*, desarrollada especialmente para la recoleta de los datos de este estudio. Fueron utilizadas herramientas de estadística descriptiva, análisis bivariada y multivariada (α de 5%). Entre los 378 participantes, 255 (67,5) eran mujeres. La edad varió de entre 15 y 79 años (promedio, 48 años). Se confirmó la hipótesis de mayor prevalencia de tabaquistas entre la población psiquiátrica de los niveles secundario e terciario do que entre la población general de la red básica de salud (ASM= 27,0% , HP= 60,3%, UBS= 19,0%). Además de eso, la dependencia del tabaco fue más intensa en la unidad psiquiátrica (grado muy elevado: ASM= 14,7%, HP= 32,9%, UBS= 4,2%). El perfil personal y sociodemográfico de los tabaquistas fue así definido: hombres; jóvenes; analfabetos o con educación primaria; sin ocupación y recibidores de más de un beneficio del gobierno. Los tabaquistas con dependencia muy elevada fueron representados por personas con esas características, pero con mayor escolaridad. Hubo mayor prevalencia de tabaquistas entre los pacientes psiquiátricos graves: diagnóstico de esquizofrenia/trastorno esquizoafectivo; más tiempo de diagnóstico; uso de tres o más psicofármacos; uso de antipsicóticos de 1ª generación; cuatro o más hospitalizaciones psiquiátricas y tentativas de suicidio; síntomas psiquiátricos intensos; ansiedad-rasgo altísima. El fumo actual estuvo independientemente asociado a los grupos etarios más jóvenes, al catolicismo o a la ausencia de religión, a los trastornos mentales graves, a los trastornos ansiosos/otros, al uso anterior y actual del alcohol y de las sustancias ilícitas. Los factores independientes asociados a la intensa dependencia del tabaco fueron sexo masculino, grupo etario, trastornos mentales graves, trastornos ansiosos/otros y riesgo elevado de suicidio. La principal razón que motivaba los tabaquistas a utilizar el tabaco era la reducción da tensión/relajación. Se identificó bajo porcentual de ex – tabaquistas en el HP(4,8%), lo que muestra la dificultad que los pacientes psiquiátricos graves y crónicos tienen al parar de fumar (tentativas de parar en el último año: ASM= 75,0%, HP= 35,1%, UBS= 62,5%). La población psiquiátrica, especialmente la hospitalizada en HP, fue la menos favorable a la prohibición del fumo en los servicios de salud(ASM= 84,1%, HP= 69,1%, UBS=100,0%), lo que reflète la cultura del tabaquismo de la institución. Se concluye que la prevalencia de fumadores y la dependencia del tabaco fueron superiores en la población psiquiátrica de los niveles secundario e terciario do que en la población general de la red básica de salud, especialmente entre los pacientes psiquiátricos graves. Se espera que esos resultados contribuyan para el planeamiento de las intervenciones contra el fumo en la población psiquiátrica, fortaleciendo la política nacional del controle al tabaquismo y lo cuidado de los profesionales que actúan en los servicios de salud mental.

Palabras Clave: Tabaquismo; Trastornos mentales; Epidemiología; Salud Mental; Enfermería Psiquiátrica.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Anúncio publicitário da marca de cigarros “Merit”	54
Figura 2 – Fluxograma do atendimento dos portadores de transtornos mentais no Ambulatório de Saúde Mental (ASM) – Marília/SP, 2014.....	75
Figura 3 – Relação dos profissionais da UBS Nova Marília – Marília/SP, 2014.....	79
Figura 4 – Telas (<i>screenshots</i>) do <i>TabacoQuest</i> para exemplificação	87
Figura 5 - Processo de testes do <i>TabacoQuest</i>	89
Figura 6 – Fator de confusão (CF) na relação entre desfecho (D) e exposição (E).....	94
Figura 7 – Fórmula para cálculo do Risco Relativo (RR) e da Razão de Prevalência (RP).....	95
Figura 8 – Definição da amostra do Ambulatório de Saúde Mental (ASM), segundo os critérios para participação, a partir do fluxo de pacientes de abril a julho de 2014 – Marília/SP, 2014.....	99
Figura 9 – Definição da amostra do Hospital Psiquiátrico (HP) a partir da população internada, entre abril a julho de 2014, segundo os critérios para participação – Marília/SP, 2014	100
Figura 10 – Procedimentos realizados na Unidade Básica de Saúde (UBS) entre abril a julho de 2014 – Marília/SP, 2014	101
Figura 11 – Prevalência de fumantes e intervalos de confiança (95%), segundo local do estudo (ASM: Ambulatório de Saúde Mental; HP: Hospital Psiquiátrico; UBS: Unidade Básica de Saúde) – Marília/SP, 2014.....	122
Figura 12 – Prevalência (%) de ex-fumantes e intervalos de confiança (95%), segundo local do estudo (ASM: Ambulatório de Saúde Mental; HP: Hospital Psiquiátrico; UBS: Unidade Básica de Saúde) – Marília/SP, 2014	123
Figura 13 – Prevalência (%) de não fumantes e intervalos de confiança (95%), segundo local do estudo (ASM: Ambulatório de Saúde Mental; HP: Hospital Psiquiátrico; UBS: Unidade Básica de Saúde) – Marília/SP, 2014	123

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Frequência relativa (%) do vínculo empregatício dos trabalhadores – Marília/SP, 2014	102
Gráfico 2 – Frequência relativa (%) do sexo, segundo local do estudo (ASM: Ambulatório de Saúde Mental; HP: Hospital Psiquiátrico; UBS: Unidade Básica de Saúde) – Marília/SP, 2014	103
Gráfico 3 – Frequência relativa (%) da escolaridade, segundo local do estudo (ASM: Ambulatório de Saúde Mental; HP: Hospital Psiquiátrico; UBS: Unidade Básica de Saúde) – Marília/SP, 2014	103
Gráfico 4 – Frequência relativa (%) do estado civil, segundo local do estudo (ASM: Ambulatório de Saúde Mental; HP: Hospital Psiquiátrico; UBS: Unidade Básica de Saúde) – Marília/SP, 2014	104
Gráfico 5 – Frequência relativa (%) de ocupação atual, segundo local do estudo (ASM: Ambulatório de Saúde Mental; HP: Hospital Psiquiátrico; UBS: Unidade Básica de Saúde) – Marília/SP, 2014	105
Gráfico 6 – Frequência relativa (%) de prática religiosa, segundo local do estudo (ASM: Ambulatório de Saúde Mental; HP: Hospital Psiquiátrico; UBS: Unidade Básica de Saúde) – Marília/SP, 2014	105
Gráfico 7 – Frequência relativa (%) dos transtornos mentais entre os 288 participantes com diagnóstico psiquiátrico – Marília/SP, 2014	110
Gráfico 8 – Frequência relativa (%) dos diagnósticos psiquiátricos, segundo sexo – Marília/SP, 2014	111
Gráfico 9 – Duração dos transtornos mentais (meses), segundo diagnóstico – Marília/SP, 2014	112
Gráfico 10 – Duração dos transtornos mentais (meses), a partir do diagnóstico, segundo local do estudo (ASM: Ambulatório de Saúde Mental; HP: Hospital Psiquiátrico; UBS: Unidade Básica de Saúde) – Marília/SP, 2014	113
Gráfico 11 – Frequência relativa (%) da duração dos transtornos mentais (anos), segundo local do estudo (ASM: Ambulatório de Saúde Mental; HP: Hospital Psiquiátrico; UBS: Unidade Básica de Saúde) – Marília/SP, 2014	113
Gráfico 12 – Frequência relativa (%) da duração dos transtornos mentais (anos), segundo grupos etários – Marília/SP, 2014	114
Gráfico 13 – Frequência relativa (%) de uso atual de antipsicóticos, segundo local do estudo (ASM: Ambulatório de Saúde Mental; HP: Hospital Psiquiátrico; UBS: Unidade Básica de Saúde) – Marília/SP, 2014	115
Gráfico 14 – Frequência relativa (%) de internações psiquiátricas, segundo sexo – Marília/SP, 2014	117
Gráfico 15 – Frequência relativa (%) de tentativas de suicídio, segundo sexo – Marília/SP, 2014	118

Gráfico 16 – Prevalência (%) de fumantes, ex-fumantes e não fumantes entre a população psiquiátrica dos níveis secundário e terciário de atenção comparada à população geral da rede básica de saúde – Marília/SP, 2014	121
Gráfico 17 – Prevalência (%) de fumantes, ex-fumantes e não fumantes, segundo local do estudo (ASM: Ambulatório de Saúde Mental; HP: Hospital Psiquiátrico; UBS: Unidade Básica de Saúde) – Marília/SP, 2014	121
Gráfico 18 – Frequência relativa (%) de fumantes, ex-fumantes e não fumantes, segundo sexo – Marília/SP, 2014.....	124
Gráfico 19 – Frequência relativa (%) de fumantes, ex-fumantes e não fumantes, segundo grupo etário – Marília/SP, 2014	124
Gráfico 20 – Frequência relativa (%) de fumantes, ex-fumantes e não fumantes, segundo escolaridade – Marília/SP, 2014.....	125
Gráfico 21 – Frequência relativa (%) de fumantes, ex-fumantes e não fumantes, segundo estado civil – Marília/SP, 2014	125
Gráfico 22 – Frequência relativa (%) de fumantes, ex-fumantes e não fumantes, segundo religião – Marília/SP, 2014.....	126
Gráfico 23 – Frequência relativa (%) de fumantes, ex-fumantes e não fumantes, segundo prática religiosa – Marília/SP, 2014.....	126
Gráfico 24 – Frequência relativa (%) de fumantes, ex-fumantes e não fumantes, segundo ocupação – Marília/SP, 2014	127
Gráfico 25 – Frequência relativa (%) de fumantes, ex-fumantes e não fumantes, segundo quantidade de benefícios do governo – Marília/SP, 2014.....	127
Gráfico 26 – Frequência relativa (%) de fumantes, ex-fumantes e não fumantes, segundo duração do transtorno mental (anos) – Marília/SP, 2014.....	129
Gráfico 27 – Frequência relativa (%) de fumantes, ex-fumantes e não fumantes, segundo uso atual de antipsicóticos – Marília/SP, 2014.....	130
Gráfico 28 – Frequência relativa (%) de fumantes, ex-fumantes e não fumantes, segundo comorbidades somáticas – Marília/SP, 2014	130
Gráfico 29 – Frequência relativa (%) de fumantes, ex-fumantes e não fumantes, segundo internações psiquiátricas – Marília/SP, 2014	131
Gráfico 30 – Frequência relativa (%) de fumantes, ex-fumantes e não fumantes, segundo tentativas de suicídio – Marília/SP, 2014.....	131
Gráfico 31 – Frequência relativa (%) de fumantes, ex-fumantes e não fumantes, segundo risco atual de suicídio – Marília/SP, 2014	132
Gráfico 32 – Frequência relativa (%) de fumantes, ex-fumantes e não fumantes, segundo escore total escala BPRS – Marília/SP, 2014.....	132
Gráfico 33 – Frequência relativa (%) de fumantes, ex-fumantes e não fumantes segundo níveis de ansiedade-traço – Marília/SP, 2014	135
Gráfico 34 – Frequência relativa (%) de fumantes, ex-fumantes e não fumantes, segundo bebida alcoólica – Marília/SP, 2014	136

Gráfico 35 – Frequência relativa (%) de fumantes, ex-fumantes e não fumantes, segundo substâncias ilícitas – Marília/SP, 2014.....	136
Gráfico 36 – Tempo de tabagismo (anos), segundo local do estudo (ASM: Ambulatório de Saúde Mental; HP: Hospital Psiquiátrico; UBS: Unidade Básica de Saúde) – Marília/SP, 2014.....	138
Gráfico 37 – Prevalências (%) de fumantes por produto de tabaco – Marília/SP, 2014.....	140
Gráfico 38 – Distribuição da quantidade de cigarros/dia, segundo local do estudo (ASM: Ambulatório de Saúde Mental; HP: Hospital Psiquiátrico; UBS: Unidade Básica de Saúde) e sexo – Marília/SP, 2014	142
Gráfico 39 – Frequência relativa (%) de fumantes diários que usam múltiplos produtos de tabaco, segundo local do estudo (ASM: Ambulatório de Saúde Mental; HP: Hospital Psiquiátrico; UBS: Unidade Básica de Saúde) – Marília/SP, 2014	142
Gráfico 40 – Frequência relativa (%) de fumantes diários que usam múltiplos produtos de tabaco, segundo sexo – Marília/SP, 2014.....	143
Gráfico 41 – Frequência relativa (%) de fumantes diários que usam múltiplos produtos de tabaco, segundo grupo etário – Marília/SP, 2014.....	143
Gráfico 42 – Frequência relativa (%) de fumantes questionados por profissionais de saúde e aconselhados a parar de fumar, nos 12 meses anteriores à entrevista, segundo local do estudo (ASM: Ambulatório de Saúde Mental; HP: Hospital Psiquiátrico; UBS: Unidade Básica de Saúde) – Marília/SP, 2014	144
Gráfico 43 – Frequência relativa (%) de fumantes questionados por profissionais de saúde e aconselhados a pararem de fumar, nos 12 meses anteriores à entrevista, segundo sexo – Marília/SP, 2014	144
Gráfico 44 – Frequência relativa (%) de fumantes questionados por profissionais de saúde e aconselhados a pararem de fumar, nos 12 meses anteriores à entrevista, segundo grupo etário – Marília/SP, 2014	145
Gráfico 45 – Frequência relativa (%) de fumantes que tentaram parar de fumar, nos 12 meses anteriores à entrevista, segundo duração da abstinência e local do estudo (ASM: Ambulatório de Saúde Mental; HP: Hospital Psiquiátrico; UBS: Unidade Básica de Saúde) – Marília/SP, 2014	146
Gráfico 46 – Frequência relativa (%) de fumantes que tentaram parar de fumar, nos 12 meses anteriores à entrevista, segundo duração da abstinência do tabaco e sexo – Marília/SP, 2014.....	146
Gráfico 47 – Frequência relativa (%) de fumantes que tentaram parar de fumar, nos 12 meses anteriores à entrevista, segundo duração da abstinência do tabaco e grupo etário – Marília/SP, 2014.....	146
Gráfico 48 – Frequência relativa (%) de ex-fumantes, segundo tempo de abstinência do tabaco e local do estudo (ASM: Ambulatório de Saúde Mental; HP: Hospital Psiquiátrico; UBS: Unidade Básica de Saúde)– Marília/SP, 2014.....	147
Gráfico 49 – Descrição do gasto (R\$) médio mensal dos fumantes com tabaco, segundo local do estudo (ASM: Ambulatório de Saúde Mental; HP: Hospital Psiquiátrico; UBS: Unidade Básica de Saúde) – Marília/SP, 2014	148

Gráfico 50 – Frequência relativa (%) de fumantes, segundo comprometimento da renda mensal com a compra de tabaco e local do estudo (ASM: Ambulatório de Saúde Mental; HP: Hospital Psiquiátrico; UBS: Unidade Básica de Saúde) – Marília/SP, 2014..	149
Gráfico 51 – Frequência relativa (%) da importância atribuída ao tabaco pelos fumantes, segundo local do estudo (ASM: Ambulatório de Saúde Mental; HP: Hospital Psiquiátrico; UBS: Unidade Básica de Saúde) – Marília/SP, 2014.....	150
Gráfico 52 – Frequência relativa (%) do grau de dependência do tabaco entre a população psiquiátrica dos níveis secundário e terciário de atenção comparada à população geral da rede básica de saúde – Marília/SP, 2014	151
Gráfico 53 – Frequência relativa (%) do grau de dependência do tabaco, segundo local do estudo (ASM: Ambulatório de Saúde Mental; HP: Hospital Psiquiátrico; UBS: Unidade Básica de Saúde) – Marília/SP, 2014	151
Gráfico 54 – Frequência relativa (%) do grau de dependência do tabaco, segundo duração do transtorno mental (anos) a partir do diagnóstico – Marília/SP, 2014.....	154
Gráfico 55 – Frequência relativa (%) do grau de dependência do tabaco, segundo uso atual de antipsicóticos – Marília/SP, 2014.....	155
Gráfico 56 – Frequência relativa (%) do grau de dependência do tabaco, segundo risco atual de suicídio – Marília/SP, 2014	156
Gráfico 57 – Frequência relativa (%) do grau de dependência do tabaco segundo escore total escala BPRS – Marília/SP, 2014	157
Gráfico 58 – Frequência relativa (%) do grau de dependência do tabaco, segundo autodepreciação e sentimento de culpa – Marília/SP, 2014.....	157
Gráfico 59 – Frequência relativa (%) do grau de dependência do tabaco, segundo alucinações – Marília/SP, 2014.....	158
Gráfico 60 – Frequência relativa (%) do grau de dependência do tabaco, segundo conteúdo incomum do pensamento – Marília/SP, 2014	158
Gráfico 61 – Frequência relativa (%) do grau de dependência do tabaco, segundo desorientação e confusão – Marília/SP, 2014	159
Gráfico 62 – Frequência relativa (%) do grau de dependência do tabaco, segundo hostilidade – Marília/SP, 2014.....	159
Gráfico 63 – Frequência relativa (%) do grau de dependência do tabaco, segundo desconfiança – Marília/SP, 2014.....	160
Gráfico 64 – Frequência relativa (%) do grau de dependência do tabaco, segundo ansiedade-traço – Marília/SP, 2014.....	162
Gráfico 65 – Frequência relativa (%) do grau de dependência do tabaco, segundo comorbidades somáticas – Marília/SP, 2014.....	163
Gráfico 66 – Frequência relativa (%) do grau de dependência do tabaco, segundo uso de bebida alcoólica – Marília/SP, 2014	163
Gráfico 67 – Frequência relativa (%) do grau de dependência do tabaco, segundo uso de substâncias ilícitas – Marília/SP, 2014.....	164
Gráfico 68 – Escore dos domínios dependência, hábito/automatismo e tabagismo social da ERPFM, segundo tentativas de suicídio – Marília/SP, 2014	173

Gráfico 69 – Escore dos domínios dependência, hábito/automatismo, redução da tensão/relaxamento e tabagismo social da ERPFM, segundo risco atual de suicídio – Marília/SP, 2014.....	174
Gráfico 70 – Escore dos domínios razões para fumar dependência, hábito/automatismo e redução da tensão/relaxamento, segundo grau de dependência do tabaco – Marília/SP, 2014	174
Gráfico 71 – Escore dos domínio redução da tensão/relaxamento e dependência, segundo importância atribuída ao tabaco – Marília/SP, 2014	174
Gráfico 72 – Razão de Prevalência ajustada para grau elevado de dependência do tabaco, segundo grupo etário (grupo de referência: idosos (≥ 60 anos)) – Marília/SP, 2014	179
Gráfico 73 – Frequência relativa (%) das crenças sobre o uso de tabaco como “instrumento” do cuidado, segundo local do estudo (ASM: Ambulatório de Saúde Mental; HP: Hospital Psiquiátrico; UBS: Unidade Básica de Saúde) – Marília/SP, 2014	189

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Comparação dos critérios diagnósticos de dependência do tabaco entre a CID-10 e o DSM-V	31
Quadro 2 – Agravos do tabaco à saúde	42
Quadro 3 – Cronograma de atendimento médico do ASM – Marília/SP, 2014.....	76
Quadro 4 – Cronograma de atividades da unidade feminina de internação do HP – Marília/SP, 2014	77
Quadro 5 – Cronograma de atividades da unidade masculina de internação do HP – Marília/SP, 2014	78
Quadro 6 – Distribuição dos dias de coleta dos dados no ASM, no HP e na UBS – Marília/SP, 2014	81
Quadro 7 – Apresentação dos recursos do <i>TabacoQuest</i> , finalidades e vantagens	88

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Pontuações do IDATE-traço.....	82
Tabela 2 – Interpretação da força da associação a partir do Coeficiente V de <i>Cramér</i>	92
Tabela 3 – Frequência absoluta e relativa (%) do grupo etário, segundo local do estudo (ASM: Ambulatório de Saúde Mental; HP: Hospital Psiquiátrico; UBS: Unidade Básica de Saúde) – Marília/SP, 2014	104
Tabela 4 – Frequência absoluta e relativa (%) do arranjo domiciliar, segundo local do estudo (ASM: Ambulatório de Saúde Mental; HP: Hospital Psiquiátrico; UBS: Unidade Básica de Saúde) – Marília/SP, 2014	104
Tabela 5 – Frequência absoluta e relativa (%) do perfil pessoal e sociodemográfico dos participantes, segundo sexo e local do estudo (ASM: Ambulatório de Saúde Mental; HP: Hospital Psiquiátrico; UBS: Unidade Básica de Saúde) – Marília/SP, 2014.....	107
Tabela 6 – Frequência absoluta e relativa (%) do perfil pessoal e sociodemográfico dos participantes, segundo grupo etário – Marília/SP, 2014	109
Tabela 7 – Frequência absoluta e relativa (%) dos diagnósticos psiquiátricos, segundo local do estudo (ASM: Ambulatório de Saúde Mental; HP: Hospital Psiquiátrico; UBS: Unidade Básica de Saúde) – Marília/SP, 2014	110
Tabela 8 – Frequência absoluta e relativa (%) dos diagnósticos psiquiátricos, segundo grupo etário – Marília/SP, 2014	111
Tabela 9 – Duração dos transtornos mentais (meses), segundo diagnóstico psiquiátrico – Marília/SP, 2014	111
Tabela 10 – Duração dos transtornos mentais (meses), a partir do diagnóstico, segundo local do estudo (ASM: Ambulatório de Saúde Mental; HP: Hospital Psiquiátrico; UBS: Unidade Básica de Saúde) – Marília/SP, 2014	112
Tabela 11 – Frequência absoluta e relativa (%) da quantidade de psicofármacos em uso no momento, segundo local do estudo (ASM: Ambulatório de Saúde Mental; HP: Hospital Psiquiátrico; UBS: Unidade Básica de Saúde) – Marília/SP, 2014	114
Tabela 12 – Frequência absoluta e relativa (%) da quantidade de psicofármacos em uso no momento, segundo grupo etário – Marília/SP, 2014.....	115
Tabela 13 – Frequência absoluta e relativa (%) da quantidade de psicofármacos em uso no momento, segundo sexo – Marília/SP, 2014.....	115
Tabela 14 – Frequência absoluta e relativa (%) de uso atual de antipsicóticos, segundo sexo e grupo etário – Marília/SP, 2014	116
Tabela 15 – Frequência absoluta e relativa (%) de internações psiquiátricas, segundo local do estudo (ASM: Ambulatório de Saúde Mental; HP: Hospital Psiquiátrico; UBS: Unidade Básica de Saúde) – Marília/SP, 2014	116
Tabela 16 – Frequência absoluta e relativa (%) de internações psiquiátricas, segundo grupo etário (anos) – Marília/SP, 2014	117

Tabela 17 – Frequência absoluta e relativa (%) de tentativas de suicídio, segundo local do estudo (ASM: Ambulatório de Saúde Mental; HP: Hospital Psiquiátrico; UBS: Unidade Básica de Saúde) – Marília/SP, 2014	118
Tabela 18 – Frequência absoluta e relativa (%) de tentativas de suicídio, segundo grupo etário – Marília/SP, 2014	118
Tabela 19 – Frequência absoluta e relativa (%) de comorbidades somáticas, segundo local do estudo (ASM: Ambulatório de Saúde Mental; HP: Hospital Psiquiátrico; UBS: Unidade Básica de Saúde), sexo e grupo etário – Marília/SP, 2014	119
Tabela 20 – Frequência absoluta e relativa (%) de uso de bebidas alcoólicas, segundo local do estudo (ASM: Ambulatório de Saúde Mental; HP: Hospital Psiquiátrico; UBS: Unidade Básica de Saúde), sexo e grupo etário – Marília/SP, 2014	119
Tabela 21 – Frequência absoluta e relativa (%) de uso de substâncias ilícitas, segundo local do estudo (ASM: Ambulatório de Saúde Mental; HP: Hospital Psiquiátrico; UBS: Unidade Básica de Saúde), sexo e grupo etário – Marília/SP, 2014	120
Tabela 22 – Resultados do teste do qui quadrado para as variáveis clínicas, segundo local do estudo, sexo e grupo etário.....	120
Tabela 23 – Prevalência (%) de fumantes, ex-fumantes e não fumantes e seus intervalos de confiança (IC), segundo local do estudo (ASM: Ambulatório de Saúde Mental; HP: Hospital Psiquiátrico; UBS: Unidade Básica de Saúde) – Marília/SP, 2014.....	122
Tabela 24 – Frequência absoluta e relativa (%) de fumantes, ex-fumantes e não fumantes, segundo arranjo domiciliar – Marília/SP, 2014.....	125
Tabela 25 – Coeficiente V de <i>Cramér</i> para as variáveis pessoais e sociodemográficas com evidência de associação com fumo de tabaco	128
Tabela 26 – Frequência absoluta e relativa (%) de fumantes, ex-fumantes e não fumantes, segundo diagnóstico psiquiátrico – Marília/SP, 2014	128
Tabela 27 – Frequência absoluta e relativa (%) de fumantes, ex-fumantes e não fumantes, segundo quantidade de psicofármacos em uso no momento – Marília/SP, 2014.....	129
Tabela 28 – Frequência absoluta e relativa (%) da gravidade dos sintomas psiquiátricos, apresentados durante os três dias anteriores à entrevista, segundo o uso de tabaco – Marília/SP, 2014	133
Tabela 29 – Coeficiente V de <i>Cramér</i> para as variáveis clínicas com evidência de associação com o fumo de tabaco	137
Tabela 30 – Descrição do tempo de tabagismo (anos), segundo local do estudo (ASM: Ambulatório de Saúde Mental; HP: Hospital Psiquiátrico; UBS: Unidade Básica de Saúde) – Marília/SP, 2014	138
Tabela 31 – Frequência absoluta e relativa (%) dos ex-fumantes diários e ocasionais, segundo local do estudo (ASM: Ambulatório de Saúde Mental; HP: Hospital Psiquiátrico; UBS: Unidade Básica de Saúde), sexo e grupo etário – Marília/SP, 2014	139
Tabela 32 – Frequência absoluta e relativa (%) da idade em que os fumantes e os ex-fumantes começaram a fumar, segundo local do estudo (ASM: Ambulatório de Saúde Mental; HP: Hospital Psiquiátrico; UBS: Unidade Básica de Saúde) e sexo – Marília/SP, 2014	140

Tabela 33 – Frequência absoluta e relativa (%) dos produtos de tabaco utilizados pelos fumantes diários, segundo local do estudo (ASM: Ambulatório de Saúde Mental; HP: Hospital Psiquiátrico; UBS: Unidade Básica de Saúde) – Marília/SP, 2014	141
Tabela 34 – Descrição da quantidade de cigarros fumados por dia pelos fumantes diários, segundo local do estudo (ASM: Ambulatório de Saúde Mental; HP: Hospital Psiquiátrico; UBS: Unidade Básica de Saúde) – Marília/SP, 2014	141
Tabela 35 – Frequência absoluta e relativa (%) dos fumantes que tentaram parar de fumar nos 12 meses que precederam a entrevista, segundo local do estudo (ASM: Ambulatório de Saúde Mental; HP: Hospital Psiquiátrico; UBS: Unidade Básica de Saúde), sexo e grupo etário – Marília/SP, 2014	145
Tabela 36 – Frequência absoluta e relativa (%) dos procedimentos utilizados pelos fumantes para pararem de fumar, nos 12 meses que precederam a entrevista, segundo local do estudo (ASM: Ambulatório de Saúde Mental; HP: Hospital Psiquiátrico; UBS: Unidade Básica de Saúde) – Marília/SP, 2014	147
Tabela 37 – Frequência absoluta e relativa (%) dos procedimentos utilizados pelos ex-fumantes para pararem de fumar, segundo local do estudo (ASM: Ambulatório de Saúde Mental; HP: Hospital Psiquiátrico; UBS: Unidade Básica de Saúde) – Marília/SP, 2014.....	148
Tabela 38 – Descrição do gasto (R\$) médio mensal dos fumantes com tabaco, segundo local do estudo (ASM: Ambulatório de Saúde Mental; HP: Hospital Psiquiátrico; UBS: Unidade Básica de Saúde) – Marília/SP, 2014	149
Tabela 39 – Descrição do comprometimento mensal (%) da renda dos fumantes com tabaco, segundo local do estudo (ASM: Ambulatório de Saúde Mental; HP: Hospital Psiquiátrico; UBS: Unidade Básica de Saúde) – Marília/SP, 2014	150
Tabela 40 – Frequência absoluta e relativa (%) do grau de dependência do tabaco, segundo perfil pessoal e sociodemográfico – Marília/SP, 2014	152
Tabela 41 – Frequência relativa (%) do grau de dependência do tabaco, segundo diagnóstico psiquiátrico – Marília/SP, 2014.....	153
Tabela 42 – Frequência absoluta e relativa (%) do grau de dependência do tabaco, segundo quantidade de psicofármacos em uso no momento – Marília/SP, 2014.....	154
Tabela 43 – Frequência relativa (%) do grau de dependência do tabaco, segundo internações psiquiátricas – Marília/SP, 2014	155
Tabela 44 – Frequência relativa (%) do grau de dependência do tabaco, segundo tentativas de suicídio – Marília/SP, 2014.....	156
Tabela 45 – Frequência absoluta e relativa (%) da gravidade dos sintomas, segundo grau de dependência do tabaco – Marília/SP, 2014.....	161
Tabela 46 – Frequência absoluta e relativa (%) do grau de dependência do tabaco, segundo histórico e perfil atual do uso de tabaco – Marília/SP, 2014.....	164
Tabela 47 – Coeficiente V de <i>Cramér</i> para as variáveis com evidência de associação com o grau de dependência do tabaco.....	166
Tabela 48 – Descrição da média, desvio padrão, mínimo e máximo das respostas dos fumantes aos domínios razões para fumar da ERPFM – Marília/SP, 2014	167
Tabela 49 – Descrição da média, do desvio padrão e do resultado do teste de <i>Kruskal-Wallis</i> para os domínios da ERPFM, segundo	168

Tabela 50 – Razão de Prevalência (RP) bruta e ajustada para fumo atual de tabaco – Marília/SP, 2014.....	176
Tabela 51 – Razão de Prevalência (RP) bruta e ajustada para grau de dependência do tabaco segundo FTDN – Marília/SP, 2014.....	178
Tabela 52 – Frequência absoluta e relativa (%) das opiniões dos participantes sobre a permissão do fumo de tabaco nos serviços de saúde – Marília/SP, 2014	180
Tabela 53 – Frequência absoluta e relativa (%) das opiniões dos participantes sobre a permissão do fumo de tabaco nos serviços de saúde, segundo local do estudo (ASM: Ambulatório de Saúde Mental; HP: Hospital Psiquiátrico; UBS: Unidade Básica de Saúde) – Marília/SP, 2014	180
Tabela 54 – Teste do qui-quadrado e coeficiente V de <i>Cramér</i> para classificação da força das associações entre opiniões e local do estudo.....	181
Tabela 55 – Frequência absoluta e relativa (%) das opiniões dos participantes sobre a permissão do fumo de tabaco nos serviços de saúde, segundo	183
Tabela 56 – Frequência absoluta e relativa (%) das opiniões dos participantes sobre a permissão do fumo de tabaco nos serviços de saúde,.....	185
Tabela 57 – Frequência absoluta e relativa (%) das opiniões dos participantes sobre a permissão do fumo de tabaco nos serviços de saúde,.....	186
Tabela 58 – Frequência absoluta e relativa (%) das crenças dos participantes sobre o fumo de tabaco por pacientes psiquiátricos e sua permissão nos serviços de saúde mental – Marília/SP, 2014	187
Tabela 59 – Frequência absoluta e relativa (%) das crenças sobre o fumo de tabaco por pacientes psiquiátricos e sua permissão nos serviços de saúde.....	188
Tabela 60 – Frequência absoluta e relativa (%) das crenças sobre o uso de tabaco como “instrumento” do cuidado, segundo diagnóstico psiquiátrico, risco atual de suicídio, escore total BPRS e uso de tabaco – Marília/SP, 2014	190
Tabela 61 – Frequência absoluta e relativa (%) das crenças dos fumantes sobre o uso de tabaco, segundo grau de dependência –.....	192

LISTA DE SIGLAS

ANOVA	Análise de Variância
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
ASM	Ambulatório de Saúde Mental
BPRS	Escala Breve de Avaliação Psiquiátrica
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CID	Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas relacionados à Saúde
CONEP	Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
CQCT	Convenção Quadro para Controle do Tabaco
DP	Desvio Padrão
DSM	Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais
EPHG	Enfermaria Psiquiátrica de Hospital Geral
ERPFM	Escala Razões para Fumar Modificada
FTDN	Teste de Dependência à nicotina de Fagerström
GATS	<i>Global Adult Tobacco Survey</i>
HP	Hospital Psiquiátrico
IC	Intervalo de Confiança
IDATE	Inventário de ansiedade traço-estado
OMS	Organização Mundial da Saúde
PETAB	Pesquisa Especial sobre Tabagismo
RP	Razão de Prevalência
SNC	Sistema Nervoso Central
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
UCE	Unidade de Cuidados Especiais
VIF	<i>Variance Inflation Factor</i>
VIGITEL	Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	23
2 REVISÃO DA LITERATURA	27
2.1 PANORAMA GERAL DO USO DE TABACO	27
2.1.1 Perspectiva histórica	27
2.1.2 Dependência do tabaco	30
2.1.3 Como o tabaco é usado	32
2.1.4 Controle do tabagismo.....	36
2.1.5 Prevalência do uso de tabaco na população geral.....	38
2.1.6 Consequências físicas.....	41
2.2 USO DE TABACO PELA POPULAÇÃO PSIQUIÁTRICA.....	44
2.2.1 Prevalência de uso de tabaco entre os portadores de transtornos mentais	44
2.2.2 Influência da indústria de tabaco na cultura das instituições psiquiátricas	50
2.2.3 Desvendando os mitos disseminados pela indústria de tabaco	55
2.2.3.1 Automedicação dos sintomas psiquiátricos	56
2.2.3.2 Falta de interesse em parar de fumar.....	60
2.2.3.3 Não são capazes de parar de fumar	61
2.2.3.4 Agravos dos sintomas psiquiátricos com a retirada do tabaco	64
2.2.3.5 O tabagismo não é preocupação prioritária.....	67
3 OBJETIVO	72
3.1 OBJETIVO GERAL.....	72
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	72
4 MATERIAL E MÉTODO	73
4.1 MODELO DO ESTUDO.....	73
4.2 LOCAIS DO ESTUDO	73
4.2.1 Ambulatório de Saúde Mental	74
4.2.2 Hospital Psiquiátrico	76
4.2.3 UBS Nova Marília	79
4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA	80
4.4 INSTRUMENTOS DE COLETA DOS DADOS	81

4.4.1	Questionário de identificação dos pacientes que frequentam os serviços de saúde mental e de atenção básica	81
4.4.2	Escala de monitoramento de risco de suicídio.....	81
4.4.3	Escala Breve de Avaliação Psiquiátrica – BPRS.....	82
4.4.4	Inventário de ansiedade traço – IDATE	82
4.4.5	Identificação do uso de tabaco	83
4.4.6	Teste de Dependência à Nicotina de Fagerström – FTDN	83
4.4.7	Escala Razões para fumar Modificada – ERPFM.....	84
4.5	ASPECTOS ÉTICOS	84
4.6	AVALIAÇÃO DOS QUESTIONÁRIOS POR JUÍZES E ESTUDO PILOTO	85
4.7	DESENVOLVIMENTO DE APLICATIVO PARA A COLETA DOS DADOS	86
4.8	COLETA DOS DADOS.....	89
4.9	ANÁLISE DOS DADOS	90
5	RESULTADOS	98
5.1	POPULAÇÃO NO PERÍODO INVESTIGADO	98
5.2	CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES	102
5.2.1	Perfil pessoal e sociodemográfico	102
5.2.2	Perfil clínico.....	110
5.3	USO DE TABACO	120
5.3.1	Uso de tabaco segundo perfil pessoal e sociodemográfico.....	123
5.3.2	Uso de tabaco segundo perfil clínico	128
5.3.3	História pregressa e perfil atual do uso de tabaco	137
5.3.4	Grau de dependência do tabaco	150
5.3.5	Razões para fumar	167
5.3.6	Análise multivariada.....	175
5.3.6.1	Fumo atual.....	175
5.3.6.2	Grau de dependência do tabaco.....	177
5.4	OPINIÃO SOBRE O USO DE TABACO NOS SERVIÇOS DE SAÚDE	179
6	DISCUSSÃO	193
7	CONCLUSÕES.....	228

REFERÊNCIAS	229
APÊNDICE	254
ANEXO.....	291

1 INTRODUÇÃO

Os transtornos mentais podem ser responsáveis pela experiência de intenso sofrimento com comprometimento da qualidade de vida, da autoestima, do funcionamento social e laboral, das relações interpessoais e dos vínculos familiares (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014; RITSNER et al., 2012; SHIRAKAWA, 2009; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2013a).

Aos prejuízos emocionais e sociais, vivenciados pelos pacientes psiquiátricos, acresce-se o comprometimento da saúde física e da longevidade, com maior ocorrência de complicações somáticas. Estima-se que os portadores de transtornos mentais graves e persistentes morrem, em média, 25 anos mais cedo do que a população geral, sendo o tabagismo um dos principais responsáveis pela diminuição da sua expectativa de vida (COLTON; MARDERSCHIED, 2006; NATIONAL ASSOCIATION OF STATE MENTAL HEALTH PROGRAM DIRECTORS, 2010; SRIHARI et al., 2013).

O uso de tabaco no meio psiquiátrico é um grave problema de saúde pública. Estima-se que sua frequência entre os portadores de transtornos mentais seja duas a três vezes superior à encontrada nos demais grupos da população. Enquanto a frequência atual de tabagistas na população geral mundial é de 20%, entre os portadores de transtornos mentais graves e persistentes pode chegar a 90% (DE LEON; DIAZ, 2005; LAWRENCE; MITROU; ZUBRICK, 2009; NATIONAL ASSOCIATION OF STATE MENTAL HEALTH PROGRAM DIRECTORS, 2010; SCHROEDER; MORRIS, 2010; OLIVEIRA; FUREGATO, 2012; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2013b).

Embora os portadores de transtornos mentais representem 22% da população dos Estados Unidos, os mesmos são responsáveis pelo consumo de quase metade dos cigarros produzidos no país e por 46% das mortes relacionadas ao tabaco, ressaltando a gravidade da epidemia. Além disso, entre os portadores de transtornos mentais graves e persistentes são encontrados os índices mais elevados de dependência nicotínica e as menores taxas de cessação do tabagismo (AUBIN et al., 2012; DE LEON; DIAZ, 2005; SCHROEDER; MORRIS, 2010).

O elevado consumo de tabaco impacta a vida financeira dos portadores de transtornos mentais, pois comprometem até 30% de sua renda mensal na compra de cigarros, enquanto o

comprometimento de mais de 4% é considerado prejudicial. A dificuldade em ter acesso aos cigarros leva alguns portadores de transtornos mentais a práticas humilhantes como furto de cigarros e fumo de bitucas, comprometendo sua autoestima e o autorrespeito (LAWN; POLS; BARBER, 2002; STEINBERG; WILLIAMS; ZIEDONIS, 2004; WORLD BANK, 2003).

A atual política de controle do tabagismo, apoiada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e adotada por muitos países, incluindo o Brasil, está transformando o modo como o tabaco é visto pela sociedade, resultando em uma nova configuração da epidemiologia do tabagismo. No Brasil, por exemplo, houve redução de 48% da prevalência de tabagistas na população geral no período de 1989 a 2008. Esse decréscimo é resultado de intervenções legais (proibição do fumo nos ambientes coletivos), educacionais (conscientização sobre os malefícios do tabaco à saúde) e econômicas (aumento dos impostos sobre o tabaco) (SZKLO et al., 2012a; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2013b).

Apesar da redução significativa da prevalência de tabagistas na população geral, o controle do uso de tabaco não têm se mostrado eficaz no meio psiquiátrico. A diminuição da aceitação do tabagismo pela sociedade interfere na vida dos portadores de transtornos mentais. O estigma, atualmente associado ao uso de cigarros, concorre para o prejuízo da qualidade de vida desses sujeitos, diminuição de suas possibilidades de inserção no mercado de trabalho e para o isolamento social (NATIONAL ASSOCIATION OF STATE MENTAL HEALTH PROGRAM DIRECTORS, 2010; PROCHASKA, 2011; SCHROEDER, 2009, 2016).

Além disso, admite-se que os transtornos mentais se manifestam de modo mais grave entre os que usam tabaco. Entre eles, há maior ocorrência de surtos (delírios e alucinações), ideação e tentativas de suicídio e necessidade de internações psiquiátricas (AUBIN et al., 2012; KRISHNADAS et al., 2012; PROCHASKA, 2011; WINTERER, 2010).

O reconhecimento dos prejuízos do tabagismo aos portadores de transtornos mentais e a proibição legal do fumo em ambientes coletivos fechados (prevista no Brasil pela Lei 12.546/2011) impõe uma nova exigência aos serviços psiquiátricos: a substituição da permissividade ao uso de tabaco por propostas de intervenção. Para que essa mudança ocorra, o controle do tabagismo exige revisão de conceitos e implica em mudanças de atitudes por ser questão importante para plena recuperação do portador de transtorno mental (AUBIN et al., 2012; BRASIL, 2011a; NATIONAL ASSOCIATION OF STATE MENTAL HEALTH

PROGRAM DIRECTORS, 2010; PROCHASKA et al., 2013; RATSCHEN; BRITTON; MCNEILL, 2011).

As discussões éticas atuais a respeito da permissão do tabagismo nos serviços de saúde envolvem diretamente a equipe de enfermagem que no cotidiano do cuidado cumpre incumbência de distribuir cigarros entre os pacientes. Essa situação exigiu um posicionamento do Conselho Regional de Enfermagem do Estado de São Paulo, o qual, por meio de parecer, posicionou-se contra o fornecimento de cigarros pela enfermagem a pacientes internados em serviços psiquiátricos, o que certamente será estendido aos serviços ambulatoriais e comunitários (SÃO PAULO, 2011).

A reconfiguração da cultura do tabagismo nos serviços de saúde mental, imposta pela proibição do fumo nos ambientes coletivos fechados (lei 12.546/2011), bem como a necessidade de intervir na prevalência elevada de tabagistas entre os portadores de transtornos mentais têm levado os estudiosos a repensarem o papel do enfermeiro nesse processo. Nesse sentido, tem sido reconhecido que a posição que esses profissionais ocupam nos serviços de saúde favorece sua participação no planejamento e na implementação do controle do tabagismo, pois, além de ser a categoria da área da saúde com maior número de profissionais, a enfermagem tem como característica o oferecimento de um cuidado direto e contínuo, o que propicia maior proximidade com os pacientes e os coloca em papel central na equipe de saúde, tornando-se o elo entre os pacientes e os demais membros da equipe. No contexto da internação psiquiátrica, por exemplo, o cuidado ininterrupto oferecido pela enfermagem (24 horas) favorece o conhecimento profundo de cada paciente e de suas necessidades (AMERICAN NURSES ASSOCIATION, 2014; NATIONAL ASSOCIATION OF STATE MENTAL HEALTH PROGRAM DIRECTORS, 2010; O'DONOVAN, 2009).

Segundo Ng et al. (2014), a escolha das ações prioritárias para o controle do uso de tabaco em um país, assim como a avaliação das intervenções em curso, dependem do conhecimento de sua prevalência e do modo como é distribuído na população.

Para que o controle do tabagismo entre os portadores de transtornos mentais seja eficaz, seu planejamento deve ser subsidiado por conhecimento sólido dos fatores envolvidos. Devido à escassez de publicações sobre o tema na população psiquiátrica brasileira, este estudo pretende, ao que se tem conhecimento, pela primeira vez no Brasil, traçar o perfil epidemiológico do uso de tabaco pela população psiquiátrica, comparando-o com o da população geral da rede básica de saúde.

Levanta-se como hipótese que a prevalência de fumantes, no Brasil, é maior entre a população psiquiátrica dos níveis secundário e terciário de atenção do que entre a população geral da rede básica de saúde.

Espera-se que este estudo contribua, a partir do conhecimento produzido, não apenas para aumentar o desempenho da enfermagem no controle do uso de tabaco dos pacientes psiquiátricos, mas também dos demais profissionais da equipe multidisciplinar, visto que o trabalho em equipe é essencial para implementação de um plano de cuidado integral.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 PANORAMA GERAL DO USO DE TABACO

2.1.1 Perspectiva histórica

Relatos históricos sugerem que as primeiras plantações de tabaco foram cultivadas nas Américas 6000 anos antes de Cristo (A.C.). Cinco mil anos depois (1000 anos A.C.), o tabaco foi descoberto pelos aborígenes americanos, os quais passaram a fumá-lo e utilizá-lo para fins terapêuticos.

Substâncias alucinogênicas presentes em algumas variações das plantas do tabaco (*Nicotiana Penicilata* e *Nicotiana Ondulata*) incentivaram seu uso em rituais religiosos. O tabaco recebeu diferentes atributos: mágico; purificador; protetor; encorajador dos guerreiros; preditor do futuro e salvador da humanidade.

O tabaco se espalhou por todo o continente americano. Suas folhas eram enroladas para que pudessem ser fumadas, tendo recebido, no Brasil, o nome de *petun*. Disseminou-se para os demais continentes após 1493, quando Colombo levou para a Europa suas primeiras folhas (BRANDT, 2009; ROSEMBERG, 2003; U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES, 2014).

A introdução do tabaco em alguns países foi acompanhada por polêmicas. Seus efeitos alucinogênicos eram confundidos com possessão demoníaca. Na década de 1630, o fumo foi proibido na Turquia e na China, tendo sido decretada pena de morte para quem contrariasse. Na Rússia, no Sultão e na Pérsia, os fumantes eram mortos após terem o nariz e os lábios mutilados. Alguns produtores de tabaco foram queimados vivos.

Inobstante as polêmicas, o tabaco disseminou-se rapidamente por todas as classes sociais. Os ricos foram os primeiros a conhecê-lo. Alcançou as classes populares por meio dos soldados e dos marinheiros. O fumo, juntamente com o café, era incentivado como símbolo de modernidade.

Em 1577, médicos europeus indicaram que o tabaco poderia ser utilizado para a cura de algumas doenças. O reconhecimento de seu uso terapêutico reforçou a aceitação pela

sociedade. Os tratados de medicina listavam diferentes condições físicas que poderiam ser tratadas com a planta.

Os chefes de estado contrários ao tabaco foram obrigados a aceitá-lo, dado que se transformou na principal fonte de renda, no período do século XVI ao XIX. Em 1776, o presidente dos Estados Unidos, George Washington, pediu ajuda à população para a guerra civil: “Se você não pode enviar dinheiro, envie tabaco” (BRANDT, 2009; ERIKSEN; MACKAY; ROSS, 2012; ROSEMBERG, 2002).

As primeiras referências ao tabaco como prejudicial à saúde ocorreram no início do século XVII. Foi considerado vício, pela primeira vez, em 1604, quando o rei James I da Inglaterra publicou um livro com os dizeres: “É um vício detestável aos olhos, repugnante ao olfato, danoso ao cérebro e perigoso aos pulmões” (BEAR, 2003, tradução nossa).

O primeiro estudo científico sobre a interferência do tabaco na saúde foi realizado pelo inglês John Hill, em 1761. Sugeriu que os usuários de rapé eram mais suscetíveis ao surgimento de pólipos nasais. O primeiro estudo sobre a associação do tabaco com o câncer de pulmão foi realizado, em 1929, na Alemanha (ERIKSEN; MACKAY; ROSS, 2012).

Apesar das primeiras evidências científicas, o uso de tabaco aumentou consideravelmente no princípio do século XX. A invenção do palito de fósforo (1833), a substituição do charuto pelo cigarro (1840) e a criação da máquina produtora de cigarros em larga escala (1881) impulsionaram este aumento. A distribuição de cigarros para os soldados da 1ª e da 2ª Guerra Mundial incentivou sua popularização (BRANDT, 2009; COLE; FIORE, 2014; ERIKSEN; MACKAY; ROSS, 2012; IGLESIAS, 2008; ROSEMBERG, 2002).

Os soldados fumavam nas trincheiras para aliviar o estresse. Na 1ª Guerra Mundial, o capitão americano John Pershing declarou: “Você me pergunta o que precisamos para ganhar esta guerra. Eu respondo, precisamos de tabaco tanto quanto precisamos de balas.” Foi criado o “Fundo do Tabaco” destinado a receber doações de cigarros para serem distribuídos aos soldados americanos (WITSCHI, 2001, p. 5, tradução nossa).

Conforme o consumo de cigarros foi aumentando, os questionamentos sobre os malefícios à saúde tornaram-se frequentes. Nesse contexto, a epidemiologia foi importante, pois permitiu a realização de importantes estudos observacionais com seres humanos sem expô-los a experimentos de laboratório que poderiam colocar em risco sua integridade física (U.S. DEPARTMENT OF HEALTH, EDUCATION, AND WELFARE, 1964; U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES, 2014).

Os estudos mais influentes foram publicados a partir de 1950. Entre eles, destacam-se os estudos caso-controle de Doll e Hill (1950) e de Wynder e Graham (1952), os quais forneciam evidência de associação causal entre tabagismo e câncer de pulmão. Além do maior número de fumantes entre os casos, identificou-se maior quantidade de cigarros fumados por dia e maior tempo de tabagismo. Esses estudos históricos foram peremptórios para que os métodos epidemiológicos fossem aprimorados.

Em 1964, foi divulgada uma das publicações mais importantes sobre o uso de tabaco, “Smoking and Health” do *Office of the Surgeon General*. O relatório apresentava uma revisão de cerca de 7000 publicações sobre o tema, com especial contribuição dos estudos epidemiológicos publicados a partir da década de 1950. As principais conclusões: o tabaco é associado às altas taxas de mortalidade entre os homens; é fator causal para bronquite crônica, câncer de pulmão e de laringe (U.S. DEPARTMENT OF HEALTH, EDUCATION, AND WELFARE, 1964).

Como o intuito de gerar dúvidas sobre as pesquisas que analisavam os prejuízos do tabagismo, a indústria de tabaco questionava o conceito de causalidade, dado que os estudos epidemiológicos eram observacionais e não experimentais. Em resposta, no relatório de 1964 foram especificados os critérios adotados para se inferir relação causal: consistência, força, especificidade, relação temporal e coerência (U.S. DEPARTMENT OF HEALTH, EDUCATION, AND WELFARE, 1964).

O relatório de 1964 foi amplamente reconhecido pela sociedade, tendo sido destaque nos principais veículos de comunicação. Embora não tenha sido o primeiro alerta público sobre os riscos do tabaco, foi o mais impactante, pois transformou a percepção da população sobre o tabagismo (COLE; FIORE, 2014; U.S. DEPARTMENT OF HEALTH, EDUCATION, AND WELFARE, 1964; U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES, 2014).

O alerta sobre os prejuízos do tabaco que hoje se observa nos maços de cigarro é consequência do relatório de 1964. Um ano após sua publicação (1965), o Congresso Americano decretou a “Lei Federal de Rotulagem e Propaganda de cigarros”, a qual estipulava, pela primeira vez, que nos maços deveria constar a advertência quanto ao prejuízo do tabaco à saúde, exemplo hoje seguido por outros países (COLE; FIORE, 2014; U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES, 2014).

2.1.2 Dependência do tabaco

Ruther et al. (2014) indicam diferenças conceituais em relação ao tabagismo na 10ª Revisão da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas relacionados à Saúde (CID-10) e na 4ª edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-IV).

Embora ambos incluam o tabagismo, o DSM-IV destaca a ação da nicotina (“transtornos relacionados à nicotina”), enquanto a CID-10, a do tabaco (“transtornos mentais e comportamentais decorrentes do uso de tabaco”) (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 1994; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2000).

Uma revisão da literatura sugeriu evidências de que não somente a nicotina está envolvida no desenvolvimento da dependência, visto que os fumantes têm a fissura aliviada após fumarem cigarros sem esse constituinte (ROSE, 2006). Nesse sentido, a descrição utilizada na CID-10 é mais conservadora à medida que considera a participação dos demais constituintes do tabaco no desenvolvimento da dependência (RUTHER et al., 2014).

Nota-se que no DSM-V, a classificação “Transtornos relacionados à nicotina” foi substituída por “Transtornos relacionados ao tabaco” (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014).

Ruther et al. (2014) compararam os critérios diagnósticos para dependência entre a CID-10 e o DSM-IV. Seguindo o exemplo, apresenta-se no Quadro 1 comparação dos critérios da CID-10 e do DSM-V. Ressalta-se que para que o diagnóstico de dependência possa ser realizado, é necessária a presença de ao menos três critérios da CID-10 ou dois critérios do DSM-V, nos últimos 12 meses.

Quadro 1 - Comparação dos critérios diagnósticos de dependência do tabaco entre a CID-10 e o DSM-V

CID 10 Síndrome de Dependência (F17.2)	DSM-V Transtorno por Uso de Tabaco (305.1)
<p>(1) Um forte desejo ou senso de compulsão para consumir a substância.</p> <p>(2) Dificuldade em controlar o comportamento de consumir a substância em termos de seu início, término ou níveis de consumo.</p> <p>(3) Um estado de abstinência fisiológico quando o uso da substância cessou ou foi reduzido.</p> <p>(4) Evidência de tolerância, de tal forma que doses crescentes da substância psicoativas são requeridas para alcançar efeitos originalmente produzidos por doses mais baixas.</p> <p>(5) Abandono progressivo de prazeres ou interesses alternativos em favor do uso da substância psicoativa, aumento da quantidade de tempo necessária para obter ou tomar a substância ou para se recuperar de seus efeitos.</p> <p>(6) Persistência no uso da substância, a despeito de evidência clara de consequências manifestamente nocivas.</p> <p style="text-align: right;">(OMS, 2000, p. 74-75)</p>	<p>(1) Tabaco é frequentemente consumido em maiores quantidades ou por um período mais longo do que o pretendido.</p> <p>(2) Existe um desejo persistente ou esforços malsucedidos no sentido de reduzir ou controlar o uso de tabaco.</p> <p>(3) Muito tempo é gasto em atividades necessárias para a obtenção ou uso de tabaco.</p> <p>(4) Fissura ou um forte desejo ou necessidade de usar tabaco.</p> <p>(5) Uso recorrente de tabaco resultando em fracasso em cumprir obrigações importantes no trabalho, na escola ou em casa.</p> <p>(6) Uso continuado de tabaco apesar de problemas sociais ou interpessoais persistentes ou recorrentes causados ou exacerbados pelos seus efeitos (p. ex., discussões com os outros sobre o uso de tabaco).</p> <p>(7) Importantes atividades sociais, profissional ou recreacionais são abandonadas ou reduzidas em virtude do uso de tabaco.</p> <p>(8) Uso recorrente de tabaco em situações nas quais isso representa perigo para a integridade física (p. ex., fumar na cama).</p> <p>(9) O uso de tabaco é mantido apesar da consciência de ter um problema físico ou psicológico persistente ou recorrente que tende a ser causado ou exacerbado por ele.</p> <p>(10) Tolerância.</p> <p>(11) Abstinência.</p> <p style="text-align: right;">(AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014, p. 571)</p>

Metade dos indivíduos que se abstém do tabaco, por no mínimo dois dias, desenvolve sintomas de abstinência – ansiedade, aumento do apetite, depressão, dificuldade de concentração, inquietação, insônia e irritabilidade. Seis em cada dez pessoas que tentam parar de fumar desistem da tentativa em menos de uma semana.

Os sintomas de abstinência frequentemente aparecem nas primeiras 24 horas, sendo mais intensos no segundo e no terceiro dia, perdurando de duas a três semanas. Podem ser precipitados por estímulos associados ao uso de tabaco, por exemplo, lugar onde se costumava fumar, companhias e situações estressantes nas quais se recorria ao tabaco (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014; HUGHES, 2007; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2000).

A partir dos conceitos apresentados, neste estudo foram adotados os termos “dependência” e “abstinência” do tabaco.

2.1.3 Como o tabaco é usado

O uso de tabaco vem se transformando, ao longo dos anos, de modo a se adaptar à cultura e às necessidades sociais. Hoje, são conhecidas diferentes formas de se consumi-lo – desde o tradicional cachimbo até os produtos que envolvem tecnologia, como os cigarros eletrônicos (ERIKSEN; MACKAY; ROSS, 2012; ROSEMBERG, 2002, 2003).

Atualmente, os produtos de tabaco são classificados em dois tipos: tabaco fumado (cigarro industrializado, cigarro de cravo, cigarro enrolado à mão, bidis, cachimbo, sticks, charuto e narguilé) e tabaco não fumado (rapé seco e úmido, fumo de mascar e tabaco solúvel) (BRASIL, 2011b; ERIKSEN et al., 2015).

Pesquisa conduzida nos Estados Unidos revelou que dos 749 tabagistas que utilizam um único produto de tabaco, 71% consomem cigarro, 14,8% charuto, 6% narguilé, 5,7% tabaco de mascar, 2% cigarro eletrônico e 0,5% rapé (LEE et al., 2014).

Os cigarros industrializados representam 96% de todos os produtos comercializados pela indústria de tabaco. Sua clientela se renova, constantemente, com a conquista de novos usuários. A cada dia, cerca de 3.800 jovens americanos fumam seu primeiro cigarro (ERIKSEN; MACKAY; ROSS, 2012; U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES, 2012a).

Os cigarros vêm sendo aperfeiçoados, ao longo dos anos, de modo a aumentar a probabilidade de que as pessoas que o experimentam se tornem dependentes. Para tanto, são adicionados componentes químicos (como acetaldeído, amônia e mentol) com o intuito de facilitar a liberação e absorção da nicotina, além de torná-lo mais palatável (KESSLER, 1994; ROSEMBERG, 2003; STEVENSON; PROCTOR, 2008; U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES, 2010a).

Estudo de coorte acompanhou, por 12 meses, 681 adolescentes (12-13 anos) de Massachusetts, Estados Unidos, a fim de avaliar a manifestação dos primeiros sintomas de dependência do tabaco. Dos 95 fumantes ocasionais (≤ 1 cigarro/mês), 22% apresentaram ao menos um sintoma de dependência nas primeiras quatro semanas após o início do fumo (DIFRANZA et al., 2000).

Há evidência de que os cigarros atuais causam mais dependência do que os de antigamente. Ao analisar diferentes marcas de cigarros dos Estados Unidos, foi identificado, entre 1998 e 2012, aumento do teor de nicotina de 1,65 mg para 1,89 mg por cigarro. O aumento se deve às estratégias para aumentar a liberação de nicotina (tipo de papel utilizado, modificações no filtro, adição de substâncias) (LAND et al., 2014).

Embora antigamente estimava-se a existência de 4500 componentes químicos a partir da combustão do tabaco, hoje admite-se que eles totalizam 7000, dentre os quais destacam-se: acetona; acetileno; alcatrão; arsênico; cádmio; chumbo; cianeto de hidrogênio (gás letal para execução de pessoas); gás butano; metanol; monóxido de carbono; nicotina; fenol; polônio 210; tolueno e cloreto de vinil (ERIKSEN et al. 2015; RODGMAN; PERFETTI, 2013; ROSEMBERG, 2003; U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES, 2012b).

Esses componentes químicos também são encontrados em armas nucleares, asfalto, bateria de carro, combustível de foguete, desinfetante, formicida, gás de escapamento de veículos, inseticida, plástico, removedor de tinta, solvente industrial, tinta velha, tocha de soldagem e veneno de barata (ERIKSEN; MACKAY; ROSS, 2012; IGLESIAS, 2008).

Trezentos americanos foram entrevistados para avaliar o conhecimento sobre os constituintes do tabaco. Os mais conhecidos: nicotina (100%); monóxido de carbono (100%); amônia (99%); arsênico (97%); formaldeído (94%) e benzeno (75%). Os sujeitos se preocupam mais com as substâncias adicionadas ao tabaco do que com os constituintes que surgem naturalmente com sua combustão (HALL; RIBISL; BREWER, 2014).

A fim de amenizar a preocupação da população em relação aos constituintes do tabaco, foram introduzidos cigarros com baixo teor de nicotina e alcatrão, conhecidos como cigarros “*light*”, “*mild*” ou “*ultralight*” (U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES, 2001; 2010a, 2010b).

Das 216 marcas de cigarros comercializadas nos Estados Unidos, entre 1998 e 2012, aproximadamente 60% eram rotuladas com um desses termos (LAND et al., 2014). Em 2009, 52,7% dos fumantes americanos, ≥ 12 anos de idade, utilizavam cigarros “*light*”. Maior número de usuários desse tipo de cigarro entre mulheres, pessoas com mais idade e com melhor poder aquisitivo (BEHM et al., 2013).

Ao investigar 9046 fumantes da Austrália, Canadá, Estados Unidos e Reino Unido, constatou-se que 27,2% dos australianos, 16,1% dos canadenses, 27,5% dos americanos e

43% dos ingleses acreditam que o cigarro “*light*” seja menos prejudicial à saúde do que o cigarro tradicional. Para a maioria, a fumaça é mais suave (BORLAND et al., 2004).

Embora tenha prevalecido, por muitos anos, a ideia de que os cigarros “*light*” ocasionem menos prejuízos aos fumantes, reconhece-se a introdução desses produtos como uma tática da indústria de tabaco para ludibriar a população.

Nos testes realizados em laboratório, os cigarros “*light*” apresentam menor teor de nicotina e de alcatrão porque são fabricados com menor quantidade de tabaco e apresentam no filtro pequenos orifícios de ventilação que permitem a entrada do ar externo, diminuindo a concentração dos constituintes da fumaça. Os testes de laboratório, contudo, não retratam o que ocorre na população.

A fumaça do cigarro “*light*”, quando inalada pelo ser humano, apresenta o triplo de nicotina e alcatrão mensurados no laboratório, pois o fumante utiliza mecanismos compensatórios para obter a quantidade necessária de nicotina para satisfazer a dependência (tragadas mais frequentes, longas e intensas). Além disso, o fumante veda, com os dedos e os lábios, os orifícios de ventilação do filtro. Ao produzir pressão negativa no filtro do cigarro “*light*”, inala-se uma fumaça mais concentrada em constituintes químicos (BEHM et al., 2013; ERIKSEN; MACKAY; ROSS, 2012; HAMMOND et al., 2007; ROSEMBERG, 1987; 2003; U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES, 2001, 2010b).

Devido à discrição, os produtos de tabaco sem fumaça estão conquistando espaço em uma sociedade cada vez mais intolerante ao fumo nos ambientes públicos. Entre 2000 e 2010, sua comercialização, à nível mundial, aumentou 59% (ERIKSEN; MACKAY; ROSS, 2012).

Os produtos sem fumaça são mais utilizados na Ásia do Sul. Enquanto sua prevalência é $\geq 20\%$ na Índia, Bangladesh e Myanmar, no Brasil, é menor que 1% (BRASIL, 2011b; ERIKSEN; MACKAY; ROSS, 2012).

Estudo com 1836 americanos identificou ser frequente a substituição do cigarro pelos produtos sem fumaça entre aqueles que desejam parar de fumar. Dentre os 632 sujeitos que haviam experimentado produtos alternativos ao cigarro industrializado, 21% utilizaram o tabaco não fumado como tentativa de parar de fumar (POPOVA; LING, 2013).

Atualmente, os cigarros eletrônicos são tema em voga, sendo notável sua popularização e o interesse dos pesquisadores. Em 2010, eram encontradas apenas três referências sobre o assunto no PubMed. No final de 2013, eram 113 (BRODY, 2014).

Pesquisas com a população dos Estados Unidos revelam que o número de pessoas que têm conhecimento sobre a existência dos cigarros eletrônicos está aumentando com o decorrer dos anos: 2009 (16,4%); 2010 (32,2%); 2012 (75%); 2013 (86%) (PEPPER et al., 2014; REGAN et al., 2013; ZHU et al., 2013).

Os cigarros eletrônicos são constituídos por bateria, microchip, cartucho substituível com conteúdo líquido (nicotina, propilenoglicol e água) e câmara de vaporização produtora de aerossol. Utilizam calor, alimentado pela bateria, para vaporizar a nicotina e os demais componentes líquidos. O sensor mecânico identifica quando o fumante inala, ativando o microchip responsável pelo controle da temperatura da câmara de vaporização (ABRAMS, 2014; BERTHOLON et al., 2013; BRASIL, 2014a).

Os primeiros cigarros eletrônicos foram fabricados, em 2003, na China, com a promessa de serem menos prejudiciais à saúde, uma vez que não promovem a queima do tabaco. Recentemente, contudo, foram identificados componentes tóxicos e carcinogênicos no vapor produzido por esses cigarros, embora em quantidade inferior à encontrada nos cigarros comuns (BRODY, 2014; GONIEWICZ et al., 2014; KOSMIDER et al., 2014).

Teme-se que os cigarros eletrônicos venham contribuir para a diminuição da probabilidade dos fumantes pararem de fumar e incentivem o fumo entre os ex-fumantes e os não fumantes (FRIEDEN, 2014). No Brasil, a ANVISA proíbe sua comercialização, importação e propaganda, justificando que não há evidências científicas de que seja seguro (BRASIL, 2009a).

Após conhecer as particularidades de alguns produtos do tabaco, é importante esclarecer que muitas vezes esses produtos não são utilizados de forma isolada. Uma recente pesquisa (n= 3507) revelou que 10% da população dos Estados Unidos fazem uso simultâneo de múltiplos produtos de tabaco. Esse comportamento é mais frequente entre os homens, os jovens, os solteiros e aqueles com tentativas prévias de parar de fumar (LEE et al., 2014).

O uso de múltiplos produtos de tabaco traz sérias consequências para o indivíduo. Além de aumentar o risco de prejuízos à saúde, eleva o grau de dependência do tabaco, tornando mais difícil parar de fumar (POST et al., 2010).

2.1.4 Controle do tabagismo

A Convenção Quadro para Controle do Tabaco (CQCT), aprovada em 2003, é uma iniciativa da Organização Mundial da Saúde para controlar a epidemia mundial do tabagismo. Em julho de 2014, 179 países haviam assinado o tratado, comprometendo-se a desempenharem esforços para diminuir a prevalência de uso de tabaco em sua população (BRASIL, 2014b; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014).

A fim de orientar os países, foram definidas seis ações a serem implementadas, conhecidas como MPOWER: 1) Monitorar o uso de tabaco e as políticas de prevenção (*Monitor*); 2) Proteger as pessoas da fumaça do tabaco (*Protect*); 3) Oferecer ajuda para parar de usar tabaco (*Offer*); 4) Advertir sobre os perigos do tabaco (*Warn*); 5) Fazer cumprir as proibições de publicidade (*Enforce*) e 6) Aumentar os impostos sobre o tabaco (*Raise*). Estima-se que um terço da população mundial é beneficiada por ao menos uma dessas ações. No Brasil, a CQCT entrou em vigor em 2006 por meio do Decreto nº 5658 (BRASIL, 2006; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2013b).

Entre as ações da MPOWER, vem se destacando o aumento dos impostos sobre os produtos de tabaco. Acredita-se que essa intervenção proteja principalmente os jovens e os mais pobres. Evidências sugerem que o aumento do preço dos cigarros está relacionado às tentativas de parar de fumar e à diminuição do consumo entre aqueles que permanecem fumando (CHALOUPIKA; YUREKLI; FONG, 2014).

No Brasil, foi estipulado, a partir de 2012, valor mínimo de R\$ 3,00 para o maço de cigarros, com acréscimo anual de R\$ 0,50 até 2015 (BRASIL, 2011a). Estudo brasileiro com 500 fumantes investigou o que eles fariam em resposta ao aumento do valor dos cigarros, tendo sido possível a escolha de mais de uma alternativa: 52,1% parariam de fumar; 46,8% diminuiriam o número de cigarros; 30,6% trocariam por uma marca mais barata e 48,1% recorreriam ao mercado ilegal. Após ajustar para sexo, idade, número diário de cigarros e estágio de motivação para mudança, os sujeitos com ≤ 9 anos de escolaridade e aqueles que fumam o primeiro cigarro após 30 minutos de terem acordado (indicador de dependência leve) são mais prováveis de pararem de fumar ou diminuir o número de cigarros em resposta ao aumento dos impostos. Ressalta-se que essas características estão presentes na maioria dos fumantes brasileiros (GIGLIOTTI et al., 2014).

Eriksen, Mackay e Ross (2012) expõem que o aumento de impostos é o modo mais efetivo para diminuir o consumo de tabaco, pois a compra desses produtos está condicionada

ao seu preço e à renda disponível. Embora os cigarros sejam mais caros nos países de alta renda, são mais acessíveis, pois a população tem mais recursos para adquiri-los. Economistas explicam que o número de horas que uma pessoa precisa trabalhar para comprar o cigarro está vinculado ao acesso ao produto. Diante disso, a melhora da economia de países como China, Líbia e Rússia torna o tabaco mais acessível para a população, aumentando seu consumo. Enquanto na Venezuela, um trabalhador precisa trabalhar mais de uma hora para comprar um maço de cigarros, na Indonésia são necessários menos de cinco minutos e no Brasil cerca de 20 minutos. Estima-se que de 2000 a 2010, o comprometimento da renda com a compra de cigarros aumentou 10,1% nos países de alta renda (menor acessibilidade) e diminuiu 21,7% nos países de renda baixa e média (maior acessibilidade).

A CQCT retrata os esforços da Organização Mundial da Saúde e dos governos aliados para controlar o avanço da indústria de tabaco. Apesar da iniciativa, estima-se que a maioria dos que desejam parar de fumar não recebe tratamento específico. Enquanto a indústria investe, anualmente, mais de oito bilhões de dólares na comercialização de seus produtos, menos de 1% dos impostos arrecadados pelos governos a partir desses produtos é direcionado para ações de controle do tabagismo, o que equivale a menos de um bilhão de dólares (ERIKSEN; MACKAY; ROSS, 2012; FRIEDEN, 2014; SCHROEDER; KOH, 2014).

No Brasil, a Lei antifumo nº 12.546 foi regulamentada por meio do Decreto nº 8262 de maio de 2014. A lei estabelece a proibição do fumo nos recintos coletivos fechados ou parcialmente fechados. Exceção está prevista para os serviços de saúde nos quais a equipe médica autorize os pacientes a fumarem, sendo nesses casos obrigatória a utilização de isolamento e sistemas de ventilação para proteger os trabalhadores do fumo passivo, o que não retrata a realidade da maioria dos serviços de saúde pública do Brasil (BRASIL, 2011a, 2014c).

De acordo com o Departamento de Saúde e Ciências Humanas dos Estados Unidos, não há evidência de que os sistemas de ventilação ou o isolamento de fumantes sejam eficazes para proteger os não fumantes da exposição à fumaça do tabaco (U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES, 2006).

A elaboração e implementação de leis e decretos é apenas o início do controle do uso de tabaco e não o objetivo final. Assim, o cumprimento das leis deve ser monitorado rigorosamente, de modo que a população se beneficie das estratégias políticas.

2.1.5 Prevalência do uso de tabaco na população geral

Em 2014, completaram-se 50 anos do relatório “*Smoking and Health*” do *Office of the Surgeon General*. Sua repercussão impulsionou o avanço das pesquisas sobre o tema com busca das melhores evidências científicas, tendo interferido na epidemia do tabagismo (FRIEDEN; 2014; SCHROEDER; KOH, 2014; U.S. DEPARTMENT OF HEALTH, EDUCATION, AND WELFARE, 1964; U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES, 2014).

Em 1964, aproximadamente, 43% dos americanos fumavam cigarros. Em 2012, a prevalência era de 18%. Ademais, houve mudança no consumo de cigarros. No período de 1965 a 1995, os americanos fumavam, em média, 20 cigarros por dia. Em 2012, a média diária era de 13 cigarros (SCHROEDER, 2012; U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES, 2014).

Foi analisada a prevalência do tabagismo em 187 países, de 1980 a 2012. Ao final das três décadas, constatou-se que a prevalência havia diminuído de 41,2% para 31,1%, entre os homens, e de 10,6% para 6,2%, entre as mulheres. A média anual de redução da prevalência foi maior no sexo feminino (1,7% para as mulheres e 0,9% para os homens) (NG et al., 2014). No Brasil, observou-se redução de 48% da prevalência de uso de tabaco na população geral $\geq$ 18 anos, entre 1989 e 2008 (BRASIL, 2011c).

Ao comparar dois estudos epidemiológicos transversais com amostras representativas da população brasileira $\geq$ 15 anos (14.455 sujeitos em 1989 e 39.425 sujeitos em 2008), constatou-se que a prevalência do uso de tabaco reduziu de 31,3%, em 1989, para 17,1%, em 2008. A redução média anual foi de 0,8%. Maior redução ocorreu entre os homens, os jovens (15-34 anos) e aqueles com $\geq$ 9 anos de escolaridade. Em 1989, os brasileiros fumavam, em média, 13,3 cigarros por dia. Em 2008, reduziu-se para 11,8 (SZKLO et al., 2012a, 2012b).

Atualmente, 20% da população mundial fazem uso de tabaco (800 milhões de homens e 200 milhões de mulheres). Na maioria dos países, sua prevalência, entre as mulheres, é inferior a 10% (ERIKSEN; MACKAY; ROSS, 2012; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2013b).

Holdorf et al. (2014) calculam que se ações de controle do tabagismo não tivessem sido implementadas a partir de 1964, a prevalência de uso de tabaco, em 2012, poderia ter alcançado 64% entre os homens e 62% entre as mulheres. Além disso, as mortes atribuídas ao

tabaco teriam aumentado para 48%. Desse modo, estima-se que o controle do tabagismo contribuiu para que oito milhões de mortes prematuras fossem evitadas entre 1964 e 2012.

Embora a prevalência do uso de tabaco tenha diminuído, estima-se que o número de fumantes mundiais aumentará, nos próximos anos, em resposta à expansão populacional nos países em desenvolvimento. Com efeito, entre 2006 e 2012, observou-se, para ambos os sexos, desaceleração da taxa média anual de redução do tabagismo (0,9%), em comparação ao período de 1996 a 2006 (1,7%) (ERIKSEN; MACKAY; ROSS, 2012; NG et al., 2014).

A partir de 2006, foi verificado aumento do número de fumantes em países com grande número populacional como Bangladesh, China, Indonésia e Rússia. Em 2012, a China e a Indonésia, juntamente com outros dez países, concentravam 40% dos 967 milhões de fumantes mundiais. Em 1980, eram 721 milhões de fumantes. Entre 1980 e 2012, houve aumento de 26% na produção de cigarros (NG et al., 2014).

Hoje, a indústria de tabaco produz, anualmente, cerca de 6 trilhões de cigarros. Arrecada-se meio trilhão de dólares com sua comercialização, o que responde por 92% da receita total da venda de produtos de tabaco. Entre 2002 e 2012, foram produzidos 43 trilhões de cigarros (ERIKSEN; MACKAY; ROSS, 2012).

O tabagismo está aumentando, em torno de 3,4% ao ano, nos países em desenvolvimento e diminuindo nos países desenvolvidos. Em 2005, 80% dos fumantes provinham de países pobres (BOUTAYEB; BOUTAYEB, 2005; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2013b). Entre 2006 e 2012, a média anual de declínio da prevalência do uso de tabaco foi maior nos países desenvolvidos (1,1%) do que nos países em desenvolvimento (0,7%) (NG et al., 2014).

Dos sete países que apresentavam, em 2012, prevalência de tabagistas do sexo masculino $\geq 50\%$, seis eram países em desenvolvimento: Arménia; Indonésia; Kiribati; Laos; Papua Nova Guiné e Timor Leste (NG et al., 2014).

Ao comparar, por grupo etário, a prevalência do tabagismo em 187 países, constatou-se, em 2012, aumento importante do número de homens usuários de tabaco das idades de 15-19 anos para 20-24 anos, tanto nos países desenvolvidos como nos países em desenvolvimento, sugerindo que a maioria das pessoas torna-se fumante nessa faixa etária (NG et al., 2014). No Brasil, a maioria começa a fumar entre 17 e 19 anos (BRASIL, 2011b).

A prevalência de uso de tabaco no sexo masculino é diferente nos países ricos e pobres. Aumenta progressivamente, em todo o mundo, até a idade de 30-34 anos, porém com

maior número de fumantes nos países desenvolvidos. A partir de 35-39 anos, ocorre uma inversão – enquanto a prevalência, entre os homens, permanece crescendo nos países em desenvolvimento, passa a declinar nos desenvolvidos (NG et al., 2014).

Nos países em desenvolvimento, o uso de tabaco predomina entre os homens com 45 a 49 anos de idade e, nos países desenvolvidos, entre 30 a 34 anos (NG et al., 2014).

A prevalência de uso de tabaco, entre as mulheres, é inferior à dos homens, tanto nos países desenvolvidos (17,2% *versus* 30,1%) como em desenvolvimento (3,7% *versus* 32%), com exceção da Suécia e de Nauru (ERIKSEN; MACKAY; ROSS, 2012; NG et al., 2014).

As maiores prevalências, entre as mulheres, foram encontradas na Bulgária (31%), Grécia (35%) e Kiribati (31,3%) (NG et al., 2014).

Nos países desenvolvidos, o maior número de mulheres fumantes concentra-se na faixa etária dos 20 aos 49 anos. Entre as mulheres dos países em desenvolvimento, aumenta discretamente conforme o avançar da idade (NG et al., 2014).

Onze países em desenvolvimento da África e da Ásia apresentaram, em 2012, prevalência de uso de tabaco, entre as mulheres, $\leq 1\%$: Argélia; Azerbaijão; Camarões; Eritreia; Etiópia; Gâmbia; Lesoto; Líbia; Marrocos; Omã; Sri Lanka e Sudão. A menor prevalência, entre os homens, foi encontrada na Nigéria (7%) (NG et al., 2014).

A diferença da prevalência do uso de tabaco entre os sexos e entre os países incide no percentual de mortalidade. Mundialmente, 16% das mortes entre os homens e 7% das mortes entre as mulheres são consequências de doenças relacionadas ao tabagismo. Em 2011, 80% das mortes devido ao tabaco ocorreram nos países em desenvolvimento (ERIKSEN; MACKAY; ROSS, 2012).

Cinquenta por cento dos fumantes morrem, em todo o mundo, devido às doenças relacionadas ao tabaco, o qual foi responsável por 100 milhões de mortes no século XX. Nos Estados Unidos, o número de mortes relacionadas ao tabaco é 10 vezes maior do que o total de mortes ocorridas em todas as guerras nacionais (ERIKSEN; MACKAY; ROSS, 2012; U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES, 2014; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2013b).

O total mundial de mortes, por ano, devido ao tabaco triplicou entre 2002 (2,1 milhões) e 2012 (6 milhões). Hoje, estima-se uma morte a cada seis segundos. Se a tendência prosseguir, presume-se que haverá oito milhões de mortes em 2030. Ao final do século XXI,

poderá totalizar um bilhão (ERIKSEN; MACKAY; ROSS, 2012; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2013b).

Devido às mortes relacionadas ao tabaco e ao fortalecimento das políticas de controle do tabagismo (aumento dos ex-fumantes), a indústria tem por desafio recuperar o número de fumantes perdidos. Para tanto, bilhões de dólares são investidos, anualmente, em publicidade, promoções e patrocínios. Um terço dos jovens fuma o primeiro cigarro por influência desses artifícios (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2013b).

Na disputa por novos clientes, estratégias de marketing são vitais para as companhias de cigarros, uma vez que os fumantes costumam ser fiéis à marca de cigarros escolhida. Em Massachusetts, Estados Unidos, 721 jovens de 10 a 17 anos foram entrevistados a fim de conhecer suas experiências com o tabaco. Dos 128 que se declararam fumantes, 51% permanecem fumando a mesma marca do primeiro cigarro que experimentaram na vida (DIFRANZA et al., 1994; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2013b).

A necessidade de conquistar novos clientes, a menor prevalência de uso de tabaco entre as mulheres e a mudança do papel feminino na sociedade incentivam a indústria de tabaco a empenhar esforços para conquistar o público feminino. Como consequência, estima-se que a prevalência de fumantes, entre as mulheres, poderá dobrar, entre 2005 e 2025 (AMOS et al., 2012; ERIKSEN; MACKAY; ROSS, 2012; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2013b).

Com efeito, foi verificado, no Brasil, desaceleração da média anual de redução da prevalência do tabagismo, entre as mulheres, entre 1996-2006 (1,9%) e 2006-2012 (1,3%). O contrário foi observado entre os homens (1,2% *versus* 2,2%) (NG et al., 2014).

Diferente do que ocorre entre os adultos, em ao menos 25 países, a prevalência de uso de tabaco, entre aqueles com 13 a 15 anos de idade, é maior no sexo feminino. Em 2010, foi constatado, na cidade de São Paulo (Brasil), prevalência de uso de tabaco 4% maior entre as meninas. Como consequência, no futuro poderá haver maior prevalência de fumantes entre as mulheres adultas do que atualmente (ERIKSEN; MACKAY; ROSS, 2012).

2.1.6 Consequências físicas

Os agravos do tabaco à saúde comumente aparecem uma a três décadas após o início do seu consumo, caracterizando-os como passíveis de prevenção. As doenças não

transmissíveis (cardiovasculares, respiratórias, diabetes e câncer) foram responsáveis por 63% das mortes mundiais, em 2008, sendo o tabaco fator de risco para essas doenças (ELMOR, 2009; ERIKSEN; MACKAY; ROSS, 2012; U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES, 2010a; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2013c).

Embora existam diferentes opções de se usar o tabaco (chupado, inalado, mascado, entre outras), nenhuma delas é segura (ERIKSEN; MACKAY; ROSS, 2012).

Os países com maior risco para doenças associadas ao tabagismo são aqueles em que há alta prevalência e intensidade (≥ 20 cigarros por dia) do uso de tabaco, sendo eles, China, Grécia, Irlanda, Itália, Japão, Uruguai, Suíça, Rússia, entre outros (NG et al., 2014).

No Quadro 2, são listados os principais agravos do uso de tabaco, conforme apresentados por Eriksen, Mackay e Ross (2012), Rosemberg (2002) e U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES (2014).

Quadro 2 – Agravos do tabaco à saúde

Sistema	Agravos
✓ Auditivo	✓ Infecção de ouvido; perda da audição
✓ Cardiovascular	✓ Acidente vascular cerebral (AVC); aneurisma da aorta; arteriosclerose; doença coronariana; infarto do miocárdio; vasculopatias periféricas
✓ Digestório	✓ Câncer de boca, orofaringe, esôfago, fígado, gástrico, de cólon e pancreático; diminuição do paladar; halitose; úlcera péptica
✓ Endócrino	✓ Diabetes
✓ Esquelético	✓ Fratura de quadril; osteoporose
✓ Imunológico	✓ Artrite reumatoide; diminuição da resistência contra infecções
✓ Reprodutor feminino	✓ Câncer cervical e de mama; dismenorreia; endometriose; gravidez ectópica; infertilidade; menopausa precoce
✓ Reprodutor masculino	✓ Impotência; infertilidade
✓ Respiratório	✓ Asma; câncer cavidades nasais, brônquios, pulmão, seios sinusais, traqueia; doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC); infecções respiratórias; pneumonia, prejuízo do olfato; tosse crônica; tuberculose
✓ Tegumentar	✓ Acne; descoloração capilar; envelhecimento precoce; psoríase; rugas.
✓ Urinário	✓ Câncer de rim, bexiga e ureter
✓ Visual	✓ Catarata; cegueira (degeneração macular)

Os fumantes têm risco quatro vezes maior do que os não fumantes de desenvolverem doença coronariana, acidente vascular cerebral e diabetes tipo 2, 13 vezes maior de morrerem por DPOC e 25 vezes maior de desenvolverem câncer de pulmão. Contudo, parar de fumar até os 30 anos de idade torna a saúde semelhante à dos nunca fumantes. Após cinco anos sem fumar, o risco de acidente vascular cerebral e de câncer de boca, esôfago e bexiga se

assemelha ao dos não fumantes. Para que o risco de desenvolver câncer de pulmão diminua pela metade, são necessários 10 anos sem fumar (U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES, 2010a, 2014).

Estima-se que 600.000 pessoas morrem, a cada ano, em decorrência do fumo passivo, sendo três quartos mulheres e crianças. Principais agravos entre adultos: acidente vascular cerebral; câncer de pulmão; doença coronariana; DPOC e parto prematuro. Principais agravos entre as crianças: asma; baixo peso ao nascer; doenças respiratórias; infecção de ouvido e leucemia. Acredita-se que um terço das mortes súbitas em crianças da Europa ocorre devido ao fumo passivo (ERIKSEN; MACKAY; ROSS, 2012; U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES, 2014).

A fumaça do cigarro é dividida em dois tipos, fumaça principal (inalada diretamente pelo fumante ativo) e fumaça lateral (da ponta de cigarro direto para o ar). Os fumantes ativos e o passivos inalam os dois tipos de fumaça, porém destaca-se que a fumaça lateral, inalada em maior quantidade pelo fumante passivo, é mais tóxica, pois não passa pelo filtro do cigarro, além de ser mais fria, com maior preservação das partículas tóxicas (BRASIL, 2009b; ERIKSEN; MACKAY; ROSS, 2012).

Imediatamente após exposição involuntária à fumaça do cigarro, o não fumante apresenta alterações fisiológicas como alteração no endotélio, vasoconstrição e formação de trombos. Trinta minutos de exposição são suficientes para interferir na circulação sanguínea (LAW; MORRIS; WALD, 1997; OFFICE OF ENVIRONMENTAL HEALTH HAZARD ASSESSMENT, 1997).

Apesar dos índices atuais ainda alarmantes, estima-se que as ações de controle do tabagismo contribuíram para o ganho de 157 milhões de anos de vida da população dos Estados Unidos, entre 1964 e 2012, estando associadas ao aumento de cerca de 30% da expectativa de vida dos americanos (HOLFORD et al., 2014).

2.2 USO DE TABACO PELA POPULAÇÃO PSIQUIÁTRICA

Embora a prevalência mundial do uso de tabaco tenha diminuído nas últimas décadas, permanece um sério problema de saúde pública (HOLDORF et al., 2014; RUTHER et al., 2014; SCHROEDER, 2009).

Ao analisar o panorama atual do tabagismo, observa-se uma transformação em sua distribuição. Se outrora, acometia a população como um todo, hoje, afeta, principalmente, as pessoas mais vulneráveis – pobres, menos estudados, homossexuais, usuários de álcool e drogas ilícitas e portadores de transtornos mentais (COLE; FIORE, 2014; SCHROEDER; KOH, 2014; U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES, 2014).

A redução da prevalência do uso de tabaco na população em geral e a pouca atenção dada aos grupos vulneráveis levou à equívoca interpretação de que o problema estava solucionado. Diante dessa perspectiva, reduziram-se os investimentos públicos em ações de controle do tabagismo. A indústria de tabaco, todavia, continuou inovando o mercado para conquistar novos consumidores (SCHROEDER; KOH, 2014).

2.2.1 Prevalência de uso de tabaco entre os portadores de transtornos mentais

Cook et al. (2014) compararam a prevalência de fumantes, entre 165.269 americanos, em dois períodos: 2004-2005 e 2010-2011. Foi identificado declínio significativo da prevalência, ajustado para as covariáveis sociodemográficas, apenas para a população geral (-2,7%). O declínio na população de portadores de transtornos mentais foi -0,4%.

Talati et al. (2013) investigaram 4326 americanos, divididos em sete coortes, de acordo com o ano de nascimento: nascidos antes da década de 1930, décadas de 1930, 1940, 1950, 1960, 1970 e 1980. Observou-se redução do número de fumantes das coortes mais antigas em relação às coortes mais recentes. A maior porcentagem de fumantes (40%) foi encontrada entre os sujeitos nascidos nas décadas de 1940 e 1950, ao passo que a menor porcentagem (18%) entre os nascidos na década de 1970 e 1980. Apesar da redução do número de fumantes, a associação entre uso de tabaco e transtornos mentais tornou-se evidente nas coortes recentes.

No Canadá, foi investigada a associação entre uso de tabaco e depressão em três períodos distintos (1952, 1970 e 1992). Verificou-se evidência de associação entre tabagismo e depressão apenas na amostra da década de 1992, possivelmente devido ao declínio expressivo da prevalência de fumante na população geral (MURPHY et al., 2003).

A prevalência atual de uso de tabaco entre os portadores de transtornos mentais é duas a três vezes superior à encontrada na população em geral. Apresentam maior grau de dependência nicotínica e enfrentam mais dificuldades ao tentarem parar de fumar (COOK et al., 2014; DE LEON; DIAZ, 2005; GRANT et al., 2004; HARTZ et al., 2014; LASSER et al., 2000; MCCLAVE et al., 2010; POIRIER et al., 2002).

Os portadores de transtornos mentais representam metade dos americanos dependentes de tabaco. Destaca-se que a prevalência atual de fumantes entre os esquizofrênicos americanos (59,1%), é maior do que à encontrada, em 1965, na população geral dos Estados Unidos (43%), quando ainda não estavam em vigência ações efetivas de controle do uso de tabaco (EVINS et al., 2014; GRANT et al., 2004; MCCLAVE et al., 2010; U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES, 2014).

Levantamento realizado com a população americana ≥ 18 anos de idade ($n= 138.000$), entre 2009 e 2011, revelou que a prevalência de fumantes (36,1% *versus* 21,4%) e o consumo médio de cigarros, no mês anterior à pesquisa (331 *versus* 310), foram maiores entre os portadores de transtornos mentais do que entre a população geral. Ainda, a taxa de cessação do tabagismo foi menor entre a população psiquiátrica (34,7% *versus* 53,4%) (CENTER FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION, 2013).

Destaca-se a maior prevalência de uso de tabaco e maior intensidade da dependência entre os portadores de transtornos mentais graves em relação aos portadores dos demais transtornos mentais (DE LEON; DIAZ, 2005; GRANT et al., 2004; LASSER et al., 2000; NATIONAL INSTITUTE OF HEALTH, 2014).

Em um estudo americano, foram investigados 9142 portadores de transtornos mentais (esquizofrênicos, esquizoafetivos e bipolares) e 10.195 controles (população geral). Ao ajustar por idade, sexo, etnia e local da coleta dos dados, a chance de encontrar fumantes diários entre os portadores de transtornos mentais é 5,11 vezes maior do que entre os controles. A prevalência de fumantes diários entre os grupos: transtorno esquizoafetivo – subtipo bipolar (79%); transtorno esquizoafetivo – subtipo depressivo (73%); esquizofrenia (72%); transtorno bipolar (71%); controles (29%) (HARTZ et al., 2014).

Metanálise com 42 estudos, conduzidos em 20 países, investigou 7593 indivíduos com diagnóstico de esquizofrenia. A prevalência de fumantes, entre os esquizofrênicos dos diferentes países, foi de 62% (14% a 88%). A chance de encontrar fumantes entre os esquizofrênicos é 1,9 vezes maior em comparação aos portadores de outros transtornos mentais e 5,3 vezes maior em relação à população geral mundial. Ademais, identificou-se menor prevalência de cessação do uso de tabaco entre os esquizofrênicos (4% a 17%) em relação aos portadores de outros transtornos mentais (9% a 29%) e à população em geral (14% a 49%) (DE LEON; DIAZ, 2005).

Estudo brasileiro com 83 esquizofrênicos, internados em duas unidades psiquiátricas, evidenciou que 57,8% dos sujeitos eram fumantes, dentro os quais, 56,7% eram classificados como fumantes pesados (≥ 8 pontos no teste de dependência nicotínica de Fagerström) (CHAVES; SHIRAKAWA, 2008).

De modo semelhante, estudo com 96 fumantes brasileiros, portadores de transtornos mentais e internados em enfermaria psiquiátrica de hospital geral, revelou que 53,2% eram classificados com grau de dependência do tabaco elevado ou muito elevado. Maior concentração de fumantes com dependência elevada/muito elevada (59%) foi encontrada entre os portadores de transtornos mentais graves (esquizofrenia, transtorno esquizoafetivo, do humor e da personalidade) (OLIVEIRA et al., 2014a).

Levantamento domiciliar com 23.393 americanos, em 2007, constatou que 59,1% dos esquizofrênicos e 46,4% dos portadores de transtorno bipolar fumavam cigarros. Os esquizofrênicos foram os que menos apresentaram tentativas de parar de fumar no ano que antecedeu a pesquisa (38,9%), se comparados aos sujeitos com transtorno bipolar (50,5%), transtorno de hiperatividade (47,9%), fobias (43,5%) e àqueles sem diagnóstico psiquiátrico (41,8%) (MCCLAVE et al., 2010).

Ao ajustar por idade, verificou-se que a prevalência de fumantes aumenta conforme o número de diagnósticos psiquiátricos, apresentado por um único sujeito: nenhum diagnóstico (18,3%); um diagnóstico (31,9%); dois diagnósticos (41,8%); $\geq$ três diagnósticos (61,4%). De modo congruente, quanto maior a quantidade de diagnósticos, menor o número de indivíduos que tentaram parar de fumar no ano precedente: um diagnóstico (45,9%); dois diagnósticos (44,9%); $\geq$ três diagnósticos (42,2%) (MCCLAVE et al., 2010).

No estudo de Lasser et al. (2000), amplamente referenciado na literatura científica, 40,6% dos 4411 americanos investigados, entre 1991 e 1992, enfrentaram algum problema

psiquiátrico no mês anterior à pesquisa. Foi observada relação dose-resposta entre o número de diagnósticos psiquiátricos e a prevalência total de fumantes, assim como entre o número de diagnósticos e a prevalência de fumantes pesados (≥ 24 cigarros por dia). Entre os sujeitos com múltiplos diagnósticos, foram encontradas as maiores prevalências de fumantes e de uso pesado do tabaco.

Recentemente, foram investigados, nos Estados Unidos, 32.156 portadores de transtornos mentais não institucionalizados e 133.113 controles da população geral. A prevalência de fumantes foi maior na população psiquiátrica (28,2%) do que na população geral (17,5%). Diferença na prevalência, entre os dois grupos, permaneceu após ajuste das covariáveis idade, sexo, estado civil, renda, educação e emprego (COOK et al., 2014).

Além da maior prevalência de fumantes e do grau mais elevado de dependência do tabaco, os portadores de transtornos mentais fumam de modo diferente dos demais sujeitos, obtendo mais nicotina por cigarro fumado. Ao investigar 75 fumantes esquizofrênicos e 86 fumantes sem diagnóstico de transtornos mentais, identificou-se que os esquizofrênicos gastam menos tempo fumando cada cigarro, visto que inalam mais vezes do que os demais sujeitos (WILLIAMS et al., 2011).

Estudo francês com 492 pacientes hospitalizados constatou que os esquizofrênicos obtêm duas vezes mais nicotina por cigarro do que os pacientes com transtorno de humor e os dependentes de álcool (BEAUREPAIRE et al., 2012).

Os portadores de transtornos mentais também costumam fumar os cigarros até o filtro ou fumar bitucas descartadas por outros fumantes, o que preocupa à medida que é no final dos cigarros que se concentra a maior parte da nicotina e dos compostos tóxicos (WILLIAMS; ZIEDONIS, 2004).

Nos Estados Unidos, 200 fumantes foram investigados, sendo 100 esquizofrênicos e 100 controles sem diagnóstico de transtornos mentais. Verificou-se que após 15 minutos de ter fumado um cigarro, os esquizofrênicos apresentam mais fissura do que os controles, independente de sexo, idade e grau de dependência do tabaco (LO et al., 2011).

Para compreensão da prevalência elevada de fumantes entre os portadores de transtornos mentais e do alto grau de dependência, diferentes aspectos vem sendo investigados – biológicos, psicológicos, sociais, históricos e culturais. Entre os biológicos, destacam-se a automedicação de alguns sintomas psiquiátricos (ansiedade, afetos negativos e sintomas negativos da esquizofrenia) e o alívio dos efeitos colaterais das medicações que

motivam o portador de transtorno mental a fumar maior quantidade de cigarros, assim como as alterações genéticas que os predispõem ao desenvolvimento de dependência do tabaco mais intensa (AUBIN et al., 2012; NATIONAL ASSOCIATION OF STATE MENTAL HEALTH PROGRAM DIRECTORS, 2010; SCHROEDER; MORRIS, 2010).

Há evidências de que a prevalência de fumantes e o grau de dependência do tabaco são maiores entre os portadores de transtornos mentais crônicos, ou seja, aqueles diagnosticados com o transtorno há mais tempo. Isso revela a influência do psicológico na associação do tabagismo na população psiquiátrica, sugerindo que as dificuldades inerentes à vivência dos transtornos mentais influenciam tanto o início do uso do tabaco como sua manutenção (DE LEON; DIAZ, 2005; OLIVEIRA; FUREGATO, 2012; OLIVEIRA et al., 2014a).

Reconhece-se que a dependência psicológica do cigarro, definida por Ponciano-Rodríguez e Morales-Ruiz (2007) como “uma série de condutas, ideias, crenças e atributos que o sujeito vai construindo ao redor do tabaco e do tabagismo”, é mais intensa nos portadores de transtornos mentais graves e persistentes, pois buscam no cigarro uma alternativa para tentar superar as dificuldades da convivência com o transtorno e com as pessoas do seu convívio em sociedade (LAWN; POLS; BARBER, 2002; OLIVEIRA, FUREGATO, 2012).

A dependência psicológica ficou evidente em um estudo brasileiro (n= 96) em que se verificou que 14,6% dos portadores de transtornos mentais, fumantes, relataram se sentirem aliviados ao segurarem o cigarro entre os dedos ou, simplesmente, por ter o maço de cigarros ao seu alcance, mesmo que não fumem naquele momento (OLIVEIRA; SIQUEIRA JR.; FUREGATO, 2015).

No mesmo estudo, foram identificados os sentidos que os 96 fumantes atribuem ao uso de tabaco: automedicação dos sintomas psiquiátricos (78%); apoio para esquecer os problemas (38,5%); prazer (28%); autocontrole e segurança (18,7%); companheiro nos momentos de solidão (18,7%); autodestruição (13,5%); facilitador das interações sociais (8,3%) e alívio dos efeitos colaterais dos medicamentos (5,2%).

Ao analisar os sentidos do uso de tabaco, entre os esquizofrênicos, foi notado que 80% consideram o uso de tabaco como insubstituível/parte da vida; 66,7% usam-no para enfrentar o estigma; 60% em busca de autocontrole; 50% para aliviar os efeitos colaterais dos medicamentos; 46,4% para esquecer os problemas e 44,4% para passar o tempo (OLIVEIRA et al., 2014b).

Estudo australiano com 93 sujeitos (portadores de transtornos mentais, jovens e índios) mostrou que o tabaco é utilizado, especialmente pelos portadores de transtornos mentais, como ajuda para superar as adversidades. Embora os não fumantes enfrentem as mesmas adversidades, não recorrem ao tabaco devido à presença de estratégias de resiliência (suporte da família e amigos, laços fortes com a comunidade em que vivem – oferecem ajuda e são ajudados, prática de exercícios físicos, leitura) (WARD et al., 2011).

Galazyn et al. (2010) investigaram 80 esquizofrênicos/esquizoafetivos e 463 indivíduos sem transtornos mentais. Após ajustar por idade, sexo, emprego, educação, número diário de cigarros fumados e grau de dependência do tabaco, notou-se que para os pacientes psiquiátricos há mais sentimento envolvido na prática de fumar cigarros do que para os demais sujeitos. Diferente dos controles que fumam por automaticidade, os esquizofrênicos fumam conscientes a fim de se sentirem estimulados e aliviar os afetos negativos. Comparados aos controles, os esquizofrênicos se sentem mais ligados aos cigarros, sendo mais prováveis de fumarem apesar de reconhecerem as consequências negativas.

Com o intuito de avaliar as expectativas em relação ao tabaco em pessoas ainda não submetidas à terapia medicamentosa e aos aspectos relacionados à cronicidade da esquizofrenia, investigaram-se 26 sujeitos com traços de esquizotipia (vulneráveis ao desenvolvimento de esquizofrenia, porém ainda sem a manifestação dos sintomas do transtorno) e 18 controles. Comparados aos controles, os sujeitos com esquizotipia apresentaram mais expectativas positivas em relação ao uso de tabaco: fumam para se sentirem estimulados, para melhorar as interações sociais, para reduzir o afeto negativo e para diminuir a ociosidade (STEWART et al., 2013).

Foram entrevistados, a partir de uma amostra selecionada para um ensaio clínico duplo cego controlado por placebo, 26 fumantes portadores de transtorno depressivo maior e 75 fumantes sem história de depressão. Os portadores de transtorno depressivo tiveram pontuação maior do que os controles em sete quesitos relacionados às motivações para o uso do tabaco: redução do afeto negativo (ansiedade); aumento da estimulação; manipulação sensorio motora (prazer de ter o cigarro na boca); facilitação das interações sociais; controle do peso; satisfação da fissura e redução do tédio (WEINBERGER; GEORGE; MCKEE, 2011).

Com o exposto, entende-se que o uso de tabaco, entre os portadores de transtornos mentais, não atende apenas à necessidade fisiológica da dependência do tabaco, mas também necessidades psicológicas, existenciais e sociais.

O aspecto histórico e cultural, por sua vez, é um dos principais desafios no controle do uso de tabaco pelos portadores de transtornos mentais. Com a aceitação do tabagismo nas instituições psiquiátricas, o cigarro passou a ser visto pelos pacientes como sinônimo de autonomia por lhe permitir algumas escolhas (quantidade de cigarros e horário do fumo) e ajudá-los ocupar o tempo. Os profissionais, por sua vez, utilizaram o cigarro para controlar o comportamento dos pacientes (recompensa/punição), incentivar sua adesão (barganha) às propostas terapêuticas e aliviar sua própria ansiedade (NATIONAL ASSOCIATION OF STATE MENTAL HEALTH PROGRAM DIRECTORS, 2010; O'DONOVAN, 2009; RATSCHE; BRITTON; MCNEILL, 2011). Como se verá a seguir, a indústria de tabaco foi fundamental para a promoção da cultura do tabagismo nas instituições psiquiátricas.

2.2.2 Influência da indústria de tabaco na cultura das instituições psiquiátricas

Ao reconhecer a vulnerabilidade dos portadores de transtornos mentais, a indústria de tabaco tomou-os como população alvo. As estratégias utilizadas para conquistá-los foram conhecidas pelo público apenas no final do século XX (BERO, 2003, 2005; PROCHASKA; HALL; BERO, 2008).

Em meados da década de 1990, um integrante anônimo de uma das maiores companhias de tabaco americanas (*Brown & Williamson Tobacco Corporation*) enviou para professores universitários e para os meios de comunicação documentos internos sigilosos que mostravam que a companhia conhecia os efeitos nocivos do tabaco, embora os negassem publicamente. Evidenciavam-se as táticas utilizadas para confundir os legisladores e o público em geral (BERO, 2003; PANTANI; PINSKY; MONTEIRO, 2011; UNIVERSITY OF CALIFORNIA, 2014).

Ao receber alguns documentos, um professor da Universidade da Califórnia, São Francisco, Estados Unidos, os disponibilizou na biblioteca da universidade a fim de que o público pudesse ter acesso. Apesar dos esforços judiciais da companhia para retirá-los do domínio público, o tribunal superior de São Francisco decidiu, em 1995, que a população tinha direito a ter acesso aos documentos (UNIVERSITY OF CALIFORNIA, 2014).

A divulgação dos primeiros documentos incitou os governantes de 46 estados americanos a processarem as companhias de tabaco a fim de serem indenizados pelos gastos com doenças relacionadas ao tabagismo. Em 1998, foi realizado um acordo, denominado “*Master Settlement Agreement*”, entre a procuradoria geral dos estados e as cinco principais companhias mundiais de tabaco. O acordo estabelecia que as companhias deveriam disponibilizar *online*, perpetuamente, seus documentos redigidos até o ano de 2010, assim como pagar 246 bilhões de dólares, por 25 anos, aos estados americanos, como forma de ressarcir os gastos na área de saúde pública (BERO, 2003, 2005; COLE; FIORE, 2014; PANTANI; PINSKY; MONTEIRO, 2011; UNIVERSITY OF CALIFORNIA, 2014).

Embora se suponha que muitos documentos tenham sido destruídos, um grande volume foi disponibilizado para o público. Visando reunir o maior número possível de documentos, a Universidade da Califórnia, Estados Unidos, criou a biblioteca virtual “*Legacy Tobacco Documents Library*”. Em 2002, eram 24 milhões de páginas de documentos disponíveis no *site*. Em meados de 2014, ultrapassavam 80 milhões. Decisão judicial recente decretou que as companhias deverão disponibilizar seus documentos até 2021 (BERO, 2003; PANTANI; PINSKY; MONTEIRO, 2011; UNIVERSITY OF CALIFORNIA, 2014).

Prochaska, Hall e Bero (2008) analisaram 280 documentos oficiais das companhias de tabaco, datados de 1955 a 2004. Identificaram ações diretas e indiretas da indústria para incentivar o fumo de cigarros entre os portadores de transtornos mentais.

Entre as ações diretas, destacam-se a distribuição gratuita de cigarros aos portadores de transtornos mentais, especialmente para os hospitalizados, investimento em publicidade, bem como financiamento e publicação de pesquisas que versavam sobre seus interesses (PROCHASKA; HALL; BERO, 2008).

Foram encontradas algumas cartas, remetidas por profissionais de hospitais psiquiátricos, solicitando às companhias a provisão de cigarros gratuita ou livre de tributos, justificando seu uso terapêutico pelos pacientes internados (BUCKINGHAM, 1992; HAYWORTH, 1996; HOLTZMAN, 1975; PROCHASKA; HALL; BERO, 2008; ROBERSON, 2000).

Um médico de um hospital psiquiátrico do Havaí, Estados Unidos, escreveu para uma das companhias:

Estou certo de que este é um pedido incomum vindo de um médico. Peço sua ajuda para fornecer cigarros a um dos meus pacientes. [...] Relatos na literatura têm indicado que o tabagismo pode diminuir a intensidade das alucinações auditivas, assim como diminuir a agitação. Em muitos casos, os pacientes ficam muito agitados se não tem acesso aos cigarros e essa agitação pode evoluir para violência física. Para ser honesto, nesses casos, oferecer um cigarro é geralmente muito mais efetivo para diminuir a agitação do que a maioria das medicações que eu posso oferecer. Por favor, considere meu pedido de ajuda para este indivíduo (ROBERSON, 2000, tradução nossa, p. 1)

Prochaska, Hall e Bero (2008) identificaram uma carta em que se solicitava, a uma das companhias, a doação de cigarros antigos ou mesmo danificados para serem oferecidos como premiação aos portadores de transtornos mentais que desempenhassem corretamente atividades em um programa de reabilitação psicossocial:

Nosso plano é utilizar um sistema de pontuação em que os pacientes receberão um número (predeterminado) de pontos para cada trabalho realizado cuidadosamente. Os cigarros receberão um valor de pontos e os pacientes poderão trocar os pontos ganhos pela mercadoria. (BUCKINGHAM, 1992, p. 1, tradução nossa).

Prochaska, Hall e Bero (2008) esclarecem que não há como ter certeza se os pedidos de doações de cigarros e de abstenção de tributos foram atendidos. Ainda que não se tenha certeza, pode-se pensar que algo motivou os profissionais de saúde a enviarem as cartas com conteúdos semelhantes. A negação do pedido a algumas instituições desmotivaria as demais a tentarem a mesma tática.

O uso terapêutico dos cigarros, justificado em algumas cartas, está relacionado a uma segunda estratégia da indústria para incentivar o fumo entre os portadores de transtornos mentais: financiamento e publicação de pesquisas que defendem seus interesses. Por meio dessa tática, a indústria disseminou a crença, ainda presente nos dias atuais, de que o tabaco tem efeito de automedicação nos sintomas psiquiátricos (BERO, 2003, 2005; PROCHASKA; HALL; BERO, 2008).

No início da década de 1980, um pesquisador submeteu um projeto de pesquisa para o “Conselho Canadense de Fabricantes de Tabaco” (CTMC) em que se propunha investigar o efeito de automedicação do tabaco nos sintomas dos portadores de transtornos mentais. O pesquisador justificou o pedido de financiamento: “Se o tabaco se mostrar uma forma eficiente de automedicação para esses pacientes, isso traria uma vantagem significativa para a indústria de tabaco” (KNOTT, 1983, p. 3, tradução nossa)

Um dos critérios adotados pela indústria para financiar os estudos era a dependência financeira que o pesquisador tinha em relação a ela, o que diminuiria a probabilidade de conduzir estudos que fossem contrários aos seus interesses (PROCHASKA; HALL; BERO, 2008).

Documentos internos da indústria mostram que o projeto de Knott (1983) foi aprovado para financiamento com base na seguinte justificativa:

O Dr. Knott foi patrocinado pela CTMC por alguns anos. Até o ano passado, seu salário era pago por nós. [...] Ele depende totalmente do financiamento da CTMC. [...] Ele parece estar olhando para a questão a partir do nosso ponto de vista (CRAWFORD, 1985, p. 1, tradução nossa).

Além de financiar e publicar apenas pesquisas de seu interesse, a indústria utiliza outros estratégias para gerar controvérsias na literatura científica: 1) critica, por meio de cartas aos editores, pesquisas que mostram os prejuízos do tabagismo, colocando em dúvida a integridade ética dos pesquisadores; 2) manipula o método científico para obter resultados que lhe sejam favoráveis; 3) patrocina encontros científicos nos quais são divulgados estudos por ela financiados; 4) arquiva as pesquisas cujos resultados lhe sejam desfavoráveis (BERO, 2003, 2005; PROCHASKA; HALL; BERO, 2008).

A indústria disseminou a hipótese de que os portadores de transtornos mentais tinham menor probabilidade de desenvolver câncer de pulmão se comparados à população em geral. A ideia perpetuou até o final da década de 1980, tendo motivado muitos portadores de transtornos mentais a fumarem cigarros, visto que acreditavam serem biologicamente resistentes a uma das consequências mais preocupantes do tabagismo (GOPALASWAMY; MORGAN, 1986; JANCAR, 1979; PROCHASKA; HALL; BERO, 2008).

Estudos atuais refutam a hipótese de resistência biológica ao câncer de pulmão, visto que são encontradas altas incidências do diagnóstico entre portadores de transtornos mentais, fumantes, assim como em seus familiares (GAL; LEVAV; GROSS, 2010; KREDENTSER et al., 2014). Concluiu-se que os estudos divulgados pela indústria tinham resultados enviesados em decorrência de erros metodológicos sistemáticos (PROCHASKA; HALL; BERO, 2008).

A indústria de tabaco também disseminou suas ideias por meio de ações de publicidade. Em um dos documentos sigilosos são revelados alguns argumentos utilizados para incentivar o fumo entre os portadores de transtornos mentais: 1) ajuda refletir sobre os problemas; 2) alivia ansiedade; 3) aumenta o ânimo e a disposição; 4) facilita as interações sociais; 5) melhora o humor; 6) passa o tempo; 7) proporciona momentos agradáveis, prazer oral e tátil (NORDINE, 1981; PROCHASKA; HALL; BERO, 2008).

Em 1986, um anúncio publicitário da marca de cigarros “*Merit*” tinha como alvo os pacientes psiquiátricos (Figura 1). Além do destaque para a palavra “*schizophrenic*”, no anúncio era parafraseado: “Para o novo ‘Merit’, ter dois lados é um comportamento normal” (PHILIP MORRIS COLLECTION, 1986).

Schizophrenic.

The New Merit. We've got flavor down to a science.

Figura 1 – Anúncio publicitário da marca de cigarros “Merit”
Fonte: PHILIP MORRIS COLLECTION, 1986

No final do século XX, uma decisão política ameaçou os planos da indústria de tabaco de promover o uso de tabaco entre os portadores de transtornos mentais: a “Comissão Conjunta de Acreditação de Organizações de Saúde” (JCAHO) estabeleceu que o tabaco deveria ser banido dos hospitais americanos até o final de 1993 (PROCHASKA; HALL; BERO, 2008; PROCHASKA, 2011).

A indústria interferiu, indiretamente, na decisão política ao estabelecer parcerias com grupos de defesas dos portadores de transtornos mentais que não aceitavam a proibição do fumo nos hospitais, justificando ser desumano privar os pacientes psiquiátricos do efeito de automedicação do tabaco. Embora tanto a indústria quanto os grupos de defesa tenham negado envolvimento, o contato dos líderes de um dos grupos foi encontrado entre os documentos de uma das companhias de tabaco (ALLIANCE FOR THE MENTALLY ILL, FRIENDS & ADVOCATES OF MENTALLY ILL, 1995a; KONOPKA, 1995a, 1995b; PHILIP MORRIS COLLECTION, 1994; PROCHASKA; HALL; BERO, 2008; PROCHASKA, 2011).

Em meados da década de 1990, os grupos de defesa lançaram uma campanha apelativa a favor da criação de uma área destinada ao fumo de tabaco nos hospitais psiquiátricos:

Imagine, a polícia levou você algemado para a sala de emergência psiquiátrica do Hospital Bellevue. Você tem ouvido vozes e sua vida deixou de fazer sentido. A médica está tentando explicar algo, mas tudo está confuso. Ela diz que você ficará contido, contra sua vontade, até que esteja estável. Dão medicação para sua psicose. Você está nervoso e com medo. Você pede um cigarro, um dos poucos prazeres que tem na vida. A enfermeira, sarcasticamente, diz que você não pode fumar, pois é proibido neste hospital e não há áreas destinadas aos fumantes.

O que aconteceu com a liberdade individual e com o nosso respeito com a dignidade humana dos cidadãos mais vulneráveis de Nova York – os doentes mentais graves e crônicos? Por que o Hospital Bellevue obriga os pacientes psiquiátricos a pararem de fumar abruptamente? Por favor, criem uma área destinada aos fumantes para os seus pacientes psiquiátricos (ALLIANCE FOR THE MENTALLY ILL, FRIENDS & ADVOCATES OF MENTALLY ILL, 1995b, p. 1, tradução nossa).

Em resposta ao movimento, a JCAHO revisou sua decisão, abrindo exceção para que os portadores de transtornos mentais pudessem fumar nos hospitais psiquiátricos (FODERARO, 1995; PROCHASKA, 2011).

Os esforços diretos e indiretos da indústria de tabaco foram decisivos para que a prevalência de fumantes, entre os portadores de transtornos mentais, não acompanhasse o declínio que vinha ocorrendo na prevalência de fumantes da população em geral. Ao gerar controvérsias na literatura, contribuiu para a criação de mitos que almejavam postergar o desenvolvimento de tratamento de dependência do tabaco para essa população e enfraquecer os argumentos políticos para proibição do fumo nos serviços de saúde mental (PROCHASKA; HALL; BERO, 2008).

2.2.3 Desvendando os mitos disseminados pela indústria de tabaco

Prochaska (2011) listou cinco mitos sobre o uso de tabaco pelos portadores de transtornos mentais, disseminados pela indústria de tabaco e ainda presentes nos dias atuais: 1) automedicação dos sintomas psiquiátricos; 2) falta de interesse em parar de fumar; 3) não são capazes de parar de fumar; 4) agravamento dos sintomas psiquiátricos com a retirada do tabaco e 5) o tabagismo não é preocupação prioritária.

2.2.3.1 Automedicação dos sintomas psiquiátricos

A associação neurobiológica entre tabaco e depressão é discutida na literatura científica. Há várias décadas foi postulado que o aumento da atividade do sistema colinérgico e a redução da atividade do sistema noradrenérgico são um dos mecanismos associados à depressão. A nicotina, por ser um agonista dos receptores nicotínicos de acetilcolina (nAChR), inibe a ação da acetilcolina (neurotransmissor do sistema colinérgico) quando se liga a esses receptores, contribuindo para um efeito antidepressivo (JANOWSKY et al., 1972; MINEUR; PICCIOTTO, 2010; PICCIOTTO et al., 2008; WEINBERGER et al., 2011).

Ensaios clínicos identificaram que o uso de adesivos de nicotina melhora os sintomas de depressão, mesmo em não fumantes (SALIN-PASCUAL, 1996, 2002).

Apesar das evidências, Mineur e Picciotto (2010) questionam a eficácia da nicotina como antidepressivo, uma vez que os fumantes comumente apresentam alta pontuação nas escalas que avaliam sintomas depressivos.

Ao investigar 105 jovens (17-21 anos) da Espanha, constatou-se que aqueles que apresentavam sintomas de depressão como cansaço, fadiga, falta de interesse, pessimismo e ideação suicida eram mais prováveis de serem fumantes do que os que não apresentavam esses sintomas (CARCELLER-MAICAS et al., 2014).

Estudo realizado com 492 pacientes, internados em um hospital psiquiátrico francês, colocou em dúvida a hipótese de automedicação, uma vez que não foi encontrada associação entre uso de tabaco, sintomas de ansiedade e depressão. Em contraste, o estudo sugeriu evidência de associação entre uso de tabaco, sintomas positivos (delírios e alucinações) e hostilidade (BEAUREPAIRE et al., 2012).

O aumento da atividade do sistema dopaminérgico na região mesolímbica do sistema nervoso central (SNC) é um dos mecanismos responsáveis pela produção dos sintomas positivos (delírios, alucinações, agitação psicomotora, entre outros) nos pacientes psicóticos. A nicotina intensifica esses sintomas ao interferir na neurotransmissão de dopamina nessa região do SNC – quanto mais dopamina, maior a produção de sintomas positivos (AUBIN et al., 2012; BERATIS; KATRIVANOU; GOURZIS, 2001; WINTERER, 2010).

Além do mecanismo exposto, reconhece-se que o tabaco reduz a concentração das medicações psiquiátricas na corrente sanguínea, o que compromete a terapêutica medicamentosa. Isso ocorre porque o tabaco é metabolizado pela mesma enzima hepática que metaboliza muitos medicamentos psiquiátricos. Embora o alívio dos efeitos colaterais seja um

efeito do tabaco desejado pelos portadores de transtornos mentais, suas consequências são refletidas na manifestação sintomatológica do transtorno, com maior ocorrência de surtos e necessidade de internações (AUBIN et al., 2012; KELLY et al., 2012; OLIVEIRA; FUREGATO, 2012; WU et al., 2008).

É disseminado na literatura científica que o tabaco melhora os sintomas negativos e cognitivos da esquizofrenia como anedonia, embotamento afetivo, dificuldade de atenção, concentração e memorização, lentificação psicomotora, prejuízo da linguagem. Como alguns desses sintomas ocorrem devido à diminuição da atividade dopaminérgica no córtex frontal, a nicotina reverteria esses sintomas ao aumentar a atividade da dopamina nessa região (AUBIN et al., 2012; MA et al., 2010; WINTERER, 2010).

Evans e Drobos (2009) esclarecem que o conhecimento sobre o efeito da nicotina nos sintomas negativos é controverso. Embora haja evidências na literatura científica de que o uso de tabaco melhore as habilidades cognitivas, acredita-se que o uso crônico prejudique essas habilidades.

Um ensaio clínico duplo cego controlado por placebo, conduzido com 17 fumantes esquizofrênicos e 17 fumantes controles, não confirmou a hipótese de automedicação dos sintomas negativos. Os sujeitos foram submetidos a três sessões, em dias distintos, nas quais eram aplicados testes que visavam avaliar o nível de atenção. Na primeira sessão, era permitido que os sujeitos fumassem à vontade, sendo incentivados a fumarem como de costume. Na segunda e na terceira sessão, não era permitido fumar. Alguns sujeitos receberam adesivo de nicotina e outros receberam placebo. Embora mais esquizofrênicos tivessem relatado que necessitavam fumar para aumentar a concentração do que os controles, esse efeito não foi confirmado nos testes aplicados. Os esquizofrênicos não experimentaram melhora da dificuldade de concentração em nenhuma das sessões (HAHN et al., 2013).

O alívio da ansiedade que muitos portadores de transtornos mentais buscam no tabaco foi contestado por estudiosos que explicam que com o uso crônico a nicotina deixa de ter efeito ansiolítico, passando a ter um efeito ansiogênico. Quanto mais ansiedade o indivíduo apresentar, mais cigarros ele irá fumar, tornando o aumento do número de cigarros e a ansiedade um ciclo vicioso. Esse aspecto é especialmente preocupante para os pacientes psicóticos, pois se reconhece que a ansiedade e o estresse contribuem para o desencadeamento de delírios e alucinações (EVATT; KASSEL, 2010; PICCIOTTO; BRUNZELL; CALDARONE, 2002; SADOCK; SADOCK, 2007).

Taylor et al. (2014) sugere que o fumante tem uma falsa percepção sobre o efeito de automedicação do tabaco, pois os sintomas do transtorno mental são confundidos com os sintomas de abstinência (ansiedade, depressão, dificuldade de concentração, irritabilidade). Ao passar um período sem fumar, o fumante apresenta sintomas de abstinência e acredita que o transtorno mental foi agravado. Após fumar um cigarro e sentir alívio dos sintomas de abstinência, o fumante entende que o tabaco melhorou os sintomas do próprio transtorno mental. Essa falsa percepção incentiva o portador de transtorno mental a fumar um número cada vez maior de cigarros, agravando a dependência e tornando mais difícil parar de fumar.

Alguns estudos sugerem que os portadores de transtornos mentais, fumantes, apresentam mais sintomas psiquiátricos, pior qualidade de vida e funcionamento social, necessitam de mais internações, maior dosagem dos medicamentos, além de apresentarem maior número de tentativas de suicídio (AUBIN et al., 2012; KRISHNADAS et al., 2012; PROCHASKA, 2011; WILLIAMS; ZIEDONIS, 2004; WINTERER, 2010).

Na Alemanha, 3293 sujeitos foram entrevistados a fim de avaliar a relação entre dependência do tabaco, qualidade de vida e funcionamento social. Verificou-se que 52,4% dos sujeitos com diagnóstico de dependência eram portadores de transtornos mentais. A dependência do tabaco foi associada à pior qualidade de vida e prejuízo do funcionamento social (SCHMITZ; KRUSE; KUGLER, 2003).

Ao entrevistar 276 brasileiros, constatou-se que os sujeitos com dependência do tabaco mais elevada têm pior qualidade de vida do que aqueles com dependência leve. Contudo, como os sujeitos com dependência mais elevada foram os que mais apresentaram sintomas de depressão e de ansiedade, descobriu-se, por meio da análise de covariância, que a associação entre dependência do tabaco e qualidade de vida era devido à interferência da presença dos sintomas psiquiátricos (CASTRO et al., 2007).

Levantamento com 34.653 americanos, não institucionalizados, forneceu evidência de que os dependentes de tabaco, além de terem mais chance de serem diagnosticados com transtornos mentais (ansiedade, humor, personalidade e psicóticos), apresentam pior qualidade de vida física e mental do que os não fumantes. A associação entre dependência do tabaco e prejuízo da qualidade de vida, física e mental, não se deve à interferência de variáveis sociodemográficas, prática de exercícios físicos e transtornos mentais. Ademais, os ex-fumantes, comparados aos fumantes atuais, apresentaram melhor qualidade de vida nos

dois quesitos, sugerindo que parar de fumar melhora o bem estar físico e mental (DONALD; CHARTRAND; BOLTON, 2013).

Ao analisar essa mesma amostra (n= 34.553), Yaworski et al. (2011) identificaram que o uso de tabaco está associado à história de tentativas de suicídio, independente das variáveis sexo, idade, estado civil, renda, região de residência, etnia, transtornos mentais e doenças físicas. Ainda, aqueles que pararam de fumar, no ano que antecedeu a pesquisa, apresentaram menos tentativas de suicídio, no último ano, em comparação aos fumantes atuais.

Uma metanálise realizada a partir de 15 estudos de coorte prospectivos, publicados entre 1966 e 2011, sugeriu evidências de que o risco de cometer suicídio é 81% maior entre os fumantes comparados aos não fumantes. Ademais, verificou-se relação dose-resposta entre o número diário de cigarros fumados e suicídio. O aumento de cada 10 cigarros no consumo diário aumenta em 24% o risco de suicídio entre os fumantes (LI et al., 2012).

Os resultados dos estudos supracitados em relação ao prejuízo da qualidade de vida, funcionamento social e aumento de risco de suicídio colocam em questionamento o mito sobre o efeito de automedicação do tabaco nos sintomas psiquiátricos. Se a nicotina realmente aliviasse os sintomas, o que poderia justificar esses agravantes?

Conforme anteriormente exposto, o estudo brasileiro com 96 pacientes psiquiátricos fumantes revelou que 78% fumam cigarros com a finalidade de automedicação de sintomas psiquiátricos como ansiedade, irritabilidade, lentificação psicomotora e falta de concentração. Acresce-se, no entanto, que 7,3% percebem que o efeito de automedicação é temporário, induzindo-os a fumarem uma quantidade cada vez maior de cigarros a fim de experimentarem novamente o alívio dos sintomas (OLIVEIRA; SIQUEIRA JR.; FUREGATO, 2015).

Prochaska (2011) defende que embora a nicotina melhore alguns sintomas psiquiátricos, esse efeito é transitório. Além disso, a redução da concentração das medicações psiquiátricas com o uso repetido do tabaco não permite que a nicotina seja considerada uma alternativa de tratamento para os sintomas dos transtornos mentais. Assim, os prejuízos do tabaco são maiores do que os “benefícios” temporários.

2.2.3.2 Falta de interesse em parar de fumar

Embora esse mito seja uma das principais barreiras para os profissionais de saúde não abordarem o assunto com os pacientes psiquiátricos, diversos estudos atuais mostram que essa não é a realidade de muitos portadores de transtornos mentais.

Em um estudo americano foram analisados 6511 fumantes a fim de verificar associação entre saúde mental e cessação do tabagismo. Observou-se que os sujeitos com alta pontuação para mal-estar psicológico são mais prováveis de desejarem parar de fumar do que aqueles com pontuação baixa. Contudo, notou-se que os sujeitos com alta pontuação para mal-estar psicológico têm menor probabilidade de sucesso em suas tentativas de parar de fumar (LAWRENCE; MITROU; ZUBRICK, 2011).

Um segundo estudo americano com 43.093 sujeitos obteve resultados semelhantes. Após ajustar por idade, sexo e escolaridade, identificou-se que os sujeitos com mal-estar psicológico são mais motivados a pararem de fumar e mais prováveis de terem tentado parar, ao longo da vida, do que aqueles sem mal-estar. Entretanto, a probabilidade de sucesso foi menor entre eles (SMITH et al., 2014).

Ao entrevistar 100 pacientes psiquiátricos, internados em um hospital da Califórnia, Estados Unidos, Prochaska et al. (2006) revelaram que 65% almejavam parar de fumar. Em uma escala de 0 a 10, o desejo dos pacientes de alcançarem a abstinência foi em média 5,7. Nessa mesma escala, a expectativa de dificuldades enfrentadas ao tentarem alcançar a abstinência foi em média 7,2.

Estudo realizado no Reino Unido com 50 pacientes de um hospital psiquiátrico forense mostrou que 60% dos portadores de transtornos gostariam de parar de fumar, embora a pontuação na escala de prontidão para mudança tenha sido pequena (DICKENS; STANIFORD; LONG, 2014).

Diferentes estudos mostram que não existe diferença quanto à intenção de parar de fumar entre portadores de transtornos mentais e a população geral (SIRU et al., 2010; SIRU; HULSE; TAIT, 2009; TIDEY; ROHSENOW, 2009).

Investigou-se 41 esquizofrênicos/esquizoafetivos, participantes de um ensaio clínico randomizado para cessação do tabagismo com Bupropiona e intervenções de psicoeducação. Embora a maioria dos sujeitos (70,7%) tivesse intenção de parar de fumar, eles apresentaram baixa confiança em sua capacidade de se manterem abstinentes (MANN-WROBEL et al., 2011).

Prochaska et al. (2011), por meio de questionários online, avaliaram 686 fumantes e ex-fumantes com diagnóstico de transtorno bipolar. Constatou-se que 74% dos fumantes expressaram desejo de parar de fumar, 93% tiveram ao menos uma tentativa de parar de fumar ao longo da vida, sendo que 65% tentaram parar no ano que antecedeu a pesquisa. Não foi observada interferência dos sintomas psiquiátricos atuais na motivação dos sujeitos.

A partir da literatura consultada, conclui-se que não há evidências científicas de que os portadores de transtornos mentais não almejam parar de fumar. Portanto, o mito é revogado.

2.2.3.3 Não são capazes de parar de fumar

A falta de mobilização dos profissionais da saúde e dos órgãos governamentais em relação à intervenção no tabagismo da população psiquiátrica está relacionada à crença de que as pessoas com transtornos mentais não têm interesse em parar de fumar ou de que não são capazes de tal empreendimento.

Embora no tópico anterior tenham sido fornecidas evidências de que as pessoas com transtornos mentais têm menos sucesso ao tentarem parar de fumar, dificuldade não pode ser confundida com incapacidade. Segundo Schroeder (2009) e Prochaska (2011), parar de fumar é viável entre os pacientes psiquiátricos.

De acordo com Smith e Chapman (2014), ter um motivo para tentar parar de fumar é mais importante do que ter um método. Nesse sentido, o interesse que muitos portadores de transtornos mentais têm em parar de fumar é um importante ponto de partida que deve ser valorizado e trabalhado cuidadosamente pelo profissional.

Foram investigados 123 pacientes psiquiátricos dos Estados Unidos, randomizados em dois grupos de intervenção para cessação do tabagismo: 1) aconselhamento por telefone (n= 61) e 2) aconselhamento por telefone + 10 sessões de grupo (n= 62). Ao compará-los antes da intervenção e após seis meses, observou-se, em ambos os grupos, redução do número diário de cigarros e do grau de dependência nicotínica, melhora dos sintomas depressivos e psicóticos, da saúde física e mental. Após ajustar para escolaridade, os sujeitos do segundo grupo (aconselhamento por telefone + grupo) tiveram 3,16 vezes mais chance de reduzir o consumo de tabaco em 50% do que os sujeitos do segundo grupo (aconselhamento por telefone apenas) (MORRIS et al., 2011).

Uma revisão sistemática da literatura científica mostrou que os tratamentos para cessação do uso de tabaco, utilizados na população geral, são eficazes entre os portadores de transtornos mentais graves (BANHAM; GILBODY, 2010). Hitsman et al. (2009) e Morris et al. (2011), contudo, sugerem que o incentivo à redução do número de cigarros pode ser o primeiro passo para aqueles que apresentam mais resistência. Tsoi, Porwal e Webster (2013) temem que o incentivo à redução do número de cigarros possa desmotivar os esquizofrênicos, transmitindo a eles mensagem de que não são capazes de se absterem totalmente do tabaco.

Broms, Korhonen e Kaprio (2008) realizaram um estudo de coorte prospectivo, ao longo de 15 anos, com uma população adulta (n= 11.015) da Finlândia. Identificou-se que os fumantes que reduziram o número de cigarros fumados diariamente em 25% ou mais, têm maior probabilidade de parar de fumar no futuro do que aqueles que permaneceram fumando a mesma quantidade. Foi verificado efeito dose-resposta - quanto maior a redução do número de cigarros, maior a probabilidade de parar de fumar futuramente.

Na França, um enfermeiro e um profissional de educação física realizaram uma intervenção com 12 esquizofrênicos/esquizoafetivos internados. A intervenção consistia em oito sessões de aconselhamento e três sessões de 90 minutos de exercícios físicos. Embora a amostra tenha sido pequena (baixo poder estatístico), foi suficiente para evidenciar, após seis semanas da intervenção, redução do consumo de cigarros e do nível de monóxido de carbono expirado. Além disso, houve aumento da motivação em parar de fumar, o que sugere que a redução do consumo de cigarros pode anteceder a abstinência total (BERNARD et al., 2013).

De acordo com Morris et al. (2011), múltiplos serviços de ajuda aumentam a chance do paciente psiquiátrico parar de fumar. Uma publicação do Departamento de Saúde e Serviços Humanos dos Estados Unidos esclarece que os pacientes com dependência elevada ao tabaco podem se beneficiar de intervenções mais intensivas (maior número de profissionais, mais tempo de acompanhamento) (FIORE et al., 2008). Considerando que os portadores de transtornos mentais comumente apresentam grau elevado de dependência, eles podem ser população alvo para essas intervenções.

Nos Estados Unidos, 110 fumantes de serviços comunitários de saúde mental foram submetidos à intervenção breve para cessação do uso de tabaco. Os sujeitos foram avaliados antes da intervenção, seis e 12 meses após. Constatou-se, ao longo das avaliações, que 20,9% progrediram nos estágios motivacionais para mudança do uso de tabaco (pré-contemplação, contemplação, ação). Os fumantes que progrediram nos estágios motivacionais foram

abordados pelos profissionais mais vezes do que os fumantes que regrediram (DICLEMENTE et al., 2011).

Um segundo estudo dos mesmos autores (n= 304) mostrou que, após seis e doze meses da intervenção breve, o número de cigarros fumados semanalmente foi reduzido (DIXON et al., 2009).

Griffiths et al. (2010) conduziram, no Canadá, uma intervenção em grupo para cessação do uso de tabaco (12 sessões, duas horas semanais) com 34 portadores de transtornos mentais graves, não institucionalizados. Após a intervenção, 44% dos sujeitos pararam de fumar. Entre os que permaneceram fumando, houve redução da média de cigarros fumados e do grau de dependência (três quartos dos fumantes reduziram o número diário de cigarros em 50% ou mais), além de aumento da percepção da capacidade de resistir ao tabaco.

O estudo supracitado revelou que 52% dos sujeitos que desistiram da intervenção, no início do estudo, tinham diagnóstico de esquizofrenia (GRIFFITHS et al., 2010). Culhane et al. (2008) e Moss et al. (2009) sugerem que a dificuldade do esquizofrênico em aderir às intervenções para cessar o uso de tabaco está relacionada aos sintomas da esquizofrenia (alogia, autonegligência, avolição, desorganização do pensamento, dificuldade de atenção, hipopraxismo, retração social) e à ausência de ex-fumantes em seu meio social que os inspirem como exemplo. Isso sugere que uma maior atenção deve ser dada aos esquizofrênicos a fim de que se sintam acolhidos e encorajados pelos profissionais para não desistirem de parar de fumar.

Em uma revisão sistemática da literatura científica, publicada pela Cochrane, foram analisados 34 ensaios clínicos com fumantes diagnosticados com esquizofrenia ou transtorno esquizoafetivo. Foi identificado que os medicamentos Bupropiona e Vareniclina, comumente utilizados no tratamento do tabagismo da população geral, também são eficazes para os esquizofrênicos/esquizoafetivos. Não foi encontrada evidência de que outros medicamentos, adesivos de nicotina e intervenções psicossociais, são eficazes para o tratamento da dependência nicotínica dessa população. Ressalta-se que a evidência de eficácia da Bupropiona e da Vareniclina para os esquizofrênicos/esquizoafetivos foi fraca, considerando o número reduzido de ensaios clínicos e a utilização de amostras pequenas que forneceram intervalos de confiança amplos e, algumas vezes inconclusivos (TSOI; PORWAL; WEBSTER, 2013).

A evidência fraca para Bupropiona e Vareniclina, somada à falta de evidência para outras modalidades de tratamento, é reflexo da exclusão dos portadores de transtornos mentais dos estudos clínicos que visam ao desenvolvimento de tratamentos para dependência nicotínica ou avaliação daqueles já existentes (FAGERSTRÖM; AUBIN, 2009; HITSMAN et al., 2009; SCHROEDER; KOH, 2014). Isso reforça a necessidade de a população psiquiátrica ser incluída nos estudos de intervenção.

Em 2008, o FDA (Administração de alimentos e drogas dos Estados Unidos) alertou para o risco da Vareniclina para mudança de comportamento, agitação, depressão, hostilidade e ideação suicida. O órgão governamental não proibiu a comercialização do medicamento enquanto estudos estão sendo realizados para avaliar seu risco, mas recomendou que os profissionais avaliem cuidadosamente os sintomas psiquiátricos dos pacientes em uso da Vareniclina. Espera-se que resultados mais conclusivos de pesquisas realizadas pelo FDA sejam divulgados em 2017 (U.S. FOOD AND DRUG ADMINISTRATION, 2008).

Embora na revisão sistemática de Tsoi, Porwal e Webster (2013) não tenha sido encontrada evidência de que o uso de Vareniclina prejudique o estado mental do esquizofrênico/esquizoafetivo, os autores esclarecem que o resultado não é suficiente para desconsiderar os riscos associados a esse medicamento que vem sendo estudados. Cautela e prudência são necessárias diante dessa questão.

Com os estudos apresentados, o mito de que os portadores de transtornos mentais não são capazes de parar de fumar deve ser desconsiderado. As dificuldades existem, mas não são motivo para o profissional desistir. Deve haver empenho para buscar alternativas e recursos para superá-las. Segundo Fiore et al. (2008), parar de fumar é um processo que requer insistentes tentativas e repetidas intervenções.

2.2.3.4 Agravos dos sintomas psiquiátricos com a retirada do tabaco

Os fumantes que acreditam que os sintomas psiquiátricos podem ser agravados com a retirada do tabaco são menos prováveis de pararem de fumar do que aqueles que não acreditam (TAYLOR et al., 2014). Estudo com portadores de transtorno bipolar mostrou que um terço teme que a abstinência do tabaco piore o transtorno (PROCHASKA et al., 2011).

Fagerström e Aubin (2009) sugerem que os sintomas de abstinência nicotínica (ansiedade, fissura, impaciência, inquietação, irritabilidade, falta de concentração) podem desencadear sintomas psicóticos devido ao estresse experimentado pelo paciente psiquiátrico.

No entanto, diversos estudos mostram mais benefícios com a retirada do tabaco do que malefícios.

De acordo com Taylor et al. (2014), parar de fumar está associado a benefícios à saúde mental. Há evidências de que os sujeitos que param de fumar apresentam melhora da ansiedade, depressão, estresse e qualidade de vida em comparação àqueles que permanecem fumando.

A revisão sistemática de Banham e Gilbody (2010) sugeriu evidência de que o estado mental do paciente psiquiátrico não é agravado se os sintomas estiverem controlados no início da intervenção.

Na Suíça, 19 portadores de transtornos mentais graves, internados em um hospital psiquiátrico, participaram de uma intervenção breve para cessação do uso de tabaco. Durante o período de 25 horas, foram propostas atividades de orientação, musicoterapia, banhos termais e grupos para incentivar a abstinência do tabaco. Foram oferecidos adesivos de nicotina. Os pacientes abstinentes expressaram bem-estar e satisfação. Embora sintomas de abstinência nicotínica fossem esperados, parte dos sujeitos relatou sentir os seguintes sintomas com menor frequência do que o habitual: insônia (45,5%); ansiedade e tensão (36,4%); fissura por cigarros (45,5%); depressão (36,4%); irritabilidade ou agressividade (27,3%); dificuldade de concentração (54,5%) (KEIZER et al., 2012).

Em um hospital psiquiátrico de Israel, 35 esquizofrênicos fumantes participaram de uma intervenção para cessar o uso do tabaco (cinco sessões de grupo). Eles foram comparados com 18 esquizofrênicos fumantes que não participaram da intervenção. Verificou-se melhora dos sintomas psiquiátricos nos que participaram da intervenção (GELKOPF et al., 2012).

Foi avaliada a eficácia de uma intervenção para cessação do uso de tabaco, iniciada durante a internação psiquiátrica em um hospital americano (n= 224). Durante a internação, não era permitido fumar. Cento e treze fumantes participaram da intervenção, tendo recebido terapia de reposição nicotina e participado de sessões de aconselhamento. Cento e onze fumantes foram utilizados como controles. Após a alta hospitalar, foram oferecidas aos sujeitos do grupo que passou pela intervenção de 10 semanas a dois meses de terapia de reposição nicotina. Ao avaliar os sujeitos no 3º, 6º, 12º e 18º mês após a intervenção,

identificou-se maior prevalência de abstinentes entre o grupo que passou pela intervenção em comparação aos controles. Verificou-se que a chance de reinternação entre os controles foi 92% maior em relação aos fumantes participantes da intervenção, sugerindo que parar de fumar tem um efeito terapêutico, prevenindo internações (PROCHASKA et al., 2014).

Kahler et al. (2011) conduziram um ensaio clínico randomizado com 236 fumantes, submetidos a quatro sessões semanais de aconselhamento, sendo a data para tentar parar de fumar definida na segunda sessão. Todos receberam adesivo nicotínico e foram avaliados uma semana após tentar parar de fumar e na 2ª, 8ª, 16ª e 26ª semana após a tentativa. Observou-se associação entre abstinência do tabaco e melhora dos sintomas depressivos. Os sujeitos que, ao longo das avaliações, pararam de fumar e depois voltaram, apresentaram menos sintomas depressivos no período em que estiveram abstinentes.

Pesquisa online acompanhou 3056 fumantes de diferentes nacionalidades por um ano. Não foi encontrada evidência de sintomas depressivos entre os sujeitos que pararam de fumar, independente de ter tido ou não depressão ao longo da vida. A chance dos sujeitos que permaneceram fumando apresentarem episódios de depressão foi 36% maior do que entre os abstinentes (TORRES et al., 2010).

De modo semelhante, um estudo que visava a avaliar uma intervenção para cessação do uso de tabaco em portadores de transtorno depressivo revelou que os fumantes abstinentes apresentaram, ao longo das avaliações, aumento do afeto positivo e menos sintomas depressivos, sugerindo que parar de fumar está associado à melhora do afeto dos portadores de transtorno depressivo (BLALOCK et al., 2008).

Com a cessação do uso do tabaco, os profissionais devem estar atentos ao risco de intoxicação medicamentosa. Conforme já exposto, o tabaco é metabolizado pela mesma enzima responsável pela metabolização de muitos medicamentos psiquiátricos. Como consequência, o fumante tem uma menor concentração de medicação na corrente sanguínea do que os não fumantes. Por exemplo, um fumante em uso de Olanzapina pode necessitar de uma dose 100% maior do que a prescrita para um não fumante. Como os fumantes comumente recebem dosagens maiores devido ao tabaco, quando ele para de fumar essa dosagem deve ser reajustada; o que muitas vezes não acontece, levando-o a intoxicação medicamentosa e risco de morte (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014; AUBIN et al., 2012; FAGERSTRÖM; AUBIN, 2009; WU et al., 2008; ZEVIN; BENOWITZ, 1999; WINTERER, 2010).

Estudo com profissionais de saúde mental do Reino Unido (n= 459) mostrou que 41% dos médicos não tinham conhecimento de que o tabaco diminui a concentração dos medicamentos psiquiátricos na corrente sanguínea. Ainda, 31% não sabiam que a dosagem dos medicamentos deve ser reduzida quando o paciente psiquiátrico para de fumar (risco de intoxicação) (RATSCHEN et al., 2009).

2.2.3.5 O tabagismo não é preocupação prioritária

O frequente uso de tabaco pelos pacientes psiquiátricos tornou o tabagismo uma característica dessa população. Para muitos profissionais é difícil separar a imagem do cigarro do portador de transtorno mental. Com isso, aos portadores de transtornos mentais são oferecidas menos oportunidades de tratamento para cessação do uso de tabaco do que à população em geral (PROCHASKA, 2011; SCHROEDER; MORRIS, 2010).

Pesquisa com 256 psicólogos americanos identificou que somente um terço questiona os pacientes sobre o uso de tabaco, sendo menos investigado do que o uso de álcool e drogas ilícitas. Em relação aos motivos para não abordarem o assunto, 45% acreditam que o tabaco não seja o principal problema dos pacientes, 26% receiam que eles não sejam receptivos à abordagem profissional, 21% justificam não terem sido preparados para esse tipo de abordagem e 19% não acreditam que o tabaco represente um risco para os pacientes (PHILLIPS; BRANDON, 2004).

Quatrocentos e cinquenta e nove profissionais de saúde de 25 unidades de internação psiquiátrica do Reino Unido responderam a um questionário que avaliava o conhecimento e as atitudes em relação ao uso de tabaco pelos portadores de transtornos mentais. Para 64,6%, o tabaco ajuda os pacientes a lidarem com o transtorno mental. Menos da metade (42,6%) sente que seja sua responsabilidade abordar o assunto, sendo este pensamento mais recorrente entre os profissionais fumantes. Quando solicitados para fornecerem uma nota de 0 a 10, indicando o quão importante acreditam que seja abordar o tabagismo durante o tratamento de saúde mental, a média das respostas foi 5 (RATSCHEN et al., 2009).

Ao investigar 224 fumantes internados em unidades psiquiátricas, Prochaska et al. (2014) encontraram que a minoria (4%) havia recebido, ao longo da vida, aconselhamento para cessar o uso de tabaco por profissionais de saúde. Em um segundo estudo de Prochaska

et al. (2011), alguns portadores de transtorno bipolar contaram que já foram desencorajados a pararem de fumar por profissionais da saúde.

Embora o uso de tabaco não seja um tema abordado pela maioria dos profissionais de saúde, admite-se que os pacientes psiquiátricos que recebem tratamento de saúde mental são mais prováveis de pararem de fumar do que aqueles que não recebem tratamento. Isso sugere que os serviços de saúde mental são locais propícios para ações de controle do uso de tabaco (COOK et al., 2014).

Os profissionais dos serviços de saúde mental são fundamentais para o controle do uso de tabaco entre os pacientes psiquiátricos devido ao frequente contato nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), nas consultas ambulatoriais e nas internações. Esse contato permite ao profissional desenvolver uma relação terapêutica de confiança, identificar a motivação e as dificuldades do portador de transtorno mental para tentar parar de fumar, além de identificar recaídas, monitorar o efeito da abstinência do tabaco na dosagem dos medicamentos e nos sintomas psiquiátricos (ZIEDONIS et al., 2008).

Diante do mito de que o tabaco não é preocupação prioritária no cuidado aos portadores de transtornos mentais, é importante discorrer sobre os prejuízos do tabagismo para essa população.

Estima-se que 46% das mortes anuais relacionadas ao tabaco, nos Estados Unidos, ocorram entre portadores de transtornos mentais. Há evidência de que os pacientes psiquiátricos morrem, em média, 25 anos mais cedo do que a população geral e que os esquizofrênicos tenham a expectativa de vida reduzida em 20%, sendo o uso de tabaco um dos principais fatores envolvidos (HENNEKENS et al., 2005; NATIONAL ASSOCIATION OF STATE MENTAL HEALTH PROGRAM DIRECTORS, 2010; PARKS et al., 2006; SCHROEDER, 2009).

Kelly et al. (2011) analisaram registros médicos de 1213 esquizofrênicos que haviam sido internados em serviços psiquiátricos dos Estados Unidos, entre 1994 e 2000. Cinquenta e cinco por cento eram fumantes, dentre os quais, 45% fumavam ≥ 1 maço de cigarros por dia. Foram identificadas 65 (9,8%) mortes entre os fumantes e 43 (7,8%) entre os não fumantes. O risco de os esquizofrênicos, na faixa etária de 35 a 54 anos de idade, que fumam ≥ 20 cigarros/dia, morrerem por doença cardíaca foi 170% maior se comparados aos não fumantes.

A falta de preocupação com o uso de tabaco pelos portadores de transtornos mentais ficou evidente em uma revisão sistemática da literatura, na qual foi identificado que apenas

metade dos guias de orientação sobre o risco cardiovascular em esquizofrênicos recomenda a cessação do tabagismo para essa população (HERT et al., 2011).

Ao investigar 100 diabéticos com diagnóstico de esquizofrenia e 99 diabéticos sem diagnóstico de transtornos mentais graves, uma pesquisa americana revelou que 100% dos fumantes sem transtornos mentais têm a pressão arterial aferida regularmente contra 86% dos fumantes esquizofrênicos. A chance de os esquizofrênicos fumantes terem o perfil lipídico investigado por meio de exames laboratoriais é 93% menor do que os fumantes sem transtornos mentais (HIMELHOCH et al., 2009).

Estudo espanhol com 1704 esquizofrênicos identificou que a chance de os fumantes sofrerem de doenças cardiovasculares nos próximos 10 anos é 2,63 vezes maior do que entre os não fumantes, independente da idade, sexo, colesterol total, HDL, hipertensão arterial e diabetes. Contudo, parar de fumar reduz em 90% a chance de o esquizofrênico ter alguma doença cardiovascular na próxima década. Diante dos resultados, os autores defendem que a saúde física dos portadores de transtornos mentais deve ser considerada no plano de cuidado (BOBES et al., 2010). Ao não levar em consideração o uso de tabaco, há uma fragmentação do cuidado.

Entre os prejuízos sociais, destaca-se o comprometimento de aproximadamente um terço da renda familiar na compra de cigarros, prejudicando uma alimentação saudável, atividades de lazer, entre outras despesas importantes (STEINBERG; WILLIAMS; ZIEDONIS, 2004).

Na opinião de alguns estudiosos do tema, além do prejuízo financeiro, a proibição do fumo nos ambientes públicos e a diminuição de sua aceitação como um hábito social contribuem para que o fumante seja estigmatizado. Com isso, o portador de transtorno mental que fuma tabaco se isola e passa a ter mais dificuldade para conseguir emprego e participar de outras atividades sociais (BROWN-JOHNSON et al., 2015; CASTALDELLI-MAIA; VENTRIGLIO; BHUGRA, 2016; SCHROEDER, 2008).

Uma coorte com 12.067 americanos de Framingham identificou, entre 1971 e 2000, redução expressiva do número de fumantes, acompanhada por mudança de seu papel social. Em 1971, as interações sociais dos fumantes com familiares e amigos eram semelhantes às dos não fumantes. Após três décadas, no entanto, os fumantes passaram a ser marginalizados nos relacionamentos sociais (CHRISTAKIS; FOWLER, 2008).

Segundo Schroeder (2008), a marginalização dos fumantes afeta potencialmente os portadores de transtornos mentais devido à alta prevalência de uso de tabaco entre eles. O estigma associado ao tabagismo é somado ao estigma decorrente do transtorno mental, gerando um árduo fardo para o paciente psiquiátrico.

Ao analisar os prejuízos físicos, mentais e sociais que o uso de tabaco acarreta para os portadores de transtornos mentais, reconhece-se o tabagismo como um grave problema de saúde pública que requer intervenção (RUTHER et al., 2014; SCHROEDER, 2009).

A Organização Mundial da Saúde definiu saúde como “um estado de completo bem estar físico, mental e social” (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1946). Nessa perspectiva, diante dos potenciais anos de vida ganhos com a cessação do uso do tabaco, a melhora da qualidade de vida física e mental, bem como do funcionamento social, parar de fumar torna-se prioridade para todas as pessoas. A promoção da abstinência do tabaco entre os portadores de transtornos mentais deve ser integrada às metas dos serviços de psiquiatria a fim de se garantir o seu bem estar físico, mental e social (RUTHER et al., 2014; SCHROEDER, 2009).

É importante que os profissionais estejam conscientes de que o contato que os portadores de transtornos mentais estabelecem com eles é uma das poucas oportunidades que essas pessoas têm de serem orientadas sobre os prejuízos do tabaco para sua saúde física e mental e de receberem orientações que os ajudem nas tentativas de parar de fumar (COOK et al., 2014).

Além dos prejuízos pessoais, a alta prevalência de uso de tabaco entre os pacientes psiquiátricos impacta diretamente a sociedade. Ao avaliar os custos diretos e indiretos decorrentes do uso do tabaco pelos portadores de transtornos mentais do Reino Unido, Wu et al. (2014) identificaram, nos anos de 2009 e 2010, custos atribuíveis ao tabagismo equivalente a 2,34 milhões de libras: 719 milhões com custos diretos (internações, atendimentos ambulatoriais, consultas de enfermagem, prescrições); 823 milhões como consequência do absenteísmo no trabalho devido às doenças tabaco relacionadas (diminuição da produtividade); 797 milhões em mortes prematuras. Estima-se que cada fumante custe, anualmente, ao governo do Reino Unido 650 libras (gastos diretos e indiretos), ao passo que o custo médio de tratamento para dependência nicotínica é de 220 libras por fumante. Portanto, cessar o uso de tabaco é uma das intervenções de saúde pública com melhor custo-efetividade.

Embora o gasto anual que cada fumante impõe ao governo do Reino Unido seja alto, esclarece-se que nessa soma não foram incluídos os custos relacionados às consequências do fumo passivo nos serviços de saúde mental, os prejuízos devido a incêndios causados por descarte inadequado de bitucas e a dosagem mais elevada de medicamentos psiquiátricos (WU et al., 2014).

Estima-se que o tabagismo aumenta, anualmente, em 40 milhões de libras o gasto com medicações psiquiátricas, uma vez que os fumantes necessitam de doses maiores para obterem o mesmo efeito terapêutico que os não fumantes. A redução de 25% da prevalência de fumantes entre os portadores de transtornos mentais do Reino Unido corresponderia a um ganho de 5,5 milhões de anos de vida entre esses sujeitos (ROYAL COLLEGE OF PHYSICIANS, 2013).

Contradizendo o mito, é imperativo que os portadores de transtornos mentais sejam prioridade nos esforços de cessação do tabagismo. De acordo com Wu et al. (2014), o controle do uso de tabaco entre a população psiquiátrica não é somente prioridade clínica ou humanitária, mas também econômica.

Prochaska, Hall e Bero (2008) levantaram um questionamento interessante que serve para reflexão dos profissionais da saúde e daqueles envolvidos nas políticas de controle do tabagismo: “Será que os doentes mentais são o maior grupo remanescente de fumantes não porque precisem fumar, mas porque sejam os últimos a serem tratados?” (p. 562).

Diante desse questionamento, a preocupação com o uso de tabaco deve ser incluída na mudança que se espera no cuidado em toda a rede de serviços de saúde, desde a prevenção até o tratamento psiquiátrico e a reabilitação psicossocial.

A enfermagem, por permanecer a maior parte do tempo ao lado dos pacientes, nas diferentes unidades da rede de saúde, poderá contribuir para essa mudança.

3 OBJETIVO

3.1 OBJETIVO GERAL

Estimar a prevalência e identificar o perfil epidemiológico do uso de tabaco da população psiquiátrica dos níveis secundário e terciário de atenção comparados à população geral da rede básica de saúde do município de Marília – São Paulo.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Estimar a prevalência de fumantes entre a população psiquiátrica dos níveis secundário e terciário de atenção e a população geral da rede básica de saúde.

- Descrever e comparar, entre a população psiquiátrica dos níveis secundário e terciário de atenção e a população geral da rede básica de saúde, a história pregressa e o perfil atual do uso de tabaco.

- Investigar o perfil pessoal, sociodemográfico e clínico da população psiquiátrica dos níveis secundário e terciário de atenção e da população geral da rede básica de saúde, identificando os fatores associadas ao uso de tabaco.

- Estimar, entre a população psiquiátrica dos níveis secundário e terciário de atenção e a população geral da rede básica de saúde, o grau de dependência do tabaco e as razões para fumar, identificando os fatores associados.

- Investigar a opinião da população psiquiátrica dos níveis secundário e terciário e da população geral da rede básica de saúde sobre a proibição do fumo de tabaco nos serviços de saúde.

4 MATERIAL E MÉTODO

4.1 MODELO DO ESTUDO

A epidemiologia compreende um “conjunto de conceitos, teorias e métodos que permite estudar, conhecer e transformar o processo saúde-doença na dimensão coletiva” (RUFFINO-NETTO; PASSOS, 2005, p. 31). Ao investigar a frequência das doenças, sua distribuição e determinantes na população, propicia ao pesquisador uma compreensão do objeto do estudo, das associações existentes e de sua magnitude (FRANCO; PASSOS, 2005; GORDIS, 2004; HENNEKENS; BURING, 1987; MACMAHON; PUGH, 1970).

Os estudos epidemiológicos transversais investigam a presença do desfecho e dos fatores de exposição em um único momento. Por utilizarem todos os sujeitos da população ou amostras representativas, definem os padrões da doença, retratando com fidedignidade sua frequência e o modo como se distribui na população. São primordiais na organização dos serviços de saúde, no planejamento do cuidado e no desenvolvimento de políticas públicas (FRANCO; PASSOS 2005; GORDIS, 2004; HENNEKENS; BURING, 1987; ROTHMAN; GREELAND; LASH, 2008).

Em vista do exposto, foi realizado um estudo epidemiológico descritivo-analítico, de corte transversal, nos serviços de saúde mental (níveis secundário e terciário de atenção à saúde) e na atenção básica do município de Marília – São Paulo.

4.2 LOCAIS DO ESTUDO

Marília é um município da região centro-oeste do interior paulista. Em 2014, a população estimada era de 230.336 habitantes (BRASIL, 2014d). Foi escolhida para este estudo por ser uma das referências em saúde no estado de São Paulo.

Em Marília há seis serviços psiquiátricos e de saúde mental: 1) Ambulatório de Saúde Mental (ASM); 2) Centro de Atenção Psicossocial (CAPS II); 3) Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS-ad); 4) Centro de Atenção Psicossocial Infantil (CAPSi); 5) Enfermaria Psiquiátrica de Hospital Geral (EPHG) e 6) Hospital Psiquiátrico (HP).

Para representar a população de portadores de transtornos mentais do município, o estudo foi realizado em dois serviços – Ambulatório de Saúde Mental (ASM) e unidades de agudos do Hospital Psiquiátrico (HP) –, tendo em vista que os portadores de transtornos mentais que internam na EPHG são acompanhados no ASM após a alta hospitalar e que os pacientes que frequentam o CAPS II, devido à cronicidade do transtorno, são comumente encaminhados para o HP, quando necessitam de internação.

No que tange à população geral, em Marília há 12 Unidades Básicas de Saúde (UBS) e 35 Unidades de Saúde da Família (USF). Foi escolhida, por conveniência, a UBS Nova Marília por ser uma das unidades com maior fluxo de pacientes.

4.2.1 Ambulatório de Saúde Mental

O ambulatório de saúde mental (ASM) pertence ao complexo assistencial do Hospital das Clínicas de Marília, administrado pela Faculdade de Medicina de Marília (Famema). Está sediado na Unidade III do Hospital das Clínicas (HC III), na região sul do município. Realiza em torno de 4000 consultas por mês.

O ASM está localizado no andar térreo, próximo à entrada principal. Possui uma recepção, duas salas de espera, 20 consultórios, uma sala de procedimentos e banheiros para pacientes e funcionários. Sua localização facilita o acesso dos pacientes à área externa para fumarem cigarros, enquanto aguardam pelas consultas.

Profissionais: dois porteiros; três recepcionistas; dois assistentes sociais; um auxiliar de enfermagem; um enfermeiro; 12 médicos assistentes; um nutricionista; quatro psicólogos; um terapeuta ocupacional e um secretário (responsável pelo agendamento de perícias e das consultas realizadas por alunos de medicina).

Além dos profissionais fixos, há 12 médicos residentes (1º, 2º e 3º anos de residência), dois aprimorandos de psicologia, alunos do 5º e do 6º anos de medicina e três miniequipes do 2º ano de residência multiprofissional em saúde mental, compostas por assistentes sociais, enfermeiros, psicólogos e terapeutas ocupacionais.

O ASM funciona de segunda a sexta-feira, das 8h às 17h. O encaminhamento dos pacientes, para este ambulatório, ocorre por meio do Pronto-Socorro do HC I, Pronto-Atendimento da região sul do município, enfermaria psiquiátrica do HC III e hospital psiquiátrico (Figura 2).

Figura 2 – Fluxograma do atendimento dos portadores de transtornos mentais no Ambulatório de Saúde Mental (ASM) – Marília/SP, 2014

Esclarece-se que os programas específicos, descritos na Figura 2, são destinados ao estudo dos casos. Definidos o diagnóstico e a terapêutica que será adotada, os pacientes

passam a ser acompanhados pelos médicos assistentes ou residentes de acordo com a agenda individual (manutenção) de cada profissional (FACULDADE DE MEDICINA DE MARÍLIA, 2014).

Há atendimento de enfermagem, de psicologia e de assistência social, diariamente. Os atendimentos médicos são organizados de acordo com os programas (Quadro 3).

Quadro 3 – Cronograma de atendimento médico do ASM – Marília/SP, 2014

	2ª feira	3ª feira	4ª feira	5ª feira	6ª feira
Manhã	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Transtornos do humor ▪ Interconsulta 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Transtornos psicóticos ▪ Ambulatório geral didático (4º ano) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Transtornos alimentares 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Infanto-Juvenil 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Agenda de manutenção
Tarde	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Transtornos de personalidade ▪ Transtornos de ansiedade 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Demências ▪ Álcool e Drogas ▪ Ambulatório geral didático (4º ano) ▪ Triagem 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Egressos internação psiquiátrica ▪ Retaguarda 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Agenda de manutenção ▪ Ambulatório geral didático (4º ano) ▪ Triagem 	-

4.2.2 Hospital Psiquiátrico

O Hospital Espírita de Marília (HEM) localiza-se na região oeste do município. É um hospital filantrópico de média complexidade para atendimento de demanda referenciada, com administração privada e sob gestão do município (BRASIL, 2014e).

O hospital tem capacidade operacional para 215 leitos SUS, destinados a pacientes psicóticos e dependentes químicos, dividido em cinco unidades: 1) feminina (n= 51); 2) masculina dependentes químicos (n= 46); 3) masculina psicóticos (n= 36); 4) menores infratores (n= 20) e 5) moradores (n= 62), além de uma unidade particular com 48 leitos.

A instituição conta com 20 leitos de Hospital Dia e com o programa “Lar abrigado”, no qual são acolhidos 19 moradores, egressos de internações psiquiátricas de longa permanência e que não possuem vínculos familiares. Eles são divididos em cinco casas, anexas ao hospital e com acesso à rua.

O estudo foi conduzido em duas unidades destinadas a pacientes agudos do SUS: 1) unidade feminina e 2) unidade masculina de psicóticos.

A unidade feminina, conhecida como Izabel Vianna, é a única unidade que recebe tanto pacientes psicóticos como dependentes químicos. Trinta e nove leitos são destinados

A unidade masculina de psicóticos, conhecida como Pedro Marun, recebe em média 36 pacientes por mês, com tempo médio de permanência hospitalar de 34 dias.

É composta por uma UCE com seis leitos, cinco quartos com banheiro (em média seis camas por quarto), uma sala de televisão, uma sala para atendimento e um posto de enfermagem. Há uma área ao ar livre, dividida com os pacientes masculinos da unidade de dependentes químicos.

Trabalham na unidade um enfermeiro, dez auxiliares/técnicos de enfermagem, uma psicóloga e um psiquiatra.

O cronograma das atividades da unidade Pedro Marun é descrito no Quadro 5.

Quadro 5 – Cronograma de atividades da unidade masculina de internação do HP – Marília/SP, 2014

	Domingo	2ª feira	3ª feira	4ª feira	5ª feira	6ª feira	Sábado
7h30	Café da manhã						
8h00	-	Passe espírita					
9h00	Reunião com médico, assistente social e psicólogo	-	-	Atendimento de psicologia (individual ou em grupo)			Terapia ocupacional
11h30	Almoço						
14h00	-	Visita			Visita		Visita
15h00	Chá da tarde						
15h30	Cantina e acesso ao telefone público			Cantina e acesso ao telefone público		Cantina e acesso ao telefone público	
17h30	Jantar						
20h00	Chá da noite						

*Na unidade masculina, atividades de TO estão disponíveis de segunda a sexta-feira das 9h às 14h30.

Além dos funcionários específicos das unidades, o hospital disponibiliza de um clínico geral, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais e enfermeiros plantonistas.

Aos pacientes de ambas as unidades, é permitido fumar um maço de cigarros por dia. Os cigarros são trazidos pelos pacientes e familiares e ficam sob controle da equipe de enfermagem. A cada dia, no início da manhã, os pacientes assinam um livro de controle atestando que seu maço de cigarros foi entregue.

Na unidade feminina, há um isqueiro afixado na parede do refeitório com livre acesso às pacientes. Na masculina, o isqueiro deve ser solicitado aos profissionais da enfermagem.

4.2.3 UBS Nova Marília

A UBS Nova Marília localiza-se na região sul de Marília. Há 10.325 pessoas cadastradas e 3.252 famílias. É referência no município para colposcopia, dermatologia, pequenas cirurgias e pneumologia infantil.

São realizadas, por mês, uma média de 1450 consultas médicas e 11.564 procedimentos (atendimento pelos demais profissionais de nível superior, ações de enfermagem de nível médio e exames).

Funciona de segunda a sexta-feira, das 7h às 18h. O portão é aberto às 6h para que os pacientes possam aguardar pelo início dos atendimentos na área interna da unidade.

Instalações físicas: recepção; 13 salas (espera, acolhimento, agendamento de consultas, coleta de sangue, curativo, eletrocardiograma, enfermagem, imunização, nebulização, pequenas cirurgias, prontuários, reuniões, controle da pressão arterial); farmácia; seis biombos para fisioterapia; 40 consultórios; cozinha; quatro banheiros para pacientes; dois banheiros para funcionários e estacionamento.

Setenta e dois profissionais trabalham na UBS (Figura 3).

*1 cirurgião geral, 4 clínicos, 1 dermatologista, 3 ginecologistas, 6 pediatras e 1 pneumologista

Figura 3 – Relação dos profissionais da UBS Nova Marília – Marília/SP, 2014

4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

Foram investigados três grupos populacionais: P1 – portadores de transtornos mentais que frequentam o ambulatório de saúde mental (ASM); P2 – portadores de transtornos mentais atendidos nas unidades de agudos do hospital psiquiátrico (HP); P3 – população geral que busca atendimento na Unidade Básica de Saúde (UBS).

Crerérios de inclusão: residir em Marília, frequentar o serviço de saúde durante o período da coleta dos dados e aceitar participar do estudo. Foram excluídos os menores de 15 anos de idade (para garantir comparabilidade com importantes estudos subsidiados pela Organização Mundial da Saúde), os indivíduos que fazem uso problemático de álcool e drogas ilícitas sem comorbidades psiquiátricas, os impossibilitados de se comunicarem verbalmente e aqueles com diagnóstico de retardo mental.

Para inclusão dos participantes nos diferentes grupos, foram adotadas as seguintes definições: 1) **fumante atual** – indivíduo que declara fumar, atualmente, algum produto do tabaco, independente da frequência (fumantes diários e ocasionais), da quantidade e de quando começou fumar; 2) **ex-fumante** – indivíduo que não fuma atualmente, porém declara que, no passado, fumava diariamente (por mais de 30 dias) ou ocasionalmente (por mais de três meses); 3) **nunca fumante** – indivíduo sem história de fumo regular de tabaco – apenas experimentou, fumou diariamente por menos de um mês ou ocasionalmente por período inferior a três meses (BRASIL, 2011c).

Com nível de significância (α) de 5% e beta (β) de 10%, o tamanho amostral foi calculado com base na estimativa da prevalência de fumantes na população do ambulatório de saúde mental ($P_1 = 40\%$) e do hospital psiquiátrico ($P_2 = 60\%$). Estimou-se que seriam necessários 378 participantes, 126 para cada serviço (ASM, HP e UBS).

$$n = \frac{(Z_{\alpha} + Z_{\beta})^2 \times (P_1 Q_1 + P_2 Q_2)}{(P_1 - P_2)^2} \quad n = \frac{(1,96 + 1,28)^2 \times (40 \times 60 + 60 \times 40)}{(40 - 60)^2} \quad n = 126$$

Para assegurar o delineamento de corte transversal, a coleta dos dados com as três populações foi realizada concomitantemente, um dia da semana (manhã e tarde) para cada serviço. Os dias de coleta foram alternados entre os serviços, de modo que todas os pacientes tivessem a mesma probabilidade de pertencer à amostra. A ordem dos locais do estudo, segundo o dia da semana, apresentada no Quadro 6, foi repetida até que se completou o

número de participantes (n= 378). A seleção desses participantes foi realizada por conveniência, respeitando-se a ordem de chegada para atendimento ou de internação.

Quadro 6 – Distribuição dos dias de coleta dos dados no ASM, no HP e na UBS – Marília/SP, 2014

	Segunda-feira	Terça-feira	Quarta-feira	Quinta-feira	Sexta-feira
1ª semana	ASM		UBS		HP
2ª semana	HP	ASM		UBS	
3ª semana		UBS	ASM	HP	
4ª semana			HP	ASM	UBS
5ª semana	UBS	HP			ASM

4.4 INSTRUMENTOS DE COLETA DOS DADOS

Foram utilizados sete questionários, sendo os questionários 4.4.1 ao 4.4.5, destinados a todos os participantes (fumantes, ex-fumantes e não fumantes) e os 4.4.6 e 4.4.7, destinados apenas aos fumantes.

4.4.1 Questionário de identificação dos pacientes que frequentam os serviços de saúde mental e de atenção básica (APÊNDICE A)

Elaborado para o estudo a fim de se obter informações pessoais, sociodemográficas e clínicas dos participantes: data de nascimento; sexo; escolaridade; estado civil; arranjo domiciliar; filhos; religião autorreferida; prática religiosa; ocupação atual; benefícios do governo; situação de trabalho antes do transtorno mental; diagnóstico psiquiátrico principal; duração do transtorno mental, a partir do diagnóstico; psicofármacos em uso no momento; internações psiquiátricas; tentativas de suicídio; comorbidades somáticas; uso de tabaco, álcool e drogas ilícitas.

Além dos itens de identificação, o questionário contém 11 afirmativas, elaboradas especialmente para este estudo, as quais investigam a opinião dos participantes sobre o fumo e sua proibição nos serviços de saúde. Para cada afirmativa, há três possibilidades de resposta: concordo, discordo e não sabe.

4.4.2 Escala de monitoramento de risco de suicídio (ANEXO A)

É uma das escalas da versão brasileira (5.0.0) do *Mini International Neuropsychiatric Interview* (MINI). É composta por seis questões que abordam história de tentativas de suicídio

ao longo da vida, assim como ideações e tentativas no último mês. O risco de suicídio atual é classificado em baixo (1 a 5 pontos), moderado (5 a 9 pontos) e alto (≥ 10 pontos) (LECRUBIER et al., 2002).

4.4.3 Escala Breve de Avaliação Psiquiátrica – BPRS (ANEXO B)

Avalia, nos últimos três dias, a presença e a gravidade de 18 sintomas – preocupações somáticas; ansiedade psíquica; retraimento emocional; desorganização conceitual (incoerência); autodepreciação e sentimentos de culpa; ansiedade somática; distúrbios motores específicos; autoestima exagerada; humor deprimido; hostilidade; desconfiança; alucinações; retardo psicomotor; falta de cooperação; conteúdo do pensamento incomum; afeto embotado ou inapropriado; agitação psicomotora e desorientação/confusão –.

A avaliação da gravidade de cada sintoma (0= ausente; 1= muito leve ou com presença duvidosa; 2= presente em grau leve; 3= presente em grau moderado; 4= presente em grau grave ou extremo) é realizada após condução de uma breve entrevista com roteiro estruturado – SIG-BPRS (ANEXO C). Para garantir consistência da avaliação, cada nível de gravidade recebe uma definição operacional (aspectos que devem ser observados).

A confiabilidade interclasse da BPRS, com utilização do roteiro de entrevista, foi de 0,91 para avaliadores sem experiência clínica e 0,93 para avaliadores experientes (GORENSTEIN; ANDRADE; ZUARDI, 2000).

4.4.4 Inventário de ansiedade traço – IDATE (ANEXO D)

Diferente de alguns itens da BPRS, que avaliam a gravidade da ansiedade nos últimos três dias, o IDATE-traço avalia como geralmente o indivíduo se sente (ansiedade como parte da personalidade).

É composto por 20 afirmativas, sendo as possíveis respostas: 1) quase nunca; 2) às vezes; 3) bastante e 4) quase sempre. As afirmativas 1, 6, 7, 10, 13, 16 e 19 apresentam pontuação reversa, conforme exemplificado na Tabela 1.

Tabela 1 – Pontuações do IDATE-traço

Questões do IDATE-traço	Quase nunca	Às vezes	Bastante	Quase sempre
2, 3, 4, 5, 8, 9, 11, 12, 14, 15, 17, 18, 20	1	2	3	4
1, 6, 7, 10, 13, 16, 19	4	3	2	1

A partir do IDATE-traço, são classificados quatro níveis de ansiedade: baixo (20 a 34 pontos); moderado (35 a 49 pontos); elevado (50 a 64 pontos) e altíssimo (65 a 80 pontos) (COLETA; COLETA, 1996).

4.4.5 Identificação do uso de tabaco (ANEXO E)

Com o intuito de comparar os resultados das pesquisas sobre tabagismo entre os diferentes países, a Organização Mundial da Saúde instituiu um sistema de vigilância que utiliza protocolos padronizados para investigar o uso de tabaco nas populações de interesse. Um deles é o “Global Adult Tobacco Survey (GATS)”, conhecido no Brasil como “Pesquisa Especial sobre tabagismo - PETab”. É constituído por 91 questões que investigam o uso de tabaco na população geral ≥ 15 anos de idade (BRASIL, 2011c).

Desse protocolo, foram selecionadas 21 questões, relacionadas aos objetivos deste estudo. Foram acrescentadas as variáveis: 1) comprometimento da renda mensal na compra de produtos do tabaco (%), calculada a partir da renda mensal e do valor gasto por mês com tabaco e 2) importância do tabaco, a ser indicada em uma régua numerada de 0 a 10.

4.4.6 Teste de Dependência à Nicotina de Fagerström – FTDN (ANEXO F)

Composto por seis questões que investigam o padrão do fumo de cigarros (primeiro cigarro do dia, dificuldade em não fumar em lugares proibidos, cigarro do dia que traz mais satisfação, quantidade, período que fuma com maior frequência e se fuma mesmo estando doente).

A cada resposta é atribuído um valor, sendo a dependência do tabaco classificada a partir da soma total: muito baixo (0 a 2 pontos); baixo (3 a 4 pontos); médio (5 pontos); elevado (6 a 7 pontos) e muito elevado (8 a 10 pontos).

O FTDN foi validado no Brasil (teste-reteste 0.915 e α de Cronbach 0.642), sendo considerado teste “*standard*” na avaliação da dependência do tabaco (CARMO; ANDRÉS-PUEYO, 2002).

4.4.7 Escala Razões para fumar Modificada – ERPFM (ANEXO G)

Desenvolvida com o intuito de avaliar as razões das pessoas para fumar tabaco.

É composta por 21 afirmativas e avalia sete fatores: 1) dependência (afirmativas 5, 12 e 19); 2) prazer de fumar (afirmativas 3, 10 e 17); 3) redução da tensão/relaxamento (afirmativas 4, 11 e 18); 4) tabagismo social (afirmativas 7, 14 e 21); 5) estimulação (afirmativas 1, 8 e 15); 6) hábito/automatismo (afirmativas 6, 13 e 20) e 7) manuseio (2, 9 e 16).

Os participantes indicam o quanto cada afirmativa da ERPFM se aplica ao seu cotidiano: (1) nunca; (2) raramente; (3) às vezes; (4) frequentemente e (5) sempre (SOUZA et al., 2009).

Esclarece-se que estava prevista a aplicação do Critério Classificação Econômica Brasil (CCEB-2014) e da escala “Ladder Scale”, a qual avalia a prontidão para mudança do uso do tabaco. Embora se tenha coletado essas informações, esses instrumentos não foram incluídos neste estudo, pois foram inseridas versões equivocadas dos questionários no aplicativo, o que inviabilizou a utilização dos dados obtidos.

4.5 ASPECTOS ÉTICOS

O projeto foi registrado na Plataforma Brasil/CONEP sob nº CAAE 21101113.3.0000.5393 e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - EERP/USP (308/2013) (ANEXO H). As equipes técnicas dos locais do estudo foram consultadas quanto à possibilidade da coleta dos dados.

Os participantes assinaram duas vias do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (APÊNDICE B), tendo uma cópia sido arquivada com a pesquisadora. Nos casos em que foi percebida diminuição da capacidade de consentimento, também foi obtida assinatura do responsável.

Os menores de 18 anos de idade assinaram um termo de assentimento (APÊNDICE C) e seus responsáveis um TCLE autorizando a participação do menor (APÊNDICE D).

4.6 AVALIAÇÃO DOS QUESTIONÁRIOS POR JUÍZES E ESTUDO PILOTO

Os questionários foram enviados para quatro juízes, especialistas em saúde mental, para que avaliassem as variáveis em relação à pertinência, compreensão, clareza, opções de respostas e formatação.

Foram convidados dois juízes, docentes da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (EERP-USP) e dois da Faculdade de Medicina de Marília (Famema). Os juízes foram procurados, pessoalmente, para entrega de cinco documentos: 1) carta solicitando participação e orientando os aspectos do questionário que deveriam ser avaliados (APÊNDICE E); 2) resumo do projeto; 3) questionários do estudo; 4) formulário para escrever a avaliação (APÊNDICE F) e 5) TCLE (APÊNDICE G). Foi fornecido um prazo de 30 dias para devolução da avaliação.

No formulário dos juízes é apresentado o código das variáveis. Para cada variável deveriam ser respondidas as seguintes questões: 1) Sua utilização é pertinente? 2) É fácil de compreender? 3) As opções de respostas são claras? 4) As opções de respostas são suficientes? 5) A formatação está adequada? 6) Este item pode ser melhorado? As opções de respostas eram ①Sim e ②Não.

Ao final de cada parte do questionário, era solicitado que os juízes indicassem o que poderia ser melhorado. Para as variáveis obtidas por meio de escalas validadas por outros autores, era solicitado aos juízes que respondessem somente as perguntas que avaliavam a pertinência para inclusão no estudo, compreensão e formatação.

Após avaliação dos juízes, os questionários foram modificados em relação à apresentação dos itens (erros de digitação e ordem de aplicação). À variável “arranjo domiciliar” foram acrescentadas quatro alternativas: “sem companheiro, com familiares”; “sem companheiro, com outras pessoas”; “com companheiro e familiares” e “com companheiro e outras pessoas”.

Dois juízes sugeriram que à variável “estado civil” fosse adicionada a opção “amasiado(a)”. A sugestão não foi atendida, considerando que esta condição não é prevista como estado civil no Código Civil Brasileiro. Um juiz externou preocupação com a extensão dos questionários.

Os questionários com as adequações foram aplicados em uma amostra piloto, constituída por seis fumantes – dois de cada serviço (ASM, HP e UBS) – a fim de testar o tempo de resposta, a compreensão das questões e a funcionalidade do banco de dados criado.

Para seleção desses participantes foram considerados os mesmos critérios de inclusão e de exclusão da amostra principal. Foi-lhes solicitado que assinassem o TCLE. O estudo piloto não indicou necessidade de modificação nos questionários.

4.7 DESENVOLVIMENTO DE APLICATIVO PARA A COLETA DOS DADOS

Após a avaliação dos questionários pelos juízes e realização do estudo piloto, iniciou-se o desenvolvimento tecnológico do aplicativo *TabacoQuest*, utilizando o sistema operacional *Android* para coleta informatizada de dados em dispositivo móvel. Desenvolvido em parceria com o grupo de pesquisa do Laboratório de Inteligência em Saúde da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (FMRP-USP) (OLIVEIRA et al., 2016).

Foram realizadas reuniões de planejamento com os cientistas da computação. Nessa etapa, foram definidas as características do aplicativo e os recursos que seriam inseridos, considerando-se três critérios: 1) segurança dos dados; 2) benefícios para os pacientes (aumento da motivação e da atenção durante as entrevistas); 3) facilidade e otimização do tempo dos pesquisadores na aplicação dos questionários.

Considerando-se a extensão e a complexidade dos questionários, definiu-se que as respostas seriam assinaladas no dispositivo móvel pela pesquisadora, porém os participantes acompanhariam o preenchimento. Para que os participantes acompanhassem a leitura das questões e suas alternativas de respostas, foi escolhido um dispositivo com tela maior, com boa resolução, contendo características de alta qualidade e que tivesse bateria com longa duração. Utilizou-se o *tablet Samsung Galaxy Note®*, com tela de 10.1 polegadas, Quad Core 1.4 Ghz, sistema operacional Android 4.0, bateria de 7000 mAh e memória interna de 16 GB.

O *TabacoQuest* possui três funções integradas: 1) coleta dos dados, 2) armazenamento local no banco de dados nativo do dispositivo e 3) exportação dos dados para visualização e análise (geração automática do banco de dados). Para tanto, previu-se a necessidade de um computador e de um cabo USB para que os dados pudessem ser transferidos para o computador e visualizados em uma planilha Excel. Para a criação do banco de dados em planilha *Excel*, os cientistas da computação seguiram um dicionário de variáveis (APÊNDICE H) desenvolvido sob orientação de um profissional com conhecimentos aprofundados de estatística.

Visando a tornar o aplicativo atrativo para os participantes, optou-se pela interface que melhor realçava o texto (fundo azul-escuro) e que propiciaria economia da bateria do dispositivo móvel. Utilizou-se fonte *Arial Rounded MT Bold*, cor amarela, para as perguntas e palavras que requeriam destaque, e cor branca, com efeito sombreado para as respostas.

Foi idealizada e construída uma interface amigável, sem excesso de informações visuais ou necessidade de diversos comandos (*touches*) em uma única tela. A fim de promover interação com o entrevistado, em alguns momentos, ele seria incentivado, com a supervisão da pesquisadora, a registrar sua própria resposta tocando na tela do *tablet*. Os elementos gráficos eram atrativos e permitiram interação, proporcionando melhor atenção e motivação dos participantes (Figura 4).

Figura 4 – Telas (*screenshots*) do TabacoQuest para exemplificação

Os recursos utilizados com o intuito de otimizar o tempo da entrevista e a validade das respostas são detalhados no Quadro 7.

Quadro 7 – Apresentação dos recursos do *TabacoQuest*, finalidades e vantagens

Recurso	Finalidade e vantagens
✓ Calculadora	<p>✓ Converter unidades de medida. Por exemplo, a variável “há quanto tempo parou de fumar” (D4) deve ser registrada no banco de dados como “dias”. Se o pesquisador assinalar a resposta em anos, meses ou semanas, a calculadora faz a conversão automática para dias.</p> <p>✓ Somar os pontos das escalas obtidos a partir das respostas. Por exemplo, no inventário ansiedade-traço (C32) são apresentadas 20 afirmativas para o entrevistado, porém apenas a soma total dos pontos é transferida para o banco de dados. O aplicativo realiza automaticamente a soma da pontuação.</p> <p><i>Vantagem:</i> evita erros de cálculo, aumentando a precisão das respostas.</p>
✓ Cronômetro	<p>✓ Cronometrar o tempo de duração da entrevista.</p>
✓ Funcionamento independente de internet (off-line)	<p>✓ Prevenir interrupção das entrevistas devido à queda de sinal da internet.</p> <p><i>Vantagem:</i> evita perda de sujeitos</p>
✓ Lógica de ramificação	<p>✓ Mostrar apenas perguntas que se aplicam ao entrevistado, de acordo com as respostas anteriores. Por exemplo, se o sujeito responder que não é fumante, não são mostradas as variáveis específicas para os fumantes.</p> <p><i>Vantagem:</i> questões que seriam assinaladas como “não se aplica” não são perguntadas, tornando a entrevista mais rápida e menos cansativa. Esse recurso evita vieses, aumentando a acurácia das respostas no banco de dados.</p>
✓ <i>Radio button</i>	<p>✓ Não permitir a seleção de mais de uma resposta para perguntas de resposta única</p> <p><i>Vantagem:</i> aumenta a validade do banco de dados. Uma pergunta de resposta única com seleção de mais de uma alternativa, anularia a questão.</p>
✓ Validação de campos	<p>✓ Não permitir o prosseguimento da entrevista se alguma questão não for respondida.</p> <p><i>Vantagem:</i> elimina a possibilidade de respostas em branco.</p>
✓ Visual atrativo	<p>✓ Aumentar o interesse e a atenção dos entrevistados.</p> <p><i>Vantagem:</i> torna a entrevista menos cansativa.</p>
✓ Tabulação automática	<p>✓ Transferir as respostas diretamente para planilha <i>Excel</i>.</p> <p><i>Vantagem:</i> evita erros de digitação e economiza tempo do pesquisador.</p>

A fim de testar a acurácia das respostas assinaladas no *tablet* e as respostas transferidas para o banco de dados, foram criados 20 participantes fictícios para execução de testes.

As respostas dos participantes fictícios, preenchidas inicialmente nos questionários impressos, foram registradas diversas vezes no aplicativo. Depois de transferidas para a planilha *Excel*, os pesquisadores conferiam se as respostas do banco de dados eram as mesmas do papel. Para cada erro identificado, os cientistas da computação realizavam as correções necessárias de implementação no aplicativo e apresentavam uma nova versão corrigida. Com o banco de dados “limpo”, as respostas dos 20 pacientes fictícios eram registradas novamente,

dando-se sequência à conferência da acurácia dos dados. Esses procedimentos foram repetidos diversas vezes até que todos os erros identificados foram corrigidos (Figura 5).

Figura 5 - Processo de testes do *TabacoQuest*
Fonte: OLIVEIRA et al., 2016

Após avaliação de sua segurança pelas pesquisadoras e pelos cientistas da computação, o *TabacoQuest* foi liberado para a coleta dos dados.

4.8 COLETA DOS DADOS

A coleta dos dados foi iniciada em abril de 2014 e finalizada em julho do mesmo ano, quando se completou o número de participantes (n= 378). Iniciou-se após aprovação do Comitê de Ética, definição do formato final dos questionários e desenvolvimento do aplicativo de coleta.

Inicialmente, os pacientes foram convidados para participar do estudo. Para essa abordagem, foi respeitada a ordem de chegada dos pacientes ao ASM e à UBS. No HP,

primeiro foram abordados aqueles que estavam internados há mais tempo. Após assinatura do TCLE, foi combinado um horário e local reservado, no contexto do serviço de saúde, para aplicação dos questionários.

As entrevistas foram realizadas individualmente, e todos os questionários preenchidos pela pesquisadora no *tablet*. Como as perguntas/afirmações foram lidas pela pesquisadora, foi dada atenção especial àquelas formuladas na primeira pessoa do singular (por exemplo, “eu acho os cigarros prazerosos”), a fim de que ficasse claro para o participante que deveria responder de acordo com sua opinião. A pesquisadora se colocou ao lado dele, permitindo que ele acompanhasse a leitura da questão, bem como o registro de suas respostas.

As 378 entrevistas foram conduzidas por um único profissional a fim de eliminar a possibilidade de vieses relacionados a diferentes formas de se abordar os pacientes ou de se aplicar os questionários.

Ao término da entrevista foram coletadas algumas informações, registradas no prontuário: diagnóstico psiquiátrico principal e psicofármacos em uso no momento.

4.9 ANÁLISE DOS DADOS

O banco de dados, gerado automaticamente pelo aplicativo em planilha *Excel*, foi transferido para o Stata/SE, versão 12.1, para realização do tratamento estatístico.

Inicialmente, utilizaram-se ferramentas de estatística descritiva (frequência absoluta e relativa, média, desvio padrão (DP), mínimo, 25º percentil, mediana, 75º percentil, máximo, intervalo interquartil) para caracterizar os participantes e para apresentar o fluxo da população que frequentou os locais do estudo no período da coleta dos dados.

Em seguida, prosseguiu-se com a análise bivariada com o intuito de identificar evidências estatísticas de associação entre as variáveis, testadas duas a duas. Foi adotado o nível de significância (α) de 5%. A análise bivariada foi realizada a partir dos seguintes procedimentos:

- **Variáveis qualitativas:** teste qui-quadrado (X^2) e teste exato de *Fisher*.

O **teste qui-quadrado** foi aplicado com o intuito de identificar diferenças proporcionais no perfil pessoal, sociodemográfico e clínico dos participantes, segundo local do estudo, sexo, grupo etário, uso de tabaco e grau de dependência do tabaco. Ademais, foi utilizado para comparar as crenças sobre o fumo nos serviços de saúde e as opiniões sobre

sua proibição, de acordo com local do estudo, diagnóstico psiquiátrico principal, risco atual de suicídio, escore total BPRS, uso de tabaco e grau de dependência.

Atualmente se reconhece que, em diversas pesquisas se atribui atenção demasiada aos testes de hipótese (*p-value*) e ao termo “estatisticamente significativo”. Essa prática vem sendo criticada, visto que torna as conclusões do estudo subordinadas a resultados estatísticos dicotômicos (aceitar ou rejeitar a hipótese nula ao nível de significância pré-estabelecido) (ALTMAN et al., 2008; MARTINEZ, 2015; VOLKER, 2006).

De acordo com Volker (2006), as limitações do *p-value* são subestimadas perante a sua popularidade e o valor ilusório que a comunidade científica comumente lhe atribui. Com isso, confere-se mais importância à significância estatística do que à importância clínica de determinado fenômeno.

Altman et al. (2008), Martinez (2015) e Volker (2006) exemplificam uma fragilidade dos testes de hipóteses, a influência do *p-value* a partir do tamanho amostral. Nesse sentido, associações entre duas variáveis, relevantes clinicamente, podem deixar de ser evidenciadas, se o número de participantes for pequeno; ao passo que associações entre variáveis sem qualquer plausibilidade podem ser sugeridas, se o tamanho amostral for grande.

Diante dos argumentos expostos, atualmente se defende a apresentação do *p-value* como “ponto de partida”, destacando-se a importância de investigar a magnitude das associações por meio de medidas de tamanho de efeito ou do intervalo de confiança, de modo a fornecer maior relevância aos resultados (ALTMAN et al., 2008; AMERICAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION, 2010; VOLKER, 2006).

Um reconhecido recurso estatístico para identificar a magnitude da associação, evidenciada pelo teste qui quadrado, é o tamanho de efeito *w*, o qual pode ser aplicado somente às tabelas de contingência 2 x 2 (duas categorias em cada variável). O tamanho de efeito *w* é obtido a partir da fórmula:

$$w = \sqrt{\frac{X^2}{n}}$$

(COHEN, 1988, p. 223)

Um recurso derivado do tamanho de efeito *w* para cruzamento entre variáveis com maior número de categorias é o **Coefficiente V de Cramér (ϕ')**.

$$\phi' = \sqrt{\frac{X^2}{N(r-1)}} = \frac{w}{\sqrt{r-1}}$$

(COHEN, 1988, p. 223)

O coeficiente V de *Cramér* varia de 0 a 1, sendo que, quanto mais próximo da unidade, maior a força da associação, a qual pode ser classificada em fraca, moderada ou forte (COHEN, 1988).

Aplicou-se o coeficiente V de *Cramér* para os cruzamentos que envolviam as principais variáveis para responder aos objetivos do presente estudo, como uso de tabaco, grau de dependência do tabaco, crenças sobre o fumo nos serviços de saúde e opiniões sobre sua proibição. O coeficiente V de *Cramér* foi aplicado nos casos em que o teste qui-quadrado indicou $p < 0,05$. Para classificar a força da associação, consultou-se a Tabela 2.

Tabela 2 – Interpretação da força da associação a partir do Coeficiente V de *Cramér*

	r*					Classificação da força da associação
	2	3	4	5	6	
Coeficiente V de <i>Cramér</i>	.10	.071	.058	.050	.045	Frac
	.20	.141	.115	.100	.089	
	.30	.212	.173	.150	.134	Moderada
	.40	.283	.231	.200	.179	
	.50	.354	.289	.250	.224	Forte
	.60	.424	.346	.300	.268	
	.70	.495	.404	.350	.313	
	.80	.566	.462	.400	.358	
	.90	.636	.520	.450	.402	

*r: menor número de categorias das variáveis testadas. Por exemplo, tabela 3 x 4, r= 3.

Fonte: Adaptada de COHEN (1988, p. 222)

Embora, para manter um padrão na análise dos dados categóricos, se tenha priorizado o teste do qui quadrado (o Stata não conseguiria rodar o teste exato de *Fisher* para algumas variáveis com número grande de categorias), para as variáveis que dizem respeito à história pregressa e ao perfil atual do uso de tabaco, aplicou-se o **teste exato de Fisher**, devido à presença de caselas das tabelas de contingência com valor zero ou categorias com pequeno número de participantes.

A apresentação da prevalência de fumantes, ex-fumantes e não fumantes foi acompanhada por seus respectivos **intervalos de confiança (IC 95%)** que contém, com 95% de confiança, a verdadeira prevalência (parâmetro) populacional. A apresentação dos ICs é altamente recomendada pela American Psychological Association (2010) por fornecer

informações sobre a precisão da estimativa, além de servir como medida de tamanho de efeito.

Os ICs (95%) do ASM, do HP e da UBS foram comparados de modo a identificar entre quais locais havia diferença nas prevalências de fumantes, de ex-fumantes e de não fumantes. A sobreposição de dois ICs (95%) indica que não há indício de diferença nas prevalências.

- **Variáveis quantitativas:** análise de variância (ANOVA) e teste de *Kruskal-Wallis*.

Para comparar, entre os três locais do estudo, as médias da variável tempo de tabagismo, utilizou-se a **análise de variância (ANOVA)**, a qual foi aplicada após o **teste de Bartlett** ($p > 0,05$) ter indicado homocedasticidade (ausência de diferença entre as variâncias) entre os grupos comparados.

Após a ANOVA, aplicou-se o **Contraste de Scheffé** para identificar quais grupos eram diferentes, entre si, em relação ao tempo médio de tabagismo.

Embora se tenha privilegiado a aplicação da ANOVA para a comparação entre três ou mais grupos, o teste de *Kruskal-Wallis* foi utilizado nos casos em que o teste de *Bartlett* não indicou homocedasticidade ($p < 0,05$). Aplicou-se o teste de *Kruskal-Wallis* para comparar a quantidade de produtos de tabaco de uso múltiplo e o gasto mensal com tabaco entre os participantes do ASM, o HP e a UBS. Ao final, utilizou-se a **análise de contrastes** para identificar quais grupos diferiam entre si.

O teste de *Kruskal-Wallis*, com correção de *Bonferroni* para comparações múltiplas ao nível de significância (α) de 0,002, foi utilizado para analisar os domínios redução da tensão/relaxamento, dependência, prazer de fumar, manuseio, estimulação, tabagismo social e hábito/automatismo da ERPFM em relação a 23 variáveis: local do estudo; sexo; grupo etário; escolaridade; estado civil; religião; prática religiosa; ocupação atual; diagnóstico psiquiátrico; duração do transtorno mental, a partir do diagnóstico; quantidade de psicofármacos em uso no momento; uso atual de antipsicóticos; comorbidades somáticas; internações psiquiátricas; tentativas de suicídio; risco atual de suicídio; escore total BPRS; ansiedade-traço (IDATE); álcool; substâncias ilícitas; tempo de tabagismo; importância do uso de tabaco e grau de dependência.

A correção de *Bonferroni* foi utilizada por ser um procedimento conservador perante a realização de múltiplos testes estatísticos, os quais podem aumentar a probabilidade do erro tipo I (rejeitar a hipótese nula sendo ela verdadeira). Ao modificar o nível de significância (α)

para cada teste, aplicado individualmente, garante-se que o nível de significância pré-estabelecido seja mantido para a conclusão da variável dependente como um todo (PAGANO; GAUVREAU, 2011).

Portanto, para concluir sobre cada domínio da ERPFM como um todo, a um nível de significância (α) de 5%, cada teste assumiu $\alpha = 0,002$, o qual foi definido ao dividir o nível de significância pré-estabelecido ($\alpha = 0,05$) pelo número de testes estatísticos realizados em cada domínio da ERPFM:

$$\frac{0,05}{23} = 0,002$$

Para a análise multivariada, construiu-se **modelos múltiplos de regressão de Poisson** para o principal objetivo do presente estudo (prevalência do uso de tabaco) e para o grau de dependência do tabaco. O nível de significância estabelecido foi de 5%.

A análise multivariada permite uma estimativa mais “pura” da associação entre o desfecho (variável dependente) e cada fator de exposição (variável independente), uma vez que controla a interferência simultânea das demais variáveis independentes (HENNEKENS; BURING, 1987; SZKLO; NIETO, 2014). Essa interferência é conhecida como efeito de confusão (Figura 6).

Figura 6 – Fator de confusão (CF) na relação entre desfecho (D) e exposição (E)
Fonte: Hennekens; Buring, 1987, p. 289

Optou-se pelo modelo múltiplo de regressão de *Poisson*, uma vez que *Poisson* é a distribuição de probabilidade adequada para os dados provindos de contagem (PAGANO; GAUVREAU, 2011; RABE-HESKETH; EVERITT, 2004).

A regressão de *Poisson* oferece como resultados os coeficientes de regressão (β), ou, por opção, as Razões de Incidência (incidência acumulada entre os expostos sobre a incidência acumulada entre os não expostos), também conhecidas como Risco Relativo (RR) (HENNEKENS; BURING, 1987). Deu-se preferência às Razões de Incidência, pois elas correspondem às Razões de Prevalência (RP), medidas de eleição nos estudos transversais.

Na Figura 7, são apresentadas as fórmulas para o cálculo do RR e da RP.

	Doentes	Não doentes	Total
Expostos	a	b	a + b
Não expostos	c	d	c + d
Total	a + c	b + d	n

$$RR = \frac{a/a + b}{c/c + d}$$

$$RP = \frac{a/a + b}{c/c + d}$$

Figura 7 – Fórmula para cálculo do Risco Relativo (RR) e da Razão de Prevalência (RP)

O primeiro modelo teve a variável dicotômica **fumo atual** (sim= fumantes, não= ex-fumantes + não fumantes) como desfecho e foi ajustado com controle de exposição.

Orme e Combs-Orme (2009) definiram exposição como a “oportunidade de um evento ocorrer”, podendo ser em decorrência da duração de determinado evento, do tamanho da população, da localização geográfica, entre outros fatores. Nos casos em que a exposição é diferente para cada indivíduo, é recomendado que ela seja incorporada na equação de regressão.

Por não ser a duração do transtorno mental igual para todos os que têm diagnóstico psiquiátrico, reconheceu-se que se poderia encontrar menor ou maior número de fumantes (por exemplo, no ASM e no HP) justificado pelo tempo de exposição ao transtorno. Nesse caso, admitiu-se a máxima de que quanto maior a duração do transtorno mental, mais oportunidades a pessoa haveria tido de se tornar fumante. Nesse caso, a desconsideração do controle de exposição para tempo de diagnóstico contribuiria para a revelação de associações espúrias.

Para os participantes sem diagnóstico psiquiátrico, inicialmente se pensou em realizar o controle de exposição para idade. No entanto, considerou-se insatisfatória, uma vez que há diferença na idade de início do uso de tabaco entre as pessoas com diagnóstico e sem diagnóstico psiquiátrico. Assim, admitiu-se que os participantes sem diagnóstico estão expostos a partir da idade média em que os fumantes iniciaram o uso de tabaco.

Portanto, as variáveis de exposição (*offset variables*) definidas para os dois grupos de participantes foram: 1) Portadores de transtornos mentais: duração do transtorno a partir do diagnóstico; 2) Participantes sem diagnóstico psiquiátrico: idade (anos de vida) menos idade média em que os fumantes iniciaram o tabagismo (17,3 anos).

O segundo modelo de regressão de *Poisson* teve o **grau de dependência do tabaco** (escore FTDN: ≤ 5 e ≥ 6) como desfecho, e foi ajustado com controle de exposição para a variável (*offset variable*) tempo de uso de tabaco.

A dicotomização dos escores do FTDN foi possível, visto que se trata de um ponto de corte reconhecido na literatura científica (DE LEON; DIAZ, 2005).

Para a seleção das variáveis independentes, considerou-se, em ambos os modelos, aquelas que apresentaram $p < 0,20$ na análise bivariada e consideradas relevantes na literatura científica. Respeitou-se o critério de Peduzzi et al. (1996) de não ultrapassar o limite de 10 casos por variável. Assim, o primeiro modelo poderia ter até 37 variáveis ($378/10 = 37,8$) e o segundo 13 ($134/10 = 13,4$).

A seguir são apresentadas as variáveis independentes incluídas em cada modelo:

- ❖ **Modelo de regressão de *Poisson* para o desfecho fumo atual:** local do estudo; sexo; grupo etário; estado civil; escolaridade; religião; diagnóstico psiquiátrico principal; comorbidades somáticas; risco atual de suicídio; escore total BPRS; álcool e substâncias ilícitas.
- ❖ **Modelo de regressão de *Poisson* para o desfecho grau de dependência do tabaco:** sexo; grupo etário; antipsicóticos em uso no momento; diagnóstico psiquiátrico principal; risco atual de suicídio; álcool; substâncias ilícitas e importância do uso do tabaco.

Ao final da construção dos modelos, investigou-se a presença de colinearidade/multicolinearidade (alto nível de correlação) entre as variáveis independentes. Segundo Hair et al. (2009, p. 191), a “multicolinearidade cria variância ‘compartilhada’ entre variáveis, diminuindo assim a capacidade de prever a medida dependente, bem como averiguar os papéis relativos de cada variável independente”.

Para tanto, avaliou-se o “*Variance Inflation Factor*” (VIF), sendo que a raiz quadrada dessa medida indica o quanto a multicolinearidade é responsável pelo aumento do erro padrão. O VIF é uma medida útil, pois também expressa o valor de tolerância, ou seja, “quanto uma variável é não-explicada pelas demais variáveis independentes” (p. 192). A

relação entre o VIF e a tolerância se dá por meio da expressão: $VIF = 1/\text{tolerância}$ (HAIR et al., 2009).

Há consenso de que o $VIF > 10$ não é aceitável, pois as estimativas podem estar prejudicadas pelo efeito da multicolinearidade (HAIR et al., 2009; O'BRIEN, 2007).

A variável quantidade de psicofármacos em uso no momento foi eliminada do modelo final para o desfecho fumo atual, visto que uma de suas categorias apresentou $VIF = 45,4$. Com sua eliminação, as demais variáveis apresentaram $VIF < 10$ e o VIF médio foi de 4,1.

No modelo para o desfecho grau de dependência do tabaco, todas as variáveis apresentaram $VIF < 10$. O VIF médio foi de 3.

A fim de comparação, foram calculadas a Razão de prevalência (RP) bruta e seu respectivo IC (95%) para as variáveis mantidas nos modelos finais.

5 RESULTADOS

Os resultados estão organizados em quatro tópicos principais: 1) População no período investigado; 2) Caracterização dos participantes; 3) Uso de tabaco e 4) Opinião sobre o uso de tabaco nos serviços de saúde.

5.1 POPULAÇÃO NO PERÍODO INVESTIGADO

Durante o período da coleta dos dados, 2414 pessoas tinham consultas agendadas no Ambulatório de Saúde Mental (ASM). Desse total, 261 (10,8%) não compareceram em nenhum agendamento. Embora 24 (9,2%) tenham se ausentado em duas a seis consultas consecutivas, até a finalização da pesquisa, somente sete tinham recebido alta por abandono.

Duas mil cento e cinquenta e três pessoas estiveram no ASM no período mencionado. O número de consultas agendadas, entre elas, variou de 1 a 13 com média de 1,9 agendamento/paciente (DP: 1,6). O intervalo entre as consultas variou, em média, 20,2 dias (1 a 77 dias, DP: 15,8).

No que tange às eventuais ausências das 2153 pessoas, 467 (21,7%) não compareceram em ao menos uma consulta. O percentual médio de ausências, em relação ao total de agendamentos/pessoa, foi de 44% (DP: 12,8%), tendo variado de 8% a 75%.

Na Figura 8, é ilustrado o fluxo da população do ASM, nos meses de abril a julho de 2014, com detalhamento dos critérios utilizados para participação neste estudo.

Figura 8 – Definição da amostra do Ambulatório de Saúde Mental (ASM), segundo os critérios para participação, a partir do fluxo de pacientes de abril a julho de 2014 – Marília/SP, 2014

Nesse mesmo período, 221 pessoas foram internadas nas unidades feminina “Ízabel Vianna” (n= 136) e masculina “Pedro Marun” (n= 85) do Hospital Psiquiátrico (HP). Dentre elas, 27 (12,2%) foram reinternadas antes do término da pesquisa. A média de internações/pessoa foi de 1,13 (DP: 0,36).

Das 221 pessoas, 159 (72%) receberam alta hospitalar no decorrer da coleta dos dados. As internações se prolongaram de um (altas a pedido, transferência para outros hospitais) a 2334 dias, com duração mediana de 25 dias (intervalo interquartil: 34 dias).

Entre as 62 pessoas que não receberam alta antes do término da pesquisa, 15 (24,2%) estavam internadas há ≥ 180 dias: seis meses a um ano ($n=7$); um a dois anos ($n=3$); quatro a seis anos ($n=5$).

Destaca-se que a amostra do HP ($n=126$) foi composta por 57% da população internada no período. Os motivos para a exclusão de 95 pessoas são expostos na Figura 9.

Figura 9 – Definição da amostra do Hospital Psiquiátrico (HP) a partir da população internada, entre abril a julho de 2014, segundo os critérios para participação – Marília/SP, 2014

Quarenta e sete (37,3%) participantes do HP foram entrevistados no primeiro contato com a pesquisadora. Os demais foram acompanhados a fim de se identificar o melhor momento (melhora dos sintomas) para serem abordados, de modo que pudessem tomar a decisão de participar e responder as questões com maior consciência.

O tempo entre o primeiro contato e a realização da entrevista foi, em média, 7 dias (1 a 73 dias, DP: 12,3 dias). Essa espera contribuiu para o baixo percentual de recusas, pois as pessoas tiveram oportunidade de se acostumar com a presença da pesquisadora no HP, entender o objetivo da pesquisa (conversando com a própria pesquisadora ou com os pacientes que haviam sido entrevistados), tornando-se mais confiantes para participar.

Em relação à Unidade Básica de Saúde (UBS), não foi possível obter o número de pessoas que estiveram no serviço entre abril a julho de 2014. As informações obtidas retratam o total de procedimentos realizados (Figura 10).

*Administração medicamentos, coleta de sangue, controle de peso, curativos, inalação/nebulização, retirada de pontos cirúrgicos, teste de glicemia capilar, verificação pressão arterial e temperatura

Figura 10 – Procedimentos realizados na Unidade Básica de Saúde (UBS) entre abril a julho de 2014 – Marília/SP, 2014

Dos 11.959 procedimentos, 758 (6,3%) foram realizados em menores de 15 anos.

Quatrocentos e quarenta e três pessoas, com 15 anos ou mais, estiveram na UBS nos dias de coleta dos dados. Trezentos e dezessete (71,6%) não foram entrevistadas: 308 foram embora antes que a pesquisadora pudesse convidá-las, oito recusaram-se e uma estava impossibilitada devido a quadro avançado de Alzheimer.

A amostra da UBS, portanto, foi composta por 28,4% da população que esteve no serviço nos dias de coleta dos dados.

A duração média das entrevistas com os 378 participantes foi de 18 minutos (10 a 47 minutos, DP= 8,3).

5.2 CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES

5.2.1 Perfil pessoal e sociodemográfico

Dentre os 378 participantes, a maioria era do sexo feminino (67,5%), tinha 40 anos ou mais de idade (69,3%) e estudou até o ensino fundamental (56,1%). Embora uma parte expressiva fosse solteira (40,7%) e vivesse sem companheiro (57,1%), mais de dois terços referiram ter filhos (71,7%).

Em relação à ocupação atual, destacaram-se os trabalhadores (28,9%), seguidos pelos aposentados (26,2%), pelas donas de casa (23,5%) e por aqueles que não possuíam ocupação (21,4%). No Gráfico 1, é ilustrado o vínculo empregatício dos 109 trabalhadores.

Gráfico 1– Frequência relativa (%) do vínculo empregatício dos trabalhadores – Marília/SP, 2014

Coerente com o percentual reduzido de trabalhadores (28,9%), metade da amostra (50,2%) recebia benefícios do governo, sendo 15,9% aposentadoria por invalidez, 9,8%

auxílio doença, 8,7% aposentadoria por idade e/ou tempo de contribuição, 6,3% outros benefícios e 4,2% Bolsa Família. Ressalta-se que 5,3% recebiam mais de um benefício.

No que diz respeito à religião, 54% eram católicos, 36,8% evangélicos, 4,5% espíritas/outras e 4,7% disseram não ter religião. A maioria (62,2%) praticava a religião declarada.

Comparou-se o perfil pessoal e sociodemográfico dos participantes do ASM (n= 126), do HP (n= 126) e da UBS (n= 126). Conforme observa-se no Gráfico 2, o percentual de mulheres foi semelhante no ASM e na UBS. Embora o sexo feminino tenha prevalecido nos três serviços de saúde, o HP apresentou maior proporção de homens.

Gráfico 2 – Frequência relativa (%) do sexo, segundo local do estudo (ASM: Ambulatório de Saúde Mental; HP: Hospital Psiquiátrico; UBS: Unidade Básica de Saúde) – Marília/SP, 2014

Os participantes do ASM apresentaram maior nível de escolaridade. Sua maioria concluiu o ensino médio ou o superior. No HP e na UBS, preponderaram aqueles que estudaram até o ensino fundamental (Gráfico 3).

Gráfico 3 – Frequência relativa (%) da escolaridade, segundo local do estudo (ASM: Ambulatório de Saúde Mental; HP: Hospital Psiquiátrico; UBS: Unidade Básica de Saúde) – Marília/SP, 2014

O número de idosos (≥ 60 anos), na UBS, foi superior ao encontrado nos demais serviços (Tabela 3). Coerente com a diferença etária, na UBS prevaleceram os casados, enquanto no ASM e no HP, os solteiros (Gráfico 4).

Tabela 3 – Frequência absoluta e relativa (%) do grupo etário, segundo local do estudo (ASM: Ambulatório de Saúde Mental; HP: Hospital Psiquiátrico; UBS: Unidade Básica de Saúde) – Marília/SP, 2014

Grupo etário (anos)	Local do estudo			Total n (%)
	ASM n (%)	HP n (%)	UBS n (%)	
15 a 29	13 (10,3)	25 (19,8)	10 (7,9)	48 (12,7)
30 a 39	27 (21,4)	23 (18,3)	18 (14,3)	68 (18)
40 a 49	27 (21,4)	35 (27,8)	10 (7,9)	72 (19,1)
50 a 59	35 (27,8)	29 (23)	37 (29,4)	101 (26,7)
≥ 60	24 (19,1)	14 (11,1)	51 (40,5)	89 (23,5)
Total	126 (100)	126 (100)	126 (100)	378 (100)

Gráfico 4 – Frequência relativa (%) do estado civil, segundo local do estudo (ASM: Ambulatório de Saúde Mental; HP: Hospital Psiquiátrico; UBS: Unidade Básica de Saúde) – Marília/SP, 2014

Em relação ao arranjo domiciliar, no ASM e no HP, houve maior frequência de participantes que viviam “sem companheiro, com familiares”. Na UBS, a frequência daqueles que viviam ‘sem companheiro, com familiares’ e dos que viviam ‘com companheiro e familiares’ foi similar (Tabela 4).

Tabela 4 – Frequência absoluta e relativa (%) do arranjo domiciliar, segundo local do estudo (ASM: Ambulatório de Saúde Mental; HP: Hospital Psiquiátrico; UBS: Unidade Básica de Saúde) – Marília/SP, 2014

Arranjo domiciliar	Local do estudo			Total n (%)
	ASM n (%)	HP n (%)	UBS n (%)	
Vive só	12 (9,5)	24 (19,1)	13 (10,3)	49 (13)
Sem companheiro, com familiares	51 (40,5)	66 (52,4)	42 (33,3)	159 (42)
Sem companheiro, com outras pessoas	3 (2,4)	4 (3,2)	1 (0,8)	8 (2,1)
Com companheiro apenas	19 (15,1)	9 (7,1)	26 (20,6)	54 (14,3)
Com companheiro e familiares	41 (32,4)	23 (18,2)	44 (34,9)	108 (28,6)
Total	126 (100)	126 (100)	126 (100)	378 (100)

O maior percentual de participantes que referiram ter filhos foi verificado na UBS (83,3%), seguido pelo ASM (71,4%) e pelo HP (60,3%). Esses dados estão de acordo com as diferenças em relação ao estado civil e à idade, identificadas nos três serviços.

Não obstante tenha predominado, na UBS, participantes com idade avançada, esse foi o serviço onde mais pessoas estavam inseridas no mercado de trabalho. Embora no HP 65,9% dos participantes tivessem ≤ 49 anos, foi onde se identificou maior prevalência de aposentados. No ASM, a frequência de aposentados, donas de casa, trabalhadores e pessoas sem ocupação foi semelhante (Gráfico 5).

Gráfico 5 – Frequência relativa (%) de ocupação atual, segundo local do estudo (ASM: Ambulatório de Saúde Mental; HP: Hospital Psiquiátrico; UBS: Unidade Básica de Saúde) – Marília/SP, 2014

O comprometimento funcional dos participantes do HP foi confirmado ao constatar que 69,1% deixaram de trabalhar após o diagnóstico do transtorno mental. No ASM e na UBS, esse percentual foi de 44,4% e 5,6%, respectivamente.

Complementar a essa informação, aproximadamente, metade (47,6%) dos participantes do HP recebia aposentadoria por invalidez ou auxílio doença. Esse percentual foi inferior no ASM (23,8%) e quase irrisório na UBS (5,5%).

Nos três serviços, prevaleceu a religião católica (ASM: 51,6%, HP: 49,2%, UBS: 61,1%), seguida pela evangélica (ASM: 40,5%, HP: 36,5%, UBS: 33,3%) e espírita/outras (ASM: 2,4%, HP: 7,1, UBS: 4%). A maior proporção de participantes que não praticavam sua religião foi observada no HP (Gráfico 6).

Gráfico 6 – Frequência relativa (%) de prática religiosa, segundo local do estudo (ASM: Ambulatório de Saúde Mental; HP: Hospital Psiquiátrico; UBS: Unidade Básica de Saúde) – Marília/SP, 2014

Por meio da aplicação do teste do qui quadrado, a amostra forneceu evidências estatísticas de que os locais do estudo estavam associados às variáveis sexo ($X^2 = 18,7283$, $p < 0,001$), grupo etário ($X^2 = 48,9788$, $p < 0,001$), escolaridade ($X^2 = 23,5884$, $p = 0,001$), estado civil ($X^2 = 39,3670$, $p < 0,001$), arranjo domiciliar ($X^2 = 28,0035$, $p < 0,001$), filhos ($X^2 = 16,4512$, $p < 0,001$), prática religiosa ($X^2 = 16,5509$, $p = 0,002$), ocupação atual ($X^2 = 38,3895$, $p < 0,001$), benefícios do governo ($X^2 = 101,7148$, $p < 0,001$) e abandono do trabalho após o diagnóstico do transtorno mental ($X^2 = 264,9496$, $p < 0,001$). Religião autorreferida foi a única variável que não apresentou evidência de associação com os locais estudados ($X^2 = 13,3640$, $p = 0,100$).

Na Tabela 5, são descritas as características pessoais e sociodemográficas dos 378 participantes, segundo o local do estudo e sexo.

Tabela 5 – Frequência absoluta e relativa (%) do perfil pessoal e sociodemográfico dos participantes, segundo sexo e local do estudo (ASM: Ambulatório de Saúde Mental; HP: Hospital Psiquiátrico; UBS: Unidade Básica de Saúde) – Marília/SP, 2014

Variáveis	Sexo feminino			Sexo masculino			Total
	ASM n (%)	HP n (%)	UBS n (%)	ASM n (%)	HP n (%)	UBS n (%)	
Grupo etário (anos)							
15 a 29	9 (10)	13 (19,4)	8 (8,2)	4 (11,1)	12 (20,3)	2 (7,1)	48 (12,7)
30 a 39	14 (15,6)	7 (10,4)	14 (14,3)	13 (36,1)	16 (27,1)	4 (14,3)	68 (18)
40 a 49	22 (24,4)	22 (32,8)	8 (8,2)	5 (13,9)	13 (22)	2 (7,1)	72 (19,1)
50 a 59	27 (30)	19 (28,4)	26 (26,5)	8 (22,2)	10 (17)	11(39,3)	101(26,7)
≥ 60	18 (20)	6 (9)	42 (42,8)	6 (16,7)	8 (13,6)	9 (32,2)	89 (23,5)
Escolaridade							
Analfabeto	6 (6,7)	2 (2,9)	7 (7,1)	2 (5,6)	1 (1,7)	2 (7,1)	20 (5,3)
Fundamental	36 (40)	44 (65,7)	60 (61,3)	16 (44,4)	42 (71,2)	14 (50)	212(56,1)
Médio	31 (34,4)	16 (23,9)	21 (21,4)	16 (44,4)	15 (25,4)	8 (28,6)	107(28,3)
Superior	17 (18,9)	5 (7,5)	10 (10,2)	2 (5,6)	1 (1,7)	4 (14,3)	39 (10,3)
Estado civil							
Solteiro	34 (37,8)	30 (44,8)	16 (16,3)	20 (55,6)	42 (71,2)	12 (42,9)	154(40,7)
Casado	31 (34,4)	20 (29,9)	51 (52,1)	13 (36,1)	5 (8,5)	13 (46,4)	133(35,2)
Separado ou divorciado	14 (15,6)	10 (14,9)	15 (15,3)	3 (8,3)	10 (16,9)	2 (7,1)	54 (14,3)
Viúvo	11 (12,2)	7 (10,4)	16 (16,3)		2 (3,4)	1 (3,6)	37 (9,8)
Arranjo domiciliar							
Vive só	8 (8,9)	7 (10,4)	12 (12,3)	4 (11,1)	17 (28,8)	1 (3,6)	49 (13)
Sem companheiro, com familiares	38 (42,3)	35 (52,2)	29 (29,6)	13 (36,1)	31 (52,5)	13 (46,4)	159 (42)
Sem companheiro, com outras pessoas	1 (1,1)	2 (3)	1 (1)	2 (5,6)	2 (3,4)		8 (2,1)
Com companheiro apenas	13 (14,4)	5 (7,5)	20 (20,4)	6 (16,7)	4 (6,8)	6 (21,4)	54 (14,3)
Com companheiro e familiares	30 (33,3)	18 (26,9)	36 (36,7)	11 (30,5)	5 (8,5)	8 (28,6)	108(28,6)
Filhos							
Sim	71 (78,9)	47 (70,1)	85 (86,7)	19 (52,8)	29 (49,1)	20 (71,4)	271(71,7)
Religião							
Católica	49 (54,5)	34 (50,7)	56 (57,2)	16 (44,4)	28 (47,4)	21 (75)	204 (54)
Evangélica	35 (38,9)	26 (38,8)	35 (35,7)	16 (44,4)	20 (33,9)	7 (25)	139(36,8)
Espírita/outras	3 (3,3)	3 (4,5)	5 (5,1)		6 (10,2)		17 (4,5)
Sem religião	3 (3,3)	4 (6)	2 (2)	4 (11,2)	5 (8,5)		18 (4,7)
Prática religiosa							
Sim	62 (68,9)	37 (55,2)	70 (71,4)	20 (55,6)	25 (42,4)	21 (75)	235(62,2)
Não	25 (27,8)	26 (38,8)	26 (26,5)	12 (33,3)	29 (49,1)	7 (25)	125(33,1)
Não se aplica	3 (3,3)	4 (6)	2 (2,1)	4 (11,1)	5 (8,5)		18 (4,7)
Ocupação atual							
Aposentado	16 (17,8)	20 (29,8)	18 (18,4)	8 (22,2)	27 (45,8)	10 (35,7)	99 (26,2)
Do lar	35 (38,9)	18 (26,9)	36 (36,7)				89 (23,5)
Trabalhador	27 (30)	12 (17,9)	37 (37,8)	8 (22,2)	12 (20,3)	13 (46,4)	109(28,9)
Sem ocupação	12 (13,3)	17 (25,4)	7 (7,1)	20 (55,6)	20 (33,9)	5 (17,9)	81 (21,4)
Benefícios do governo							
Nenhum	44 (48,9)	25 (37,3)	58 (59,2)	20 (55,5)	26 (44,1)	15 (53,5)	188(49,8)
Aposentadoria	3 (3,3)	1 (1,5)	19 (19,4)	1 (2,8)	1 (1,7)	8 (28,6)	33 (8,7)
Aposentadoria invalidez	7 (7,8)	17 (25,4)	1 (1)	6 (16,7)	26 (44,1)	3 (10,7)	60 (15,9)
Auxílio doença	10 (11,1)	12 (17,9)	2 (2)	7 (19,4)	5 (8,5)	1 (3,6)	37 (9,8)
Bolsa Família	9 (10)	3 (4,5)	4 (4,1)				16 (4,2)
Outro	7 (7,8)	5 (7,5)	11 (11,2)	1 (2,8)			24 (6,3)
Mais de um benefício	10 (11,1)	4 (5,9)	3 (3,1)	1 (2,8)	1 (1,6)	1 (3,6)	20 (5,3)
Total	90 (100)	67 (100)	98 (100)	36 (100)	59 (100)	28 (100)	378 (100)

Ao comparar as variáveis pessoais e sociodemográficas entre os sexos, constatou-se, por meio do teste do qui quadrado, evidência de associação com grupo etário ($X^2 = 11,6941$, $p = 0,020$), estado civil ($X^2 = 32,6636$, $p < 0,001$), arranjo domiciliar ($X^2 = 10,7591$, $p = 0,029$), filhos ($X^2 = 24,1896$, $p < 0,001$), prática religiosa ($X^2 = 6,5798$, $p = 0,037$), ocupação atual ($X^2 = 70,2533$, $p < 0,001$) e benefícios do governo ($X^2 = 37,6967$, $p < 0,001$). Não houve indício de associação com escolaridade ($X^2 = 5,2406$, $p = 0,155$) e religião autorreferida ($X^2 = 2,8357$, $p = 0,586$).

Diferenças no perfil pessoal e sociodemográfico também foram identificadas ao comparar os participantes de acordo com o grupo etário.

Entre os jovens (15 a 29 anos), houve maior proporção de homens, solteiros, pessoas que estudaram até o ensino médio e que viviam ‘sem companheiro, com outras pessoas’, sem filhos, adeptos ao espiritismo/outras religiões, sem ocupação e que não recebiam benefícios do governo.

Contrariamente, entre os idosos (≥ 60 anos), verificou-se maior proporção de mulheres, analfabetos, viúvos, pessoas que viviam sozinhas, que tinham filhos, católicos e aposentados por idade ou tempo de contribuição (Tabela 6).

Tabela 6 – Frequência absoluta e relativa (%) do perfil pessoal e sociodemográfico dos participantes, segundo grupo etário – Marília/SP, 2014

Variáveis	Grupo etário (anos)					X ² p-value
	15 a 29 n (%)	30 a 39 n (%)	40 a 49 n (%)	50 a 59 n (%)	≥ 60 n (%)	
Sexo						
Feminino	30 (11,8)	35 (13,7)	52 (20,4)	72 (28,2)	66 (25,9)	X ² = 11.6941 p= 0,020*
Masculino	18 (14,6)	33 (26,8)	20 (16,3)	29 (23,6)	23 (18,7)	
Escolaridade						
Analfabeto	1 (5)		4 (20)	3 (15)	12 (60)	X ² = 97.2628 p < 0,001*
Fundamental	8 (3,8)	30 (14,1)	46 (21,7)	62 (29,3)	66 (31,1)	
Médio	31 (29)	34 (31,8)	12 (11,2)	25 (23,4)	5 (4,6)	
Superior	8 (20,5)	4 (10,3)	10 (25,6)	11 (28,2)	6 (15,4)	
Estado civil						
Solteiro	40 (26)	42 (27,3)	34 (22,1)	26 (16,9)	12 (7,7)	X ² =114.9709 p < 0,001*
Casado	5 (3,8)	18 (13,5)	28 (21,1)	45 (33,8)	37 (27,8)	
Separado/divorciado	3 (5,6)	8 (14,8)	10 (18,5)	17 (31,5)	16 (29,6)	
Viúvo				13 (35,1)	24 (64,9)	
Arranjo domiciliar						
Vive só	3 (6,1)	6 (12,2)	8(16,3)	12 (24,5)	20 (40,9)	X ² = 39.3583 p = 0,001*
Sem companheiro, com familiares	34 (21,4)	29 (18,2)	30 (18,9)	37 (23,3)	29 (18,2)	
Sem companheiro, com outras pessoas	2 (25)	3 (37,5)	1 (12,5)	2 (25)		
Com companheiro apenas	3(5,6)	8 (14,8)	7 (13)	18 (33,3)	18 (33,3)	
Com companheiro e familiares	6 (5,6)	22 (20,4)	26 (24,1)	32 (29,6)	22 (20,3)	
Filhos						
Sim	15 (5,5)	46 (17)	50 (18,5)	84 (31)	76 (28)	X ² = 54.1994 p < 0,001*
Não	33 (30,8)	22 (20,6)	22 (20,6)	17 (15,9)	13 (12,1)	
Religião autorreferida						
Católica	20 (9,8)	30 (14,7)	30 (14,7)	62 (30,4)	62 (30,4)	X ² = 37.6594 p = 0,002*
Evangélica	21 (15,1)	33 (23,7)	31 (22,3)	33 (23,8)	21 (15,1)	
Espírita/outras	5 (29,4)	1 (5,9)	3 (17,6)	6 (35,3)	2 (11,8)	
Sem religião	2 (11,1)	4 (22,2)	8 (44,5)		4 (22,2)	
Prática religiosa						
Sim	33 (14,1)	35 (14,9)	40 (17)	68 (28,9)	59(25,1)	X ² = 16.7144 p = 0,033*
Não	13 (10,4)	29 (23,2)	24 (19,2)	33 (26,4)	26 (20,8)	
Não se aplica	2 (11,1)	4 (22,2)	8 (44,5)		4 (22,2)	
Ocupação atual						
Aposentado	4 (4)	6 (6,1)	22 (22,2)	23 (23,2)	44 (44,5)	X ² = 89.2276 p < 0,001*
Do lar	4 (4,5)	11 (12,4)	20 (22,5)	24 (26,9)	30 (33,7)	
Trabalhador	18 (16,5)	28 (25,7)	20 (18,3)	33 (30,3)	10 (9,2)	
Sem ocupação	22 (27,2)	23 (28,4)	10 (12,3)	21 (25,9)	5 (6,2)	
Benefícios do governo						
Nenhum	36 (19,2)	43 (22,9)	35 (18,6)	54 (28,7)	20 (10,6)	X ² =167.3113 p < 0,001*
Aposentadoria				2 (6,1)	31 (93,9)	
Aposentadoria invalidez	3 (5)	7 (11,7)	21 (35)	18 (30)	11 (18,3)	
Auxílio doença	3 (8,1)	7 (18,9)	8 (21,6)	13 (35,2)	6 (16,2)	
Bolsa família	3 (18,7)	9 (56,3)	3 (18,7)	1 (6,3)		
Outro	1 (4,2)	1 (4,2)	3 (12,5)	7 (29,1)	12 (50)	
Mais de um benefício	2 (10)	1 (5)	2 (10)	6 (30)	9 (45)	
Total	48 (12,7)	68 (18)	72 (19,1)	101 (26,7)	89 (23,5)	

*Evidência estatística de diferença entre os grupos etários (p < 0,05)

5.2.2 Perfil clínico

Duzentos e oitenta e oito (76,2%) dos 378 participantes tinham diagnóstico de transtornos mentais (ASM= 126, HP= 126, UBS= 36). A esquizofrenia e o transtorno esquizoafetivo foram os mais frequentes, seguidos pelos transtornos do humor, ansiosos/outros e da personalidade (Gráfico 7).

Gráfico 7 – Frequência relativa (%) dos transtornos mentais entre os 288 participantes com diagnóstico psiquiátrico – Marília/SP, 2014

Conforme se observa na Tabela 7, no ASM prevaleceram os transtornos ansiosos/outros, enquanto no HP, a esquizofrenia/transtorno esquizoafetivo. Na população geral (UBS), o percentual de pessoas com diagnóstico psiquiátrico foi de 28,6%, tendo os transtornos ansiosos e do humor prevalecido.

Tabela 7 – Frequência absoluta e relativa (%) dos diagnósticos psiquiátricos, segundo local do estudo (ASM: Ambulatório de Saúde Mental; HP: Hospital Psiquiátrico; UBS: Unidade Básica de Saúde) – Marília/SP, 2014

Diagnóstico	Local do estudo			Total n (%)
	ASM n (%)	HP n (%)	UBS n (%)	
Esquizofrenia/ esquizoafetivo	31 (24,6)	77 (61,1)	2 (1,6)	110 (29,1)
Transtornos do humor	34 (27)	23 (18,3)	15 (11,9)	72 (19,1)
Transtornos de personalidade	24 (19)	13 (10,3)		37 (9,8)
Transtornos ansiosos ou outros	37 (29,4)	13 (10,3)	19 (15,1)	69 (18,2)
Não se aplica (s/ diagnóstico)			90 (71,4)	90 (23,8)
Total	126 (100)	126 (100)	126 (100)	378 (100)

Enquanto os homens prevaleceram entre aqueles com esquizofrenia/transtorno esquizoafetivo, as mulheres foram maioria nas demais categorias (Gráfico 8).

Gráfico 8 – Frequência relativa (%) dos diagnósticos psiquiátricos, segundo sexo – Marília/SP, 2014

Entre os jovens (15 a 29 anos), predominaram os transtornos ansiosos/outros, seguidos pela esquizofrenia/transtorno esquizoafetivo, ao passo que entre os participantes com 30 a 49 anos, a esquizofrenia/transtorno esquizoafetivo e os transtornos do humor. A ausência de diagnóstico psiquiátrico foi a categoria mais frequente entre quem tinha 50 anos ou mais (Tabela 8).

Tabela 8 – Frequência absoluta e relativa (%) dos diagnósticos psiquiátricos, segundo grupo etário – Marília/SP, 2014

Diagnóstico	Grupo etário (anos)					Total n (%)
	15 a 29 n (%)	30 a 39 n (%)	40 a 49 n (%)	50 a 59 n (%)	≥ 60 n (%)	
Esquizofrenia/esquizoafetivo	15 (31,3)	24 (35,3)	26 (36,1)	25 (24,8)	20 (22,5)	110 (29,1)
Transtornos do humor	4 (8,3)	16 (25,6)	18 (25)	21 (20,8)	13 (14,6)	72 (19,1)
Transtornos de personalidade	5 (10,4)	6 (8,8)	11 (15,3)	10 (9,9)	5 (5,6)	37 (9,8)
Transtornos ansiosos/outros	16 (33,3)	9 (13,2)	12 (16,7)	19 (18,8)	13 (14,6)	69 (18,2)
Não se aplica (s/diagnóstico)	8 (16,7)	13 (19,1)	5 (6,9)	26 (25,7)	38 (42,7)	90 (23,8)
Total	48 (100)	68 (100)	72 (100)	101 (100)	89 (100)	378 (100)

Com relação à duração dos transtornos mentais, os 288 portadores foram diagnosticados, em média, há 5 anos. A esquizofrenia e o transtorno esquizoafetivo foram os que apresentaram pessoas diagnosticadas há mais tempo (Tabela 9 e Gráfico 9).

Tabela 9 – Duração dos transtornos mentais (meses), segundo diagnóstico psiquiátrico – Marília/SP, 2014

Diagnóstico	Duração dos transtornos mentais (meses)						Máximo
	Média	DP	Mínimo	25º percentil	Mediana	75º percentil	
Esquizofrenia/esquizoafetivo (n= 110)	218	146	1	96	192	336	576
Transtornos do humor (n= 72)	134	130	1	24	108	192	600
Transtornos personalidade (n= 37)	129	105	1	48	120	192	480
Transtornos ansiosos/outros (n= 69)	102	110	1	12	72	156	480
Total (n= 288)	158	137	1	48	120	228	600

Gráfico 9 – Duração dos transtornos mentais (meses), segundo diagnóstico – Marília/SP, 2014

Na Tabela 10 e no Gráfico 10, é retratada a duração dos transtornos mentais, segundo o local do estudo.

Tabela 10 – Duração dos transtornos mentais (meses), a partir do diagnóstico, segundo local do estudo (ASM: Ambulatório de Saúde Mental; HP: Hospital Psiquiátrico; UBS: Unidade Básica de Saúde) – Marília/SP, 2014

Diagnóstico	Duração do transtorno mental (meses)						
	Média	DP	Mínimo	25º percentil	Mediana	75º percentil	Máximo
ASM (n= 126)	127	132	1	36	90	180	600
HP (n= 126)	187	134	1	72	174	276	576
UBS (n= 36)	160	148	1	24	144	234	504
Total (n= 288)	1578	137,5	1	48	120	228	600

Gráfico 10 – Duração dos transtornos mentais (meses), a partir do diagnóstico, segundo local do estudo (ASM: Ambulatório de Saúde Mental; HP: Hospital Psiquiátrico; UBS: Unidade Básica de Saúde) – Marília/SP, 2014

Ao comparar a duração dos transtornos mentais, por meio de dados categóricos, identificou-se que 50% ou mais dos participantes do HP e da UBS foram diagnosticados há mais de 12 anos, enquanto no ASM, a maioria foi diagnosticada entre 1 a 12 anos (Gráfico 11).

Gráfico 11 – Frequência relativa (%) da duração dos transtornos mentais (anos), segundo local do estudo (ASM: Ambulatório de Saúde Mental; HP: Hospital Psiquiátrico; UBS: Unidade Básica de Saúde) – Marília/SP, 2014

Com o aumento da idade, verificou-se, em cada grupo etário, aumento do percentual de portadores de transtornos mentais com > 12 anos de diagnóstico e diminuição daqueles com < 1 ano (Gráfico 12).

Gráfico 12 – Frequência relativa (%) da duração dos transtornos mentais (anos), segundo grupos etários – Marília/SP, 2014

O percentual de portadores de transtornos mentais, segundo a duração dos transtornos, foi semelhante entre os sexos – Feminino: < 1 ano (13,8%), 1 a 12 anos (43,3%), > 12 anos (42,9%); Masculino: < 1 ano (12,1%), 1 a 12 anos (42,4%), > 12 anos (45,5%) –.

No momento das entrevistas, todos os participantes do ASM e do HP estavam em uso de psicofármacos; na UBS, essa prevalência foi de 31%. Três participantes da população geral (UBS) usavam psicofármacos, embora não tivessem diagnóstico de transtorno mental registrado em seus prontuários.

No ASM, foi mais frequente o uso de dois psicofármacos, enquanto que no HP, o uso de três. Entre os entrevistados da UBS, a maior prevalência foi daqueles que não usavam, seguidos por quem usava somente um (Tabela 11).

Tabela 11 – Frequência absoluta e relativa (%) da quantidade de psicofármacos em uso no momento, segundo local do estudo (ASM: Ambulatório de Saúde Mental; HP: Hospital Psiquiátrico; UBS: Unidade Básica de Saúde) – Marília/SP, 2014

Quantidade de psicofármacos	Local do estudo			Total n (%)
	ASM n (%)	HP n (%)	UBS n (%)	
Nenhum			87 (69)	87 (23)
Um	14 (11,1)	10 (7,9)	28 (22,2)	52 (13,8)
Dois	54 (42,9)	29 (23)	7 (5,6)	90 (23,8)
Três	30 (23,8)	52 (41,3)	2 (1,6)	84 (22,2)
Quatro	19 (15,1)	27 (21,4)		46 (12,2)
Entre cinco e sete	9 (7,1)	8 (6,4)	2 (1,6)	19 (5)
Total	126 (100)	126 (100)	126 (100)	378 (100)

Entre os participantes com até 29 anos, houve maior percentual de quem usava três psicofármacos. Entre aqueles com ≥ 60 anos, prevaleceram os que não usavam (Tabela 12).

Tabela 12 – Frequência absoluta e relativa (%) da quantidade de psicofármacos em uso no momento, segundo grupo etário – Marília/SP, 2014

Quantidade de psicofármacos	Grupo etário (anos)					Total n (%)
	15 a 29 n (%)	30 a 39 n (%)	40 a 49 n (%)	50 a 59 n (%)	≥ 60 n (%)	
Nenhum	8 (16,7)	13 (19,2)	7 (9,7)	24 (23,8)	35 (39,3)	87 (23)
Um	10 (20,8)	6 (8,8)	7 (9,7)	13 (12,8)	16 (18)	52 (13,8)
Dois	8 (16,7)	16 (23,5)	19 (26,4)	24 (23,8)	23 (25,9)	90 (23,8)
Três	15 (31,2)	16 (23,5)	23 (31,9)	21 (20,8)	9 (10,1)	84 (22,2)
Quatro	5 (10,4)	11 (16,2)	10 (13,9)	15 (14,8)	5 (5,6)	46 (12,2)
Entre cinco e sete	2 (4,2)	6 (8,8)	6 (8,4)	4 (4)	1 (1,1)	19 (5)
Total	48 (100)	68 (100)	72 (100)	101 (100)	89 (100)	378 (100)

Enquanto entre os homens destacaram-se aqueles que usavam três psicofármacos, entre as mulheres, foi mais expressiva a frequência das que não utilizavam (Tabela 13).

Tabela 13 – Frequência absoluta e relativa (%) da quantidade de psicofármacos em uso no momento, segundo sexo – Marília/SP, 2014

Quantidade de psicofármacos	Sexo		Total n (%)
	Feminino n (%)	Masculino n (%)	
Nenhum	63 (24,7)	24 (19,5)	87 (23)
Um	39 (15,3)	13 (10,6)	52 (13,8)
Dois	56 (22)	34 (27,6)	90 (23,8)
Três	48 (18,8)	36 (29,3)	84 (22,2)
Quatro	35 (13,7)	11 (8,9)	46 (12,2)
Entre cinco e sete	14 (5,5)	5 (4,1)	19 (5)
Total	255 (100)	123 (100)	378 (100)

O percentual de pessoas que estavam em uso de antipsicóticos foi maior no HP (90,5%) do que no ASM (59,5%) e na UBS (3,2%).

Ao comparar os locais segundo o tipo de antipsicótico em uso no momento, identificou-se que à maioria dos entrevistados do HP estava prescrito antipsicóticos de 1ª geração. Entre os entrevistados do ASM, sobressaíram-se os que não utilizavam antipsicóticos, seguidos pelos os que usavam os de 2ª geração (Gráfico 13).

Gráfico 13 – Frequência relativa (%) de uso atual de antipsicóticos, segundo local do estudo (ASM: Ambulatório de Saúde Mental; HP: Hospital Psiquiátrico; UBS: Unidade Básica de Saúde) – Marília/SP, 2014

Entre as mulheres, houve predomínio daquelas que não usavam antipsicóticos. Destacaram-se, entre os homens, os que usavam os de 1ª geração, seguidos, com diferença pequena no percentual, dos que não estavam usando antipsicóticos. Em todos os grupos etários prevaleceu quem não usava, tendo esse percentual sido maior entre os idosos (Tabela 14).

Tabela 14 – Frequência absoluta e relativa (%) de uso atual de antipsicóticos, segundo sexo e grupo etário – Marília/SP, 2014

Variáveis	Uso atual de antipsicóticos				Total n (%)
	1ª geração n (%)	2ª geração n (%)	1ª e 2ª geração n (%)	Não se aplica n (%)	
Sexo					
Feminino	44 (17,3)	39 (15,3)	33 (12,9)	139 (54,5)	255 (100)
Masculino	47 (38,2)	18 (14,6)	12 (9,8)	46 (37,4)	46 (100)
Grupo etário (anos)					
15 a 29	15 (31,2)	7 (14,6)	8 (16,7)	18 (37,5)	48 (100)
30 a 39	22 (32,4)	6 (8,8)	9 (13,2)	31 (45,6)	68 (100)
40 a 49	23 (31,9)	11 (15,3)	14 (19,4)	24 (33,4)	72 (100)
50 a 59	20 (19,8)	20 (19,8)	8 (7,9)	53 (52,5)	101 (100)
≥ 60	11 (12,4)	13 (14,6)	6 (6,7)	59 (66,3)	89 (100)
Total	91 (21,1)	57 (15,1)	45 (11,9)	185 (48,9)	378 (100)

A maioria dos participantes (52,7%) relatou história de ao menos uma internação psiquiátrica. O número mediano foi de 4 internações (1 a 100, intervalo interquartil: 12).

Ao cotejar o histórico de internações psiquiátricas segundo o local do estudo, nota-se que a maioria dos participantes do HP havia internado ≥ 4 vezes. No ASM, metade nunca havia sido internada, seguida por quem havia internado uma vez. Na UBS, a ampla maioria não tinha histórico de internação (Tabela 15).

Tabela 15 – Frequência absoluta e relativa (%) de internações psiquiátricas, segundo local do estudo (ASM: Ambulatório de Saúde Mental; HP: Hospital Psiquiátrico; UBS: Unidade Básica de Saúde) – Marília/SP, 2014

Internações psiquiátricas	Local do estudo			Total n (%)
	ASM n (%)	HP n (%)	UBS n (%)	
Nenhuma	64 (50,8)		115 (91,3)	179 (47,3)
Uma	26 (20,6)	19 (15,1)	7 (5,6)	52 (13,8)
Duas	12 (9,5)	17 (13,5)	2 (1,6)	31 (8,2)
Três	3 (2,4)	10 (7,9)	2 (1,6)	15 (4)
Quatro ou mais	21 (16,7)	80 (63,5)		101 (26,7)
Total	126 (100)	126 (100)	126 (100)	378 (100)

Enquanto entre as mulheres houve maior percentual de quem nunca havia internado, a parte mais expressiva dos homens tinha história de quatro ou mais internações (Gráfico 14).

Gráfico 14 – Frequência relativa (%) de internações psiquiátricas, segundo sexo – Marília/SP, 2014

A maioria dos participantes com 50 anos ou mais nunca havia internado em psiquiatria. Entre aqueles com 15 a 49 anos, as maiores frequências foram observadas entre os extremos (quem nunca internou e quem internou ≥ 4 vezes) (Tabela 16).

Tabela 16 – Frequência absoluta e relativa (%) de internações psiquiátricas, segundo grupo etário (anos) – Marília/SP, 2014

Internações psiquiátricas	Grupo etário (anos)					Total
	15 a 29	30 a 39	40 a 49	50 a 59	≥ 60	
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Nenhuma	14 (29,2)	29 (42,7)	26 (36,1)	52 (51,5)	58 (65,2)	179 (47,3)
Uma	9 (18,7)	12 (17,6)	9 (12,5)	11 (10,9)	11 (12,4)	52 (13,8)
Duas	8 (16,7)	7 (10,3)	9 (12,5)	6 (5,9)	1 (1,1)	31 (8,2)
Três	4 (8,3)	2 (2,9)	1 (1,4)	4 (4)	4 (4,5)	15 (4)
Quatro ou mais	13 (27,1)	18 (26,5)	27 (37,5)	28 (27,7)	15 (16,8)	101 (26,7)
Total	48 (100)	68 (100)	72 (100)	101 (100)	89 (100)	378 (100)

Trinta por cento (30,2%) dos participantes tinha história de tentativa de suicídio. O número mediano foi de 2 tentativas (1 a 50, intervalo interquartil: 3).

Semelhante às internações psiquiátricas, enquanto a minoria dos participantes da UBS relatou ter tentado suicídio ao longo da vida (4%), a frequência de pessoas, com ao menos uma tentativa, foi de 33,3% no ASM e de 53,2% no HP.

Dentre os participantes com história de tentativa de suicídio, no ASM, houve maior número daqueles que tentaram uma vez, no HP, ≥ 4 , e, na UBS, duas vezes (Tabela 17).

Tabela 17 – Frequência absoluta e relativa (%) de tentativas de suicídio, segundo local do estudo (ASM: Ambulatório de Saúde Mental; HP: Hospital Psiquiátrico; UBS: Unidade Básica de Saúde) – Marília/SP, 2014

Tentativas de suicídio	Local do estudo			Total n (%)
	ASM n (%)	HP n (%)	UBS n (%)	
Nenhuma	84 (66,7)	59 (46,8)	121 (96)	264 (69,8)
Uma	16 (12,7)	18 (14,3)	1 (0,8)	35 (9,3)
Duas	6 (4,8)	15 (11,9)	2 (1,6)	23 (6,1)
Três	10 (7,9)	14 (11,1)	1 (0,8)	25 (6,6)
Quatro ou mais	10 (7,9)	20 (15,9)	1 (0,8)	31 (8,2)
Total	126 (100)	126 (100)	126 (100)	378 (100)

A maioria dos homens (73,2%) e das mulheres (68,2%) negou tentativas de suicídio.

No Gráfico 15, é descrito o número de tentativas, segundo sexo, entre os 114 participantes com história de tentativas de suicídio. Constata-se que ao passo que o maior número de mulheres havia tentado quatro ou mais vezes, quase metade dos homens havia tentado uma única vez.

Gráfico 15 – Frequência relativa (%) de tentativas de suicídio, segundo sexo – Marília/SP, 2014

Em todos os grupos etários, a maioria não havia tentado suicídio, tendo a proporção de negação sido maior entre os idosos. Em contrapartida, entre quem tinha história de quatro ou mais tentativas, observou-se maior proporção de pessoas com 15 a 29 anos (Tabela 18).

Tabela 18 – Frequência absoluta e relativa (%) de tentativas de suicídio, segundo grupo etário – Marília/SP, 2014

Tentativas de suicídio	Grupo etário (anos)					Total n (%)
	15 a 29 n (%)	30 a 39 n (%)	40 a 49 n (%)	50 a 59 n (%)	≥ 60 n (%)	
Nenhuma	30 (62,5)	43 (63,2)	42 (58,3)	70 (69,3)	79 (88,7)	264 (69,8)
Uma	5 (10,4)	7 (10,3)	9 (12,5)	10 (9,9)	4 (4,5)	35 (9,3)
Duas		4 (5,9)	9 (12,5)	10 (9,9)		23 (6,1)
Três	6 (12,5)	7 (10,3)	3 (4,2)	6 (5,9)	3 (3,4)	25 (6,6)
Quatro ou mais	7 (14,6)	7 (10,3)	9 (12,5)	5 (5)	3 (3,4)	31 (8,2)
Total	48 (100)	68 (100)	72 (100)	101 (100)	89 (100)	378 (100)

Observou-se comorbidades somáticas em 57,1% dos participantes, com destaque para os entrevistados da UBS, as mulheres e as pessoas com ≥ 60 anos (Tabela 19).

Tabela 19 – Frequência absoluta e relativa (%) de comorbidades somáticas, segundo local do estudo (ASM: Ambulatório de Saúde Mental; HP: Hospital Psiquiátrico; UBS: Unidade Básica de Saúde), sexo e grupo etário – Marília/SP, 2014

Variáveis	Comorbidades somáticas		Total n (%)
	Sim n (%)	Não n (%)	
Local			
ASM	63 (50)	63 (50)	126 (100)
HP	67 (53,2)	59 (46,8)	126 (100)
UBS	86 (68,2)	40 (31,8)	126 (100)
Sexo			
Feminino	159 (62,4)	96 (37,6)	255 (100)
Masculino	57 (46,3)	66 (53,7)	123 (100)
Grupo etário (anos)			
15 a 29	12 (25)	36 (75)	48 (100)
30 a 39	36 (52,9)	32 (47,1)	68 (100)
40 a 49	36 (50)	36 (50)	72 (100)
50 a 59	57 (56,4)	44 (43,6)	101 (100)
≥ 60	75 (84,3)	14 (15,7)	89 (100)
Total	216 (57,1)	162 (42,9)	378 (100)

Cerca de 21% dos entrevistados relataram uso atual de bebidas alcoólicas e 4,7% de substâncias ilícitas. Nas Tabelas 20 e 21, apresenta-se o uso dessas substâncias segundo local do estudo, sexo e grupo etário.

Tabela 20 – Frequência absoluta e relativa (%) de uso de bebidas alcoólicas, segundo local do estudo (ASM: Ambulatório de Saúde Mental; HP: Hospital Psiquiátrico; UBS: Unidade Básica de Saúde), sexo e grupo etário – Marília/SP, 2014

Variáveis	Bebidas alcoólicas			Total n (%)
	Usa n (%)	Usou n (%)	Nunca usou n (%)	
Local				
ASM	20 (15,9)	60 (47,6)	46 (36,5)	126 (100)
HP	25 (19,8)	63 (50)	38 (30,2)	126 (100)
UBS	34 (27)	41 (32,5)	51 (40,5)	126 (100)
Sexo				
Feminino	41 (16,1)	102 (40)	112 (43,9)	255 (100)
Masculino	38 (30,9)	62 (50,4)	23 (18,7)	123 (100)
Grupo etário (anos)				
15 a 29	17 (35,4)	15 (31,2)	16 (33,3)	48 (100)
30 a 39	18 (26,5)	38 (55,9)	12 (17,6)	68 (100)
40 a 49	14 (19,4)	33 (45,8)	25 (34,7)	72 (100)
50 a 59	16 (15,8)	45 (44,6)	40 (39,6)	101 (100)
≥ 60	14 (15,7)	33 (37,1)	42 (47,2)	89 (100)
Total	79 (20,9)	164 (43,4)	135 (35,7)	378 (100)

Tabela 21 – Frequência absoluta e relativa (%) de uso de substâncias ilícitas, segundo local do estudo (ASM: Ambulatório de Saúde Mental; HP: Hospital Psiquiátrico; UBS: Unidade Básica de Saúde), sexo e grupo etário – Marília/SP, 2014

Variáveis	Substâncias ilícitas			Total n (%)
	Usa n (%)	Usou n (%)	Nunca usou n (%)	
Local				
ASM		12 (9,5)	114 (90,5)	126 (100)
HP	17 (13,5)	21 (16,7)	88 (69,8)	126 (100)
UBS		7 (5,6)	119 (94,4)	126 (100)
Sexo				
Feminino	5 (2)	22 (8,6)	228 (89,4)	255 (100)
Masculino	12 (9,8)	18 (14,6)	93 (75,6)	123 (100)
Grupo etário (anos)				
15 a 29	5 (10,4)	14 (29,2)	29 (60,4)	48 (100)
30 a 39	9 (13,2)	12 (17,7)	47 (69,1)	68 (100)
40 a 49	2 (2,8)	8 (11,1)	62 (86,1)	72 (100)
50 a 59	1 (1)	5 (4,9)	95 (94,1)	101 (100)
≥ 60		1 (1,1)	88 (98,9)	89 (100)
Total	17 (4,5)	40 (10,6)	321 (84,9)	378 (100)

Na Tabela 22, são apresentados os resultados do teste do qui quadrado para as variáveis que descreveram o perfil clínico dos 378 participantes, segundo local, sexo e grupo etário.

Tabela 22 – Resultados do teste do qui quadrado para as variáveis clínicas, segundo local do estudo, sexo e grupo etário

Variáveis	Local do estudo		Sexo		Grupo etário	
	X ²	p-value	X ²	p-value	X ²	p-value
Diagnóstico psiquiátrico	302.5721	< 0,001*	41.6152	< 0,001*	45.5379	< 0,001*
Duração do transtorno mental, a partir do diagnóstico	20.0701	< 0,001*	0.2458	0,884	37.8884	< 0,001*
Quantidade de psicofármacos em uso no momento	295.6448	< 0,001*	9.4123	0,094	45.8118	0,001*
Uso atual de antipsicóticos	214.0584	< 0,001*	20.8322	< 0,001*	32.4850	0,001*
Internações psiquiátricas	243.0383	< 0,001*	26.1940	< 0,001*	36,7674	0,002*
Tentativas de suicídio	76,6027	< 0,001*	11,8012	0,019*	39,7945	0,001*
Comorbidades somáticas	9.7870	0,007*	8.6862	0,003*	49.0033	< 0,001*
Bebida alcoólica	10.9412	0,027*	25.5666	< 0,001*	23.3428	0,003*
Substâncias ilícitas	46.7276	<0,001*	15.9020	< 0,001*	60.4072	< 0,001*

*evidência de associação estatística (p < 0,05)

5.3 USO DE TABACO

Considerando que não foram identificados usuários de tabaco sem fumaça (rapé, fumo de mascar, tabaco solúvel), serão utilizados os termos fumantes, ex-fumantes e não fumantes.

Dos 378 participantes, 35,4% eram fumantes, 17,2% ex-fumantes e 47,4% não fumantes. Ao comparar os portadores de transtornos mentais do ASM e do HP (população

psiquiátrica) com os entrevistados da UBS (população geral), notou-se maior prevalência de fumantes no primeiro grupo ($X^2 = 23.6031$, $p < 0,001$) (Gráfico 16).

Gráfico 16 – Prevalência (%) de fumantes, ex-fumantes e não fumantes entre a população psiquiátrica dos níveis secundário e terciário de atenção comparada à população geral da rede básica de saúde – Marília/SP, 2014

As prevalências de fumantes, de ex-fumantes e de não fumantes, nos três serviços de saúde, foram comparadas (Gráfico 17).

Gráfico 17 – Prevalência (%) de fumantes, ex-fumantes e não fumantes, segundo local do estudo (ASM: Ambulatório de Saúde Mental; HP: Hospital Psiquiátrico; UBS: Unidade Básica de Saúde) – Marília/SP, 2014

Embora houvesse evidência estatística de que os locais estudados estavam associados ao fumo de tabaco ($X^2 = 57,8706$, $p < 0,001$), calcularam-se os intervalos de confiança (IC 95%) para cada casela da tabela de contingência de modo a identificar as diferenças proporcionais (quando dois intervalos não se sobrepunham, havia indício de que as proporções eram diferentes, sugerindo associação estatística) (Tabela 23).

Tabela 23 – Prevalência (%) de fumantes, ex-fumantes e não fumantes e seus intervalos de confiança (IC), segundo local do estudo (ASM: Ambulatório de Saúde Mental; HP: Hospital Psiquiátrico; UBS: Unidade Básica de Saúde) – Marília/SP, 2014

Local do estudo	Fumantes			Ex-fumantes			Não fumantes		
	n	%	IC (95%)	n	%	IC (95%)	n	%	IC (95%)
ASM	34	27	(19,9, 35,4)	28	22,2	(15,8, 30,3)	64	50,8	(42,1, 59,4)
HP	76	60,3	(51,5, 68,5)	6	4,8	(2,1, 10,2)	44	34,9	(27,1, 43,7)
UBS	24	19	(13,1, 26,9)	31	24,6	(17,8, 32,9)	71	56,4	(47,5, 64,8)
Total	134	35,4	(30,8, 40,4)	65	17,2	(13,7, 21,4)	179	47,4	(42,3, 52,4)

O fumo de tabaco foi semelhante entre os entrevistados do ASM e da UBS, visto que entre esses serviços não houve evidências de diferença nas proporções de fumantes, de ex-fumantes e de não fumantes (os intervalos de confiança se sobrepuseram em todas as comparações). As diferenças proporcionais foram evidenciadas ao comparar cada um desses serviços com o HP (Tabela 23).

Conforme retratado na Figura 11, a maioria dos participantes do HP era fumante e essa prevalência era diferente da encontrada nos demais locais, uma vez que o seu IC (95%) não se sobrepôs aos do ASM e da UBS.

Figura 11 – Prevalência de fumantes e intervalos de confiança (95%), segundo local do estudo (ASM: Ambulatório de Saúde Mental; HP: Hospital Psiquiátrico; UBS: Unidade Básica de Saúde) – Marília/SP, 2014

O número reduzido de ex-fumantes no HP despertou atenção. Confirmou-se a diferença entre as proporções de ex-fumantes do HP, em relação aos demais locais, por meio da ausência de sobreposição dos ICs (95%) (Tabela 23; Figura 12).

Figura 12 – Prevalência (%) de ex-fumantes e intervalos de confiança (95%), segundo local do estudo (ASM: Ambulatório de Saúde Mental; HP: Hospital Psiquiátrico; UBS: Unidade Básica de Saúde) – Marília/SP, 2014

Identificou-se, entre a população geral (UBS), o maior percentual de não fumantes. A prevalência de não fumantes do HP foi diferente da UBS, porém não foi diferente da prevalência de não fumantes do ASM (Tabela 23, Figura 13).

Figura 13 – Prevalência (%) de não fumantes e intervalos de confiança (95%), segundo local do estudo (ASM: Ambulatório de Saúde Mental; HP: Hospital Psiquiátrico; UBS: Unidade Básica de Saúde) – Marília/SP, 2014

5.3.1 Uso de tabaco segundo perfil pessoal e sociodemográfico

Ao comparar as características pessoais e sociodemográficas dos fumantes (n= 134), dos ex-fumantes (n= 65) e dos não fumantes (n= 179), observou-se que, enquanto, aproximadamente, metade dos homens fumava tabaco, a maioria das mulheres era não

fumante. A diferença da prevalência de ex-fumantes, entre os sexos, não foi expressiva (Gráfico 18).

Gráfico 18 – Frequência relativa (%) de fumantes, ex-fumantes e não fumantes, segundo sexo – Marília/SP, 2014

Conforme ilustrado no Gráfico 19, os não fumantes prevaleceram em todas as idades, porém sua maior frequência foi notada nos extremos etários (15 a 29 anos e ≥ 60 anos). A prevalência de fumantes foi maior entre os jovens (15 a 29 anos) e diminuiu conforme o envelhecimento. Houve mais ex-fumantes entre quem tinha 50 a 59 anos.

Gráfico 19 – Frequência relativa (%) de fumantes, ex-fumantes e não fumantes, segundo grupo etário – Marília/SP, 2014

A maior prevalência de fumantes e de ex-fumantes foi identificada entre os analfabetos e entre quem estudou até o ensino fundamental. A de não fumantes, entre aqueles com ensino médio ou superior (Gráfico 20).

Gráfico 20 – Frequência relativa (%) de fumantes, ex-fumantes e não fumantes, segundo escolaridade – Marília/SP, 2014

Enquanto os não fumantes sobressaíram-se entre os casados, separados/divorciados e viúvos, entre os solteiros, a maior prevalência foi de fumantes (Gráfico 21).

Gráfico 21 – Frequência relativa (%) de fumantes, ex-fumantes e não fumantes, segundo estado civil – Marília/SP, 2014

Coerente com o estado civil, as maiores prevalências de fumantes foram identificadas entre quem vivia sem companheiro (Tabela 24).

Tabela 24 – Frequência absoluta e relativa (%) de fumantes, ex-fumantes e não fumantes, segundo arranjo domiciliar – Marília/SP, 2014

Arranjo domiciliar	Fumante n (%)	Ex-fumante n (%)	Não fumante n (%)	Total n (%)
Vive só	19 (38,8)	6 (12,2)	24 (49)	49 (100)
Sem companheiro, com familiares	68 (42,8)	19 (11,9)	72 (45,3)	159 (100)
Sem companheiro, com outras pessoas	5 (62,5)		3 (37,5)	8 (100)
Com companheiro apenas	13 (24,1)	18 (33,3)	23 (42,6)	54 (100)
Com companheiro e familiares	29 (26,8)	22 (20,4)	57 (52,8)	108 (100)
Total	134 (35,4)	65 (17,2)	179 (47,4)	378 (100)

O maior percentual de participantes que tinham filhos eram não fumantes (45,4%), seguidos pelos fumantes (33,9%) e pelos ex-fumantes (20,7%).

Em relação à religião, os não fumantes foram os entrevistados com percentual mais expressivo entre os católicos, evangélicos e espíritas/outras. A prevalência de fumantes foi superior entre quem declarou não ter religião ou seguir o espiritismo/outras. A maior prevalência de ex-fumantes ocorreu entre os evangélicos (Gráfico 22).

Gráfico 22 – Frequência relativa (%) de fumantes, ex-fumantes e não fumantes, segundo religião – Marília/SP, 2014

Prevalência superior de ex-fumantes e de não fumantes foi verificada entre os participantes que praticavam sua religião. Distintamente, a prevalência de fumantes foi maior entre quem não a praticava (Gráfico 23).

Gráfico 23 – Frequência relativa (%) de fumantes, ex-fumantes e não fumantes, segundo prática religiosa – Marília/SP, 2014

Houve maior prevalência de fumantes entre os entrevistados sem ocupação e entre os aposentados. A prevalência de ex-fumantes e de não fumantes foi superior entre os trabalhadores e as donas de casa (Gráfico 24).

Gráfico 24 – Frequência relativa (%) de fumantes, ex-fumantes e não fumantes, segundo ocupação – Marília/SP, 2014

Além de a prevalência de fumantes ter sido maior entre quem declarou não ter ocupação atual, ela também se mostrou superior entre aqueles que recebiam mais de um benefício do governo. Dentre os participantes que não recebiam benefícios ou que recebiam somente um, observou-se maior percentual de não fumantes (Gráfico 25).

Gráfico 25 – Frequência relativa (%) de fumantes, ex-fumantes e não fumantes, segundo quantidade de benefícios do governo – Marília/SP, 2014

A aplicação do teste do qui quadrado sugeriu evidências de que o fumo de tabaco estava associado às variáveis sexo ($X^2 = 16.5288$, $p < 0,001$), grupo etário ($X^2 = 19.1889$, $p = 0,014$), estado civil ($X^2 = 23.7468$, $p = 0,001$), arranjo domiciliar ($X^2 = 23.1239$, $p = 0,003$), filhos ($X^2 = 8.0887$, $p = 0,018$), religião ($X^2 = 21.6936$, $p = 0,001$), prática religiosa ($X^2 = 50.6238$, $p < 0,001$) e ocupação ($X^2 = 13.1564$, $p = 0,041$). Não houve evidência de associação com escolaridade ($X^2 = 10.6213$, $p = 0.101$) e quantidade de benefícios recebidos do governo ($X^2 = 3.5188$, $p = 0.475$).

A aplicação do coeficiente V de *Cramér* sugeriu que a associação do fumo de tabaco com as variáveis pessoais e sociodemográficas era fraca, com exceção de prática religiosa que era moderada (Tabela 25).

Tabela 25 – Coeficiente V de *Cramér* para as variáveis pessoais e sociodemográficas com evidência de associação com fumo de tabaco

Associação fumo de tabaco com:	Coeficiente V de <i>Cramér</i>
Sexo	0,2091
Grupo etário	0,1593
Estado civil	0,1772
Arranjo domiciliar	0,1749
Filhos	0,1463
Religião	0,1694
Prática religiosa	0,2588
Ocupação	0,1319

5.3.2 Uso de tabaco segundo perfil clínico

Maior prevalência de fumantes foi observada entre as pessoas com diagnóstico de esquizofrenia/transtorno esquizoafetivo, seguidas por aquelas com transtornos de personalidade. Ausência de diagnóstico psiquiátrico prevaleceu entre os ex-fumantes.

Os não fumantes foram maioria entre os participantes com transtornos do humor, ansiosos/outros e entre aqueles sem diagnóstico (Tabela 26).

Tabela 26 – Frequência absoluta e relativa (%) de fumantes, ex-fumantes e não fumantes, segundo diagnóstico psiquiátrico – Marília/SP, 2014

Diagnóstico	Fumantes n (%)	Ex-fumantes n (%)	Não fumantes n (%)	Total n (%)
Esquizofrenia/ esquizoafetivo	62 (56,4)	13 (11,8)	35 (31,8)	110 (100)
Transtornos do humor	20 (27,8)	13 (18,1)	39 (54,2)	72 (100)
Transtornos de personalidade	16 (43,2)	6 (16,2)	15 (40,6)	37 (100)
Transtornos ansiosos/outros	20 (29)	9 (13)	40 (58)	69 (100)
Não se aplica (s/ diagnóstico)	16 (17,8)	24 (26,7)	50 (55,6)	90 (100)
Total	134 (35,4)	65 (17,2)	179 (47,4)	378 (100)

Dentre os 288 portadores de transtornos mentais, a ampla maioria dos que haviam sido diagnosticados há menos de um ano era não fumante.

Os fumantes prevaleceram entre aqueles com mais tempo de diagnóstico. No entanto, não foi constatada diferença expressiva entre os participantes diagnosticados entre 1 a 12 anos e aqueles diagnosticados há mais de 12 anos (Gráfico 26).

Gráfico 26 – Frequência relativa (%) de fumantes, ex-fumantes e não fumantes, segundo duração do transtorno mental (anos) – Marília/SP, 2014

Os participantes que não utilizavam psicofármacos e aqueles que utilizavam até dois apresentaram as maiores prevalências de não fumantes. Contrariamente, as maiores prevalências de fumantes ocorreram entre quem utiliza três ou mais psicofármacos (Tabela 27).

Tabela 27 – Frequência absoluta e relativa (%) de fumantes, ex-fumantes e não fumantes, segundo quantidade de psicofármacos em uso no momento – Marília/SP, 2014

Quantidade de psicofármacos	Fumantes n (%)	Ex-fumantes n (%)	Não fumantes n (%)	Total n (%)
Nenhum	16 (18,4)	22 (25,3)	49 (56,3)	87 (100)
Um	13 (25)	13 (25)	26 (50)	52 (100)
Dois	35 (38,9)	11 (12,2)	44 (48,9)	90 (100)
Três	40 (47,6)	10 (11,9)	34 (40,5)	84 (100)
Quatro	22 (47,8)	4 (8,7)	20 (43,5)	46 (100)
Entre cinco e sete	8 (42,1)	5 (26,3)	6 (31,6)	19 (100)
Total	134 (35,4)	65 (17,2)	179 (47,4)	378 (100)

Os fumantes se sobressaíram entre quem usava antipsicóticos de 1ª geração e entre quem fazia uso concomitante de antipsicóticos de 1ª e de 2ª geração. Os não fumantes foram maioria entre aqueles que usavam antipsicóticos de 2ª geração e entre quem não utilizava antipsicóticos. Houve maior prevalência de ex-fumantes entre os participantes que não usavam antipsicóticos (Gráfico 27).

Gráfico 27 – Frequência relativa (%) de fumantes, ex-fumantes e não fumantes, segundo uso atual de antipsicóticos – Marília/SP, 2014

Não houve diferença na prevalência de fumantes entre os participantes com e sem comorbidades somáticas. Contudo, prevalência superior de ex-fumantes e de não fumantes foram verificadas, respectivamente, entre quem tinha comorbidades e entre quem não tinha (Gráfico 28).

Gráfico 28 – Frequência relativa (%) de fumantes, ex-fumantes e não fumantes, segundo comorbidades somáticas – Marília/SP, 2014

Constatou-se diferença na história de internações psiquiátricas segundo o uso de tabaco. Entre quem nunca havia internado, a maioria era não fumante, enquanto que a maioria dos que haviam passado por quatro ou mais internações era fumante.

Conforme o aumento do número de internações, as prevalências de fumantes aumentaram e as de não fumantes, diminuíram. As prevalências de ex-fumantes foram semelhantes entre aqueles que nunca internaram e entre quem internou uma ou três vezes (Gráfico 29).

Gráfico 29 – Frequência relativa (%) de fumantes, ex-fumantes e não fumantes, segundo internações psiquiátricas – Marília/SP, 2014

Semelhante ao que ocorreu com as internações, enquanto metade dos participantes que nunca tinham tentado suicídio não fumava tabaco, a maioria dos que haviam tentado ≥ 4 vezes era fumante. Maior prevalência de ex-fumantes foi identificada entre quem não tinha história de tentativas (Gráfico 30)

Gráfico 30 – Frequência relativa (%) de fumantes, ex-fumantes e não fumantes, segundo tentativas de suicídio – Marília/SP, 2014

Metade dos participantes com risco moderado ou alto de suicídio era fumante, enquanto os não fumantes eram maioria entre os sem risco. A prevalência de fumantes aumentou e a de não fumantes diminuiu conforme o aumento da intensidade do risco de suicídio. A maior prevalência de ex-fumantes ocorreu entre aqueles sem risco (Gráfico 31).

Gráfico 31 – Frequência relativa (%) de fumantes, ex-fumantes e não fumantes, segundo risco atual de suicídio – Marília/SP, 2014

Ao avaliar a presença e a gravidade dos sintomas psiquiátricos, durante os três dias que antecederam a entrevista, os fumantes se destacaram com os sintomas mais graves. Três quartos dos entrevistados classificados, no escore total da escala BPRS, como “síndrome maior” fumavam tabaco. Houve maior prevalência de ex-fumantes e de não fumantes entre aqueles com “síndrome ausente” (Gráfico 32).

Gráfico 32 – Frequência relativa (%) de fumantes, ex-fumantes e não fumantes, segundo escore total escala BPRS – Marília/SP, 2014

Na Tabela 28, são detalhados os 18 sintomas psiquiátricos, avaliados pela BPRS-A, segundo o fumo de tabaco.

Tabela 28 – Frequência absoluta e relativa (%) da gravidade dos sintomas psiquiátricos, apresentados durante os três dias anteriores à entrevista, segundo o uso de tabaco – Marília/SP, 2014

Variáveis	Fumante n (%)	Ex-fumante n (%)	Não fumante n (%)	Total n (%)
Preocupações somáticas				
Ausente	119 (34,5)	60 (17,4)	166 (48,1)	345 (100)
Muito leve, presença duvidosa ou leve	14 (43,8)	5 (15,6)	13 (40,6)	32 (100)
Moderado a Severo/extremo	1 (100)			1 (100)
Ansiedade psíquica				
Ausente	51 (29,1)	35 (20)	89 (50,9)	175 (100)
Muito leve, presença duvidosa ou leve	62 (38)	23 (14,1)	78 (47,9)	163 (100)
Moderado a Severo/extremo	21 (52,5)	7 (17,5)	12 (30)	40 (100)
Retraimento emocional				
Ausente	132 (36,3)	63 (17,3)	169 (46,4)	364 (100)
Muito leve, presença duvidosa ou leve	2 (15,4)	2 (15,4)	9 (69,2)	13 (100)
Moderado a Severo/extremo			1 (100)	1 (100)
Desorganização conceitual (incoerência)				
Ausente	131 (35,4)	63 (17)	176 (47,6)	370 (100)
Muito leve, presença duvidosa ou leve	3 (37,5)	2 (25)	3 (37,5)	8 (100)
Autodepreciação e sentimento de culpa				
Ausente	86 (29,4)	56 (19,2)	150 (51,4)	292 (100)
Muito leve, presença duvidosa ou leve	48 (55,8)	9 (10,5)	29 (33,7)	86 (100)
Ansiedade somática				
Ausente	86 (32,6)	50 (18,9)	128 (48,5)	264 (100)
Muito leve, presença duvidosa ou leve	37 (37,4)	14 (14,1)	48 (48,5)	99 (100)
Moderado a Severo/extremo	11 (73,3)	1 (6,7)	3 (20)	15 (100)
Distúrbios motores específicos				
Ausente	132 (35,3)	65 (17,4)	177 (47,3)	374 (100)
Muito leve, presença duvidosa ou leve			1 (100)	1 (100)
Moderado a Severo/extremo	2 (66,7)		1 (33,3)	3 (100)
Autoestima exagerada				
Ausente	116 (32,9)	63 (17,9)	173 (49,2)	352 (100)
Muito leve, presença duvidosa ou leve	17 (68)	2 (8)	6 (24)	25 (100)
Moderado a Severo/extremo	1 (100)			1 (100)
Humor deprimido				
Ausente	57 (29,1)	36 (18,4)	103 (52,5)	196 (100)
Muito leve, presença duvidosa ou leve	69 (42,6)	26 (16)	67 (41,4)	162 (100)
Moderado a Severo/extremo	8 (40)	3 (15)	9 (45)	20 (100)
Hostilidade				
Ausente	76 (31,1)	42 (17,1)	127 (51,8)	245 (100)
Muito leve, presença duvidosa ou leve	49 (40,8)	21 (17,5)	50 (41,7)	120 (100)
Moderado a Severo/extremo	9 (69,2)	2 (15,4)	2 (15,4)	13 (100)
Desconfiança				
Ausente	95 (33,3)	51 (17,9)	139 (48,8)	285 (100)
Muito leve, presença duvidosa ou leve	32 (38,5)	14 (16,9)	37 (44,6)	83 (100)
Moderado a Severo/extremo	7 (70)		3 (30)	10 (100)
Alucinações				
Ausente	101 (32,4)	53 (17)	158 (50,6)	312 (100)
Muito leve, presença duvidosa ou leve	18 (38,3)	10 (21,3)	19 (40,4)	47 (100)
Moderado a Severo/extremo	15 (79)	2 (10,5)	2 (10,5)	19 (100)
Retardo psicomotor				
Ausente	132 (35,4)	65 (17,4)	176 (47,2)	373 (100)
Muito leve, presença duvidosa ou leve	2 (40)		3 (60)	5 (100)

(continua)...

Variáveis	Fumante n (%)	Ex-fumante n (%)	Não fumante n (%)	Total n (%)
Falta de cooperação				
Ausente	132 (35,5)	65 (17,5)	175 (47)	372 (100)
Muito leve, presença duvidosa ou leve	2 (33,3)		4 (66,7)	6 (100)
Conteúdo incomum do pensamento				
Ausente	107 (32,8)	59 (18,1)	160 (49,1)	326 (100)
Muito leve, presença duvidosa ou leve	25 (53,2)	4 (8,5)	18 (38,3)	47 (100)
Moderado a Severo/extremo	2 (40)	2 (40)	1 (20)	5 (100)
Afeto embotado ou inapropriado				
Ausente	89 (31,4)	52 (18,4)	142 (50,2)	283 (100)
Muito leve, presença duvidosa ou leve	43 (46,7)	13 (14,1)	36 (39,2)	92 (100)
Moderado a Severo/extremo	2 (66,7)		1 (33,3)	3 (100)
Agitação psicomotora				
Ausente	130 (35,1)	65 (17,6)	175 (47,3)	370 (100)
Muito leve, presença duvidosa ou leve	3 (42,9)		4 (57,1)	7 (100)
Moderado a Severo/extremo	1 (100)			1 (100)
Desorientação e confusão				
Ausente	93 (30,3)	61 (19,9)	153 (49,8)	307 (100)
Muito leve, presença duvidosa ou leve	30 (54,5)	4 (7,3)	21 (38,2)	55 (100)
Moderado a Severo/extremo	11 (68,8)		5 (31,2)	16 (100)
Total	134 (35,4)	65 (17,2)	179 (47,4)	378 (100)

(conclusão)

Em todos os sintomas, avaliados pela BPRS, os não fumantes destacaram-se entre os participantes classificados com ausência de alterações.

Os fumantes foram a maioria, ou a totalidade, entre os participantes que haviam recebido a classificação ‘moderado a severo/extremo’ para preocupações somáticas, ansiedade psíquica, ansiedade somática, distúrbios motores específicos, autoestima exagerada, hostilidade, desconfiança, alucinações, afeto embotado ou inapropriado, agitação psicomotora, desorientação e confusão.

Notou-se maior prevalência de ex-fumantes entre quem havia sido classificado como “muito leve, presença duvidosa ou leve” para desorganização conceitual (incoerência), hostilidade e alucinações e “moderado a severo extremo” para conteúdo incomum do pensamento. Para os demais sintomas, observou-se maior prevalência de ex-fumantes entre quem não tinha apresentado alterações.

Embora nenhum participante tenha sido avaliado como “moderado a severo/extremo” para “auto-depreciação e sentimento de culpa”, o maior percentual de participantes classificados como “muito leve, presença duvidosa ou leve” era fumante.

Em relação ao “humor deprimido”, a frequência de fumantes, de ex-fumantes e de não fumantes foi semelhante entre aqueles avaliados como “muito leve, presença duvidosa ou leve” e como “moderado a severo/extremo”.

Entre aqueles que apresentaram delírios (conteúdo incomum do pensamento: moderado a severo/extremo) ou alucinações, mais de três quartos eram fumantes ou ex-fumantes. Entre os que não apresentam alterações no conteúdo do pensamento, cerca da metade era não fumante.

Vale observar que foram poucos os que apresentaram retraimento emocional, desorganização conceitual (incoerência), distúrbios motores específicos, retardo psicomotor, falta de cooperação e agitação psicomotora. Esse resultado era esperado, considerando que pessoas com essas alterações dificilmente teriam condições de participar das entrevistas.

A prevalência de fumantes acompanhou o aumento do nível de ansiedade, avaliado pelo IDATE. Embora mais da metade dos participantes com nível baixo de ansiedade fosse não fumante, os demais níveis apresentaram frequências semelhantes de fumantes e de não fumantes. A prevalência de ex-fumantes, por sua vez, parece ter oscilado sem coerência com o aumento dos níveis de ansiedade (Gráfico 33).

Gráfico 33 – Frequência relativa (%) de fumantes, ex-fumantes e não fumantes segundo níveis de ansiedade-traço – Marília/SP, 2014

Quanto ao consumo de bebida alcoólica, mais de três quartos dos participantes que alegaram nunca ter bebido era não fumante. Coerentemente, enquanto metade dos que consumiam álcool fumava tabaco, entre os ex-fumantes prevaleceram aqueles que disserem ter consumido álcool no passado (Gráfico 34).

Gráfico 34 – Frequência relativa (%) de fumantes, ex-fumantes e não fumantes, segundo bebida alcoólica – Marília/SP, 2014

Todos os que usavam substâncias ilícitas eram fumantes, enquanto a maioria dos que declararam nunca ter usado era não fumante. Entre os que relataram uso pregresso, a maioria era fumante. A prevalência de ex-fumantes foi semelhante entre que declarou uso pregresso ou nunca ter usado essas substâncias (Gráfico 35).

Gráfico 35 – Frequência relativa (%) de fumantes, ex-fumantes e não fumantes, segundo substâncias ilícitas – Marília/SP, 2014

Segundo o teste do qui quadrado, houve evidência de associação estatística entre fumo de tabaco e diagnóstico psiquiátrico ($X^2 = 41.0274$, $p < 0,001$), duração do transtorno mental a partir do diagnóstico ($X^2 = 37.9582$, $p < 0,001$), quantidade de psicofármacos em uso no momento ($X^2 = 29.0291$, $p = 0,001$), uso atual de antipsicóticos ($X^2 = 46,0473$, $p < 0,001$), comorbidades somáticas ($X^2 = 9.8285$, $p = 0,007$), internações psiquiátricas ($X^2 = 55.9923$, $p < 0,001$), tentativas de suicídio ($X^2 = 16.5599$, $p = 0,035$), risco atual de suicídio ($X^2 = 18.4863$, $p = 0,005$), escore total BPRS ($X^2 = 16.0087$, $p = 0,003$), ansiedade psíquica ($X^2 = 10.2624$, $p = 0,036$), autodepreciação e sentimento de culpa ($X^2 = 20.3263$, $p < 0,001$), ansiedade somática ($X^2 = 11.2302$, $p = 0,024$), autoestima exagerada ($X^2 = 14.3599$, $p = 0,006$), hostilidade ($X^2 = 11.2186$, $p = 0,024$), alucinações ($X^2 = 18.6688$, $p = 0,001$), conteúdo incomum do pensamento

($X^2 = 10.3747$, $p = 0,035$), desorientação e confusão ($X^2 = 22.3955$, $p < 0,001$), bebida alcoólica ($X^2 = 77.4961$, $p < 0,001$) e substâncias ilícitas ($X^2 = 63.4145$, $p < 0,001$).

Não houve evidência de associação com preocupações somáticas ($X^2 = 2.9338$, $p = 0,569$), retraimento emocional ($X^2 = 4.0634$, $p = 0,398$), desorganização conceitual (incoerência) ($X^2 = 0.4668$, $p = 0,792$), distúrbios motores específicos ($X^2 = 2.5868$, $p = 0,629$), humor deprimido ($X^2 = 7.3981$, $p = 0,116$), desconfiança ($X^2 = 6.6509$, $p = 0,156$), retardo psicomotor ($X^2 = 1.0720$, $p = 0,585$), falta de cooperação ($X^2 = 1.5363$, $p = 0,464$), afeto embotado ou inapropriado ($X^2 = 8.5721$, $p = 0,073$), agitação psicomotora ($X^2 = 3.3149$, $p = 0,507$) e ansiedade-traço ($X^2 = 9.1759$, $p = 0,164$).

A classificação da força da associação das variáveis clínicas com o fumo de tabaco, segundo a aplicação do coeficiente V de *Cramér*, é apresentada na Tabela 29.

Tabela 29 – Coeficiente V de *Cramér* para as variáveis clínicas com evidência de associação com o fumo de tabaco

Associação fumo de tabaco com	Coeficiente V de <i>Cramér</i>	Classificação força da associação
Diagnóstico psiquiátrico	0,2330	Moderada
Duração do transtorno mental, a partir do diagnóstico	0,2241	Moderada
Quantidade psicofármacos em uso no momento	0,1960	Moderada
Uso atual de antipsicóticos	0,2468	Moderada
Comorbidades somáticas	0,1612	Fraca
Internações psiquiátricas	0,2721	Moderada
Tentativas de suicídio	0,1480	Fraca
Risco atual de suicídio	0,1564	Fraca
Ansiedade psíquica	0,1165	Fraca
Autodepreciação e sentimento de culpa	0,2319	Fraca
Ansiedade somática	0,1219	Fraca
Autoestima exagerada	0,1378	Fraca
Hostilidade	0,1218	Fraca
Alucinações	0,1571	Fraca
Conteúdo incomum do pensamento	0,1171	Fraca
Desorientação e confusão	0,1721	Fraca
Escore total BPRS	0,1455	Fraca
Bebida alcoólica	0,3202	Moderada
Substâncias ilícitas	0,2896	Moderada

5.3.3 História pregressa e perfil atual do uso de tabaco

Os 134 fumantes haviam iniciado o uso tabaco, em média, há 28,5 anos. Na Tabela 30 e no Gráfico 36, é descrito o tempo de tabagismo de acordo com os locais investigados.

Tabela 30 – Descrição do tempo de tabagismo (anos), segundo local do estudo (ASM: Ambulatório de Saúde Mental; HP: Hospital Psiquiátrico; UBS: Unidade Básica de Saúde) – Marília/SP, 2014

Fumantes	Média	DP	Mínimo	25º percentil	Mediana	75º percentil	Máximo
ASM (n= 34)	31	14	1	23	33	40	65
HP (n= 76)	25	16	0,03*	12	22	40	66
UBS (n= 24)	35	14	10	26	35	44	70
Total (n= 134)	28	15	0,03*	17	31	40	70

*0,0383562 equivale a 2 semanas

Gráfico 36 – Tempo de tabagismo (anos), segundo local do estudo (ASM: Ambulatório de Saúde Mental; HP: Hospital Psiquiátrico; UBS: Unidade Básica de Saúde) – Marília/SP, 2014

Dois participantes do HP haviam começado a fumar há menos de um ano. O primeiro, há duas semanas e o segundo, há 10 meses; ambos durante a internação atual.

A análise de variância (ANOVA) indicou evidência de diferença entre as médias do tempo de tabagismo dos fumantes do ASM, do HP e da UBS ($p= 0,018$). A aplicação da ANOVA foi possível uma vez que o teste de *Bartlett* mostrou não haver diferença entre as variâncias (indício de homocedasticidade) ($p= 0,695$). Contrastes de *Scheffé* indicaram diferenças entre as médias do HP e da UBS ($p= 0,028$), porém não entre as do ASM e do HP ($p= 0,259$) e entre as do ASM e da UBS ($p= 0,530$).

Em relação à frequência do fumo atual, dos 134 fumantes, 130 (97%) fumavam diariamente. No HP, todos eram fumantes diários, tendo essa prevalência sido menor no ASM (94,1%) e na UBS (91,7%) (*Fisher*= 0.045).

Não houve evidência de diferença entre a prevalência de fumantes diários e de fumantes ocasionais de acordo com o sexo – fumam diariamente: mulheres (95,9%), homens

(98,4%) – (*Fisher*= 0.625). O mesmo ocorreu ao comparar por grupo etário – fumam ocasionalmente: ≤ 39 anos (0%), 40 a 49 anos (3,4%), 50 a 59 anos (5,7%), ≥ 60 anos (4,3%) (*Fisher*= 0.803).

Os poucos participantes ($n= 4$) que hoje fumam ocasionalmente relataram terem sido fumantes diários, no passado. Nos 30 dias anteriores à entrevista, eles tinham fumado, em média, em 10,3 dias (6 a 15 dias, DP: 3,7).

No que tange os ex-fumantes ($n= 65$), 59 (90,8%) eram fumantes diários quando decidiram parar de fumar, o que não diferiu segundo os locais estudados (*Fisher*= 0.822), sexo (*Fisher*= 1.000) e grupo etário (*Fisher*= 0.629) (Tabela 31).

Tabela 31 – Frequência absoluta e relativa (%) dos ex-fumantes diários e ocasionais, segundo local do estudo (ASM: Ambulatório de Saúde Mental; HP: Hospital Psiquiátrico; UBS: Unidade Básica de Saúde), sexo e grupo etário – Marília/SP, 2014

Variáveis	Ex-fumantes		Total n (%)
	Diários n (%)	Ocasionais n (%)	
Local			
ASM	26 (92,9)	2 (7,1)	28 (100)
HP	6 (100)		6 (100)
UBS	27 (87,1)	4 (12,9)	31 (100)
Sexo			
Feminino	42 (91,3)	4 (8,7)	46 (100)
Masculino	17 (89,5)	2 (10,5)	19 (100)
Grupo etário (anos)			
30-39	10 (83,3)	2 (16,7)	12 (100)
40-49	10 (100)		10 (100)
50-59	22 (88)	3 (12)	25 (100)
≥ 60	17 (94,4)	1 (5,6)	18 (100)
Total	59 (90,8)	6 (9,2)	65 (100)

Quando os 199 fumantes e ex-fumantes foram questionados se a soma de cigarros fumados, ao longo da vida, seria ≥ 100 (cinco maços), 190 (95,5%) responderam sim. Essa proporção não diferiu entre os locais estudados (ASM= 93,5%, HP= 96,3%, UBS= 96,4%, *Fisher*= 0.689), sexo (feminino= 95%, masculino= 96,2%, *Fisher*= 0.743) e grupo etário (15 a 29 anos= 100%, 30 a 39 anos= 94,6%, 40 a 49 anos= 92,3%, 50 a 59 anos= 96,7%, ≥ 60 anos= 95,1%, *Fisher*= 0.729).

Uma parte expressiva dos fumantes e dos ex-fumantes começaram a fumar antes dos 15 anos de idade. A idade de início do tabagismo não foi diferente entre o ASM, o HP e a UBS (*Fisher*= 0.585) ou entre os sexos (*Fisher*= 0,543) (Tabela 32).

Tabela 32 – Frequência absoluta e relativa (%) da idade em que os fumantes e os ex-fumantes começaram a fumar, segundo local do estudo (ASM: Ambulatório de Saúde Mental; HP: Hospital Psiquiátrico; UBS: Unidade Básica de Saúde) e sexo – Marília/SP, 2014

Variáveis	Idade (anos) em que começou a fumar				Total n (%)
	< 15 n (%)	15 a 16 n (%)	17 a 19 n (%)	≥ 20 n (%)	
Local					
ASM	28 (45,1)	12 (19,4)	12 (19,4)	10 (16,1)	62 (100)
HP	36 (43,9)	18 (22)	11 (13,4)	17 (20,7)	82 (100)
UBS	21 (38,2)	18 (32,7)	9 (16,4)	7 (12,7)	55 (100)
Sexo					
Feminino	54 (45,4)	25 (21)	18 (15,1)	22 (18,5)	119 (100)
Masculino	31 (38,8)	23 (28,7)	14 (17,5)	12 (15)	80 (100)
Total	85 (42,7)	48 (24,1)	32 (16,1)	34 (17,1)	199 (100)

No Gráfico 37, são descritas as prevalências de fumantes, no total da amostra (n= 378), de acordo com o principal produto de tabaco utilizado.

Gráfico 37 – Prevalências (%) de fumantes por produto de tabaco – Marília/SP, 2014

Ao comparar a prevalência de uso dos diferentes produtos de tabaco, entre os 134 fumantes, constatou-se que 132 (98,5%) fumavam cigarros industrializados, 52 (38,8%) cigarros de palha ou enrolados à mão, oito (6%) cigarros de cravo ou de bali, três (2,2%) narguilé, seis (4,5%) bidis e três (2,2%) charuto. O fumo de cachimbo não foi mencionado.

Como os fumantes ocasionais relataram apenas uso de cigarros industrializados, na Tabela 33 são comparados os produtos de tabaco entre os 130 fumantes diários. O uso de cigarros de palha foi o único que apresentou evidência de associação com os locais do estudo, tendo sido mais frequente entre os entrevistados do HP.

Tabela 33 – Frequência absoluta e relativa (%) dos produtos de tabaco utilizados pelos fumantes diários, segundo local do estudo (ASM: Ambulatório de Saúde Mental; HP: Hospital Psiquiátrico; UBS: Unidade Básica de Saúde) – Marília/SP, 2014

Variáveis	Local do estudo								Fisher
	ASM		HP		UBS		Total		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Cigarros industrializados									
≥ 1 por dia	29	90,6	75	98,7	20	91	124	95,4	0.094
< 1 por dia e > 0 por semana	2	6,3	1	1,3	1	4,5	4	3,1	
Não se aplica	1	3,1			1	4,5	2	1,5	
Cigarros de palha									
≥ 1 por dia	7	21,9	25	32,9	2	9,1	34	26,2	0.023*
< 1 por dia e > 0 por semana	3	9,4	14	18,4	1	4,5	18	13,8	
Não se aplica	22	68,7	37	48,7	19	86,4	78	60	
Cigarros de cravo ou de Bali									
≥ 1 por dia			2	2,6			2	1,5	0.824
< 1 por dia e > 0 por semana	2	6,2	4	5,3			6	4,6	
Não se aplica	30	93,8	70	92,1	22	100	122	93,9	
Narguilé									
≥ 1 sessões por dia			2	2,6			2	1,5	1.000
< 1 por dia e > 0 por semana			1	1,3			1	0,8	
Não se aplica	32	100	73	96,1	22	100	127	97,7	
Bidis									
≥ 1 por dia			2	2,6			2	1,5	1.000
< 1 por dia e > 0 por semana	1	3,1	3	4			4	3,1	
Não se aplica	31	96,9	71	93,4	22	100	124	95,4	
Charuto									
≥ 1 por dia			1	1,3			1	0,8	1.000
< 1 por dia e > 0 por semana			2	2,6			2	1,5	
Não se aplica	32	100	73	96,1	22	100	127	97,7	
Total	32	100	76	100	22	100	130	100	

*evidência de diferença proporcional ($p < 0,05$)

Na Tabela 34 e no Gráfico 38, é descrita a quantidade de cigarros fumados por dia pelos fumantes diários que consumiam cigarros industrializados ($n = 124$). O teste de *Kruskal-Wallis* indicou diferença entre as médias ($p = 0,041$).

Tabela 34 – Descrição da quantidade de cigarros fumados por dia pelos fumantes diários, segundo local do estudo (ASM: Ambulatório de Saúde Mental; HP: Hospital Psiquiátrico; UBS: Unidade Básica de Saúde) – Marília/SP, 2014

Fumantes	Média	DP	Mínimo	25º percentil	Mediana	75º percentil	Máximo
ASM ($n = 29$)	19,3	10,7	4	12	20	20	50
HP ($n = 75$)	25,3	16,3	2	20	20	40	80
UBS ($n = 20$)	17,2	7,7	5	12,5	20	20	40
Total ($n = 124$)	22,6	14,4	2	15	20	30	80

Gráfico 38 – Distribuição da quantidade de cigarros/dia, segundo local do estudo (ASM: Ambulatório de Saúde Mental; HP: Hospital Psiquiátrico; UBS: Unidade Básica de Saúde) e sexo – Marília/SP, 2014

Dentre os 130 fumantes diários, 53 (40,8%) fumavam mais de um tipo de produto de tabaco. O uso múltiplo foi mais frequente no HP ($Fisher < 0.001$), entre os homens ($Fisher = 0.008$) e entre os mais jovens ($Fisher = 0.001$) (Gráficos 39, 40 e 41).

Gráfico 39 – Frequência relativa (%) de fumantes diários que usam múltiplos produtos de tabaco, segundo local do estudo (ASM: Ambulatório de Saúde Mental; HP: Hospital Psiquiátrico; UBS: Unidade Básica de Saúde) – Marília/SP, 2014

Gráfico 40 – Frequência relativa (%) de fumantes diários que usam múltiplos produtos de tabaco, segundo sexo – Marília/SP, 2014

Gráfico 41 – Frequência relativa (%) de fumantes diários que usam múltiplos produtos de tabaco, segundo grupo etário – Marília/SP, 2014

Os fumantes do HP consumiam, concomitantemente, uma média de 1,7 tipos de produtos de tabaco, enquanto os do ASM 1,4 e os da UBS 1,1. O teste de *Kruskal-Wallis* revelou diferenças entre esses valores ($p < 0,001$). A realização de comparações múltiplas (contrastes) sugeriu que as diferenças ocorreram entre as médias do HP e da UBS.

Nos 12 meses que precederam a entrevista, 89 (66,4%) fumantes foram questionados, por profissionais de saúde, se utilizavam algum produto de tabaco e 59 (44%) aconselhados, por esses profissionais, a parar de fumar. Embora não tenha havido evidência de diferenças proporcionais, o HP foi o local onde menos fumantes disseram ter sido questionados (*Fisher*= 0.470) ou aconselhados (*Fisher*= 0.481) (Gráfico 42).

Gráfico 42 – Frequência relativa (%) de fumantes questionados por profissionais de saúde e aconselhados a parar de fumar, nos 12 meses anteriores à entrevista, segundo local do estudo (ASM: Ambulatório de Saúde Mental; HP: Hospital Psiquiátrico; UBS: Unidade Básica de Saúde) – Marília/SP, 2014

As mulheres fumantes foram mais questionadas sobre o fumo ($Fisher= 0.046$) do que os homens. O mesmo ocorreu em relação aos conselhos para parar de fumar, porém sem evidência estática de diferenças proporcionais ($Fisher= 0.116$) (Gráfico 43).

Gráfico 43 – Frequência relativa (%) de fumantes questionados por profissionais de saúde e aconselhados a pararem de fumar, nos 12 meses anteriores à entrevista, segundo sexo – Marília/SP, 2014

Os idosos (≥ 60 anos) apresentaram maior prevalência de fumantes que haviam sido questionadas sobre o uso de tabaco, todavia sem evidência de diferenças proporcionais ($Fisher= 0.729$). Os resultados sugeriram que a idade não tinha relação com o recebimento de conselhos para parar de fumar ($Fisher= 0,932$) (Gráfico 44).

Gráfico 44 – Frequência relativa (%) de fumantes questionados por profissionais de saúde e aconselhados a pararem de fumar, nos 12 meses anteriores à entrevista, segundo grupo etário – Marília/SP, 2014

Nos 12 meses anteriores à entrevista, 69 (51,5%) dos 134 fumantes tinham tentado parar de fumar. A prevalência foi maior entre os entrevistados da UBS, os homens e aqueles com idade entre 30 a 39 anos (Tabela 35).

Tabela 35 – Frequência absoluta e relativa (%) dos fumantes que tentaram parar de fumar nos 12 meses que precederam a entrevista, segundo local do estudo (ASM: Ambulatório de Saúde Mental; HP: Hospital Psiquiátrico; UBS: Unidade Básica de Saúde), sexo e grupo etário – Marília/SP, 2014

Variáveis	Tentativas de parar de fumar		Total n (%)	Fisher
	Sim n (%)	Não n (%)		
Local do estudo				
ASM	16 (47,1)	18 (52,9)	34 (100)	0.260
HP	37 (48,7)	39 (51,3)	76 (100)	
UBS	16 (66,7)	8 (33,3)	24 (100)	
Sexo				
Feminino	36 (49,3)	37 (50,7)	73 (100)	0.606
Masculino	33 (54,1)	28 (45,9)	61 (100)	
Grupo etário (anos)				
15 a 29	10 (45,5)	12 (54,5)	22 (100)	0.209
30 a 39	16 (64)	9 (36)	25 (100)	
40 a 49	10 (34,5)	19 (65,5)	29 (100)	
50 a 59	20 (57,1)	15 (42,9)	35 (100)	
≥ 60	13 (56,5)	10 (43,5)	23 (100)	
Total	69 (51,5)	65 (48,5)	134 (100)	

Trinta e quatro (49,3%) dos 69 fumantes que tentaram parar de fumar nos últimos 12 meses ficaram sem fumar por 15 dias ou mais. Enquanto a maioria dos participantes do ASM e da UBS ficou abstinente por menos de 15 dias, a maioria dos participantes do HP ficou sem fumar por mais de 15 dias (*Fisher*= 0.018) (Gráfico 45).

Gráfico 45 – Frequência relativa (%) de fumantes que tentaram parar de fumar, nos 12 meses anteriores à entrevista, segundo duração da abstinência e local do estudo (ASM: Ambulatório de Saúde Mental; HP: Hospital Psiquiátrico; UBS: Unidade Básica de Saúde) – Marília/SP, 2014

Entre os homens (*Fisher*= 0,022) e os participantes com até 39 anos (*Fisher*= 0,113), prevaleceu quem permaneceu abstinente por ≥ 15 dias (Gráficos 46 e 47).

Gráfico 46 – Frequência relativa (%) de fumantes que tentaram parar de fumar, nos 12 meses anteriores à entrevista, segundo duração da abstinência do tabaco e sexo – Marília/SP, 2014

Gráfico 47 – Frequência relativa (%) de fumantes que tentaram parar de fumar, nos 12 meses anteriores à entrevista, segundo duração da abstinência do tabaco e grupo etário – Marília/SP, 2014

Dentre os 69 fumantes que tentaram parar de fumar, nos 12 meses precedentes à pesquisa, 62 (89,9%) não foram aconselhados por profissionais de saúde. Identificou-se baixa prevalência de pessoas que utilizaram reposição de nicotina ou outros medicamentos com receita médica. Poucos recorreram à homeopatia, acupuntura, chás, plantas ou ervas medicinais (Tabela 36).

Tabela 36 – Frequência absoluta e relativa (%) dos procedimentos utilizados pelos fumantes para pararem de fumar, nos 12 meses que precederam a entrevista, segundo local do estudo (ASM: Ambulatório de Saúde Mental; HP: Hospital Psiquiátrico; UBS: Unidade Básica de Saúde) – Marília/SP, 2014

Variáveis	Local do estudo			Total n (%)	Fisher
	ASM n (%)	HP n (%)	UBS n (%)		
Aconselhamento profissionais de saúde					
Sim	2 (12,5)	4 (10,8)	1 (6,2)	7 (10,1)	1.000
Não	14 (87,5)	33 (89,2)	15 (93,8)	62 (89,9)	
Reposição de nicotina					
Sim	2 (12,5)	2 (5,4)	1 (6,2)	5 (7,2)	0.823
Não	14 (87,5)	35 (94,6)	15 (93,8)	64 (92,8)	
Outros medicamentos com receita médica					
Sim	2 (12,5)	4 (10,8)		6 (8,7)	0,530
Não	14 (87,5)	33 (89,2)	16 (100)	63 (91,3)	
Homeopatia, acupuntura					
Sim		2 (5,4)	1 (6,3)	3 (4,3)	1.000
Não	16 (100)	35 (94,6)	15 (93,7)	66 (95,7)	
Chás, ervas ou plantas medicinais					
Sim		4 (10,8)		4 (5,8)	0.166
Não	16 (100)	33 (89,2)	16 (100)	65 (94,2)	
Total	16 (100)	37 (100)	16 (100)	69 (100)	

Trinta e seis (55,4%) dos 65 ex-fumantes haviam parado de fumar há mais de 10 anos. Metade dos ex-fumantes do ASM e do HP estava em abstinência há pelo menos uma década, enquanto que na UBS esse percentual foi de aproximadamente dois terços (*Fisher* = 0.659) (Gráfico 48).

Gráfico 48 – Frequência relativa (%) de ex-fumantes, segundo tempo de abstinência do tabaco e local do estudo (ASM: Ambulatório de Saúde Mental; HP: Hospital Psiquiátrico; UBS: Unidade Básica de Saúde)– Marília/SP, 2014

Sessenta (92,3%) dos 65 ex-fumantes haviam parado de fumar sem ajuda de profissionais ou utilização, por conta própria, de recursos terapêuticos. Na Tabela 37, são descritos os procedimentos utilizados pelos ex-fumantes que pararam de fumar com algum tipo de ajuda.

Tabela 37 – Frequência absoluta e relativa (%) dos procedimentos utilizados pelos ex-fumantes para pararem de fumar, segundo local do estudo (ASM: Ambulatório de Saúde Mental; HP: Hospital Psiquiátrico; UBS: Unidade Básica de Saúde) – Marília/SP, 2014

Variáveis	Local do estudo			Total n (%)	Fisher
	ASM n (%)	HP n (%)	UBS n (%)		
Aconselhamento profissionais de saúde					
Sim	2 (7,1)		3 (9,7)	5 (7,7)	1.000
Não	26 (92,9)	6 (100)	28 (90,3)	60 (92,3)	
Reposição de nicotina					
Sim		1 (16,7)	2 (6,5)	3 (4,6)	0.137
Não	28 (100)	5 (83,3)	29 (93,5)	62 (95,4)	
Outros medicamentos com receita médica					
Sim			1 (3,2)	1 (1,5)	1.000
Não	28 (100)	6 (100)	30 (96,8)	64 (98,5)	
Homeopatia, acupuntura					
Sim			1 (3,2)	1 (1,5)	1.000
Não	28 (100)	6 (100)	30 (96,8)	64 (98,5)	
Chás, ervas ou plantas medicinais					
Sim		1 (16,7)	1 (3,2)	2 (3,1)	0.177
Não	28 (100)	5 (83,3)	30 (96,8)	63 (96,9)	
Total	28 (100)	6 (100)	31 (100)	65 (100)	

Os fumantes gastavam, por mês, uma média de R\$ 92,50 com tabaco (R\$ 2,00 a R\$ 700,00, DP: 90,30). Os fumantes do HP eram os que tinham gasto mais elevado (Gráfico 49 e Tabela 38).

Gráfico 49 – Descrição do gasto (R\$) médio mensal dos fumantes com tabaco, segundo local do estudo (ASM: Ambulatório de Saúde Mental; HP: Hospital Psiquiátrico; UBS: Unidade Básica de Saúde) – Marília/SP, 2014

Tabela 38 – Descrição do gasto (R\$) médio mensal dos fumantes com tabaco, segundo local do estudo (ASM: Ambulatório de Saúde Mental; HP: Hospital Psiquiátrico; UBS: Unidade Básica de Saúde) – Marília/SP, 2014

Local	Gasto médio mensal com tabaco						
	Média	DP	Mínimo	25º percentil	Mediana	75º percentil	Máximo
ASM	81,91	84,80	0,00	30,00	60,00	100,00	405
HP	105,82	100,50	0,00	51,00	77,50	142,50	700
UBS	65,20	49,73	5,00	30,00	55,00	85,00	200
Total	92,50	90,40	0,00	40,00	71,00	120,00	700,00

Vale informar que dois fumantes do ASM e um do HP negaram ter gastos com tabaco. Os fumantes do ASM disseram ganhar cigarros de pessoas próximas, uma vez que estavam sem renda no momento. O fumante do HP também não tinha renda e estava internado há pelo menos seis anos. Referiu ganhar cigarros dos demais pacientes e da assistente social da instituição.

O teste de *Kruskal-Wallis* revelou diferenças entre o gasto médio mensal dos fumantes dos três locais ($p = 0,046$). Apesar do indício de diferenças, não foi possível identificá-las nos contrastes (comparações múltiplas: ASM x HP, ASM x UBS e HP x UBS).

Noventa e oito (73,1%) fumantes comprometiam $\geq 4\%$ de sua renda mensal com a compra de cigarros ou de outros produtos de tabaco. O HP foi o local onde se identificou maior comprometimento, seguido pelo ASM e pela UBS (*Fisher* = 0.003) (Gráfico 50).

Gráfico 50 – Frequência relativa (%) de fumantes, segundo comprometimento da renda mensal com a compra de tabaco e local do estudo (ASM: Ambulatório de Saúde Mental; HP: Hospital Psiquiátrico; UBS: Unidade Básica de Saúde) – Marília/SP, 2014

Na Tabela 39, é descrito o comprometimento da renda mensal dos fumantes com a compra de tabaco. O teste de *Kruskal-Wallis* indicou diferença entre as médias ($p < 0,001$).

Tabela 39 – Descrição do comprometimento mensal (%) da renda dos fumantes com tabaco, segundo local do estudo (ASM: Ambulatório de Saúde Mental; HP: Hospital Psiquiátrico; UBS: Unidade Básica de Saúde) – Marília/SP, 2014

Local	Comprometimento (%) mensal da renda com tabaco						
	Média	DP	Mínimo	25º percentil	Mediana	75º percentil	Máximo
ASM	10,2	14,4	0,3	1,8	6	10,6	75
HP	12,2	8,3	0,7	5,4	8,3	17,2	45
UBS	5,1	4,2	0,3	2,8	4,2	7,4	12
Total	10,4	10,9	0,28	3,7	7,4	11,8	75

A importância do tabaco indicada pelos fumantes, a partir de uma escala de 0 a 10, foi, em média, 6,6 (DP: 3,1). Ao categorizá-la em “acima da média” e “abaixo da média”, notou-se que para 53% dos fumantes o tabaco assumia especial importância. Não houve, contudo, diferenças proporcionais de acordo com o local do estudo (*Fisher* = 0.839) (Gráfico 51).

Gráfico 51 – Frequência relativa (%) da importância atribuída ao tabaco pelos fumantes, segundo local do estudo (ASM: Ambulatório de Saúde Mental; HP: Hospital Psiquiátrico; UBS: Unidade Básica de Saúde) – Marília/SP, 2014

Ao comparar por sexo, constatou-se diferença na importância que os fumantes atribuíam ao tabaco. Enquanto a maioria dos homens (54%) enquadrou-se como “abaixo da média”, as mulheres foram maioria (62%) entre quem considerou a importância do tabaco “acima da média” (*Fisher* = 0,047) (Gráfico 52).

5.3.4 Grau de dependência do tabaco

Dentre os 134 fumantes, 29,9% foram classificados com grau de dependência do tabaco muito baixo/baixo, 47% com médio/elevado e 23,1% com muito elevado. Ao compará-lo entre as duas populações, notou-se que, enquanto, aproximadamente, metade da população psiquiátrica (ASM e HP) tinha médio/elevado grau de dependência, a maioria dos fumantes da população geral da rede básica de saúde era classificada como muito baixo/baixo (Gráfico 52).

Gráfico 52 – Frequência relativa (%) do grau de dependência do tabaco entre a população psiquiátrica dos níveis secundário e terciário de atenção comparada à população geral da rede básica de saúde – Marília/SP, 2014

Ao analisar por local do estudo, foram verificadas, no ASM e no HP, prevalências semelhantes de fumantes com grau de dependência médio/elevado. No HP, contudo, foi onde se identificou maior frequência de participantes com grau muito elevado. Na UBS, o número de fumantes classificados como muito elevado foi irrisório (Gráfico 53).

Gráfico 53 – Frequência relativa (%) do grau de dependência do tabaco, segundo local do estudo (ASM: Ambulatório de Saúde Mental; HP: Hospital Psiquiátrico; UBS: Unidade Básica de Saúde) – Marília/SP, 2014

Na Tabela 40, o grau de dependência do tabaco é apresentado de acordo com o perfil pessoal e sociodemográfico dos participantes.

Tabela 40 – Frequência absoluta e relativa (%) do grau de dependência do tabaco, segundo perfil pessoal e sociodemográfico – Marília/SP, 2014

Variáveis	Grau de dependência do tabaco			Total n (%)
	Muito baixo/baixo n (%)	Médio/elevado n (%)	Muito elevado n (%)	
Sexo				
Feminino	25 (34,3)	32 (43,8)	16 (21,9)	73 (100)
Masculino	15 (24,6)	31 (50,8)	15 (24,6)	61 (100)
Grupo etário (anos)				
15 a 29	5 (22,7)	12 (54,6)	5 (22,7)	22 (100)
30 a 39	5 (20)	10 (40)	10 (40)	25 (100)
40 a 49	6 (20,7)	15 (51,7)	8 (27,6)	29 (100)
50 a 59	17 (48,6)	12 (34,3)	6 (17,1)	35 (100)
≥ 60	7 (30,4)	14 (60,9)	2 (8,7)	23 (100)
Escolaridade				
Analfabeto	-	5 (71,4)	2 (28,6)	7 (100)
Fundamental	26 (30,2)	41 (47,7)	19 (22,1)	86 (100)
Médio	11 (34,4)	14 (43,7)	7 (21,9)	32 (100)
Superior	3 (33,3)	3 (33,3)	3 (33,3)	9 (100)
Estado civil				
Solteiro	18 (24,3)	35 (47,3)	21 (28,4)	74 (100)
Casado	14 (48,3)	13 (44,8)	2 (6,9)	29 (100)
Separado/divorciado	5 (25)	9 (45)	6 (30)	20 (100)
Viúvo	3 (27,3)	6 (54,5)	2 (18,2)	11 (100)
Arranjo domiciliar				
Vive só	4 (21,1)	10 (52,6)	5 (26,3)	19 (100)
Sem companheiro, com familiares	18 (26,5)	30 (44,1)	20 (29,4)	68 (100)
Sem companheiro, com outras pessoas	1 (20)	2 (40)	2 (40)	5 (100)
Com companheiro apenas	4 (30,8)	8 (61,5)	1 (7,7)	13 (100)
Com companheiro e familiares	13 (44,8)	13 (44,8)	3 (10,4)	29 (100)
Filhos				
Sim	29 (31,5)	44 (47,8)	19 (20,7)	92 (100)
Não	11 (26,2)	19 (45,2)	12 (28,6)	42 (100)
Religião autorreferida				
Católica	27 (35,1)	33 (42,9)	17 (22)	77 (100)
Evangélica	8 (21,6)	20 (54,1)	9 (24,3)	37 (100)
Espírita/outras	3 (42,9)	3 (42,9)	1 (14,2)	7 (100)
Sem religião	2 (15,4)	7 (53,9)	4 (30,7)	13 (100)
Prática religiosa				
Sim	17 (32,7)	26 (50)	9 (17,3)	52 (100)
Não	21 (30,4)	30 (43,5)	18 (26,1)	69 (100)
Não se aplica	2 (15,4)	7 (53,8)	4 (30,8)	13 (100)
Ocupação atual				
Aposentado	12 (30)	18 (45)	10 (25)	40 (100)
Do lar	7 (26,9)	14 (53,9)	5 (19,2)	26 (100)
Trabalhador	11 (36,7)	13 (43,3)	6 (20)	30 (100)
Sem ocupação	10 (26,3)	18 (47,4)	10 (26,3)	38 (100)
Quantidade de benefícios do governo				
Nenhum	26 (38,8)	29 (43,3)	12 (17,9)	67 (100)
Um	11 (18,6)	30 (50,9)	18 (30,5)	59 (100)
Dois ou mais	3 (37,5)	4 (50)	1 (12,5)	8 (100)
Total	40 (29,9)	63 (47)	31 (23,1)	134 (100)

Ao comparar os extremos do grau de dependência (muito baixo/baixo *versus* muito elevado), verificou-se que o perfil pessoal e sociodemográfico dos fumantes parecia ser distinto.

Maior prevalência de fumantes com dependência muito baixa/baixa foi observada entre pessoas com o seguinte perfil: mulheres; 50 a 59 anos; estudaram até o ensino médio; casados; viviam “com companheiro e familiares”; tinham filhos; seguiam o espiritismo/outras religiões; praticavam a religião declarada; trabalhavam e não recebiam benefícios do governo.

Contrariamente, maior prevalência de fumantes com dependência muito elevada foi identificada entre participantes com características diferentes: homens; 30 a 39 anos; ensino superior; separados/divorciados; viviam “sem companheiro, com outras pessoas”; sem filhos; sem religião; sem ocupação; recebiam um benefício do governo.

Em relação ao diagnóstico psiquiátrico, enquanto o grau médio/elevado de dependência prevaleceu em todos os transtornos mentais (com destaque para os ansiosos/outras e esquizofrenia/transtorno esquizoafetivo), a maioria dos fumantes sem diagnóstico psiquiátrico tinha grau muito baixo/baixo.

Entre os portadores de transtornos mentais graves (esquizofrenia/transtorno esquizoafetivo, transtornos do humor e de personalidade), foram encontradas as maiores prevalências de fumantes com dependência muito elevada. Observou-se, ainda, que a menor prevalência de fumantes com grau muito baixo/baixo ocorreu entre quem tinha esquizofrenia/transtorno esquizoafetivo (Tabela 41).

Tabela 41 – Frequência relativa (%) do grau de dependência do tabaco, segundo diagnóstico psiquiátrico – Marília/SP, 2014

Diagnóstico	Grau de dependência do tabaco			Total
	Muito baixo/baixo	Médio/elevado	Muito elevado	
	n (%)	n (%)	n (%)	
Esquizofrenia/esquizoafetivo	13 (21)	31 (50)	18 (29)	62 (100)
Transtornos do humor	5 (25)	9 (45)	6 (30)	20 (100)
Transtornos de personalidade	5 (31,2)	7 (43,8)	4 (25)	16 (100)
Transtornos ansiosos ou outros	6 (30)	11 (55)	3 (15)	20 (100)
Não se aplica (s/ diagnóstico)	11 (68,8)	5 (31,2)		16 (100)
Total	40 (29,9)	63 (47)	31 (23,1)	134 (100)

O grau médio/elevado de dependência prevaleceu independentemente da duração do transtorno mental. Os diagnosticados há mais de 12 anos foram os que apresentaram maior

prevalência de dependência muito elevada, ao passo que nenhum fumante com menos de um ano de diagnóstico foi classificado desse modo (Gráfico 54).

Gráfico 54 – Frequência relativa (%) do grau de dependência do tabaco, segundo duração do transtorno mental (anos) a partir do diagnóstico – Marília/SP, 2014

A maioria dos fumantes que não utilizavam psicofármacos tinha grau muito baixo/baixo de dependência, enquanto metade dos que utilizavam de cinco a sete tinha dependência muito elevada. Entre aqueles que utilizam somente um psicofármaco, as frequências foram semelhantes entre as três classificações de dependência. Os fumantes com média/elevada dependência se destacaram entre quem utilizava dois a quatro (Tabela 42).

Tabela 42 – Frequência absoluta e relativa (%) do grau de dependência do tabaco, segundo quantidade de psicofármacos em uso no momento – Marília/SP, 2014

Quantidade de psicofármacos	Grau de dependência do tabaco			Total n (%)
	Muito baixo/baixo	Médio/ elevado	Muito elevado	
	n (%)	n (%)	n (%)	
Nenhum	10 (62,5)	6 (37,5)		16 (100)
Um	4 (30,8)	5 (38,4)	4 (30,8)	13 (100)
Dois	9 (25,7)	19 (54,3)	7 (20)	35 (100)
Três	10 (25)	20 (50)	10 (25)	40 (100)
Quatro	4 (18,2)	12 (54,5)	6 (27,3)	22 (100)
Entre cinco e sete	3 (37,5)	1 (12,5)	4 (50)	8 (100)
Total	40 (29,9)	63 (47)	31 (23,1)	134 (100)

Houve maior prevalência de fumantes com dependência muito baixa/baixa entre os fumantes que não utilizavam antipsicóticos. Maior prevalência de fumantes com dependência muito elevada foi constatada entre quem utilizava somente antipsicóticos de 1ª geração e os que faziam uso concomitante de antipsicóticos de 1ª e de 2ª geração (Gráfico 55).

Gráfico 55 – Frequência relativa (%) do grau de dependência do tabaco, segundo uso atual de antipsicóticos – Marília/SP, 2014

A maioria dos fumantes que não tinha história de internação psiquiátrica foi classificada com grau muito baixo/baixo de dependência e a minoria, com grau muito elevado. Os fumantes que passaram por internações se concentraram entre aqueles com grau médio/elevado. Os participantes com história de duas ou ≥ 4 internações, apresentaram as maiores frequências de fumantes com grau muito elevado (Tabela 43).

Tabela 43 – Frequência relativa (%) do grau de dependência do tabaco, segundo internações psiquiátricas – Marília/SP, 2014

Internações psiquiátricas	Grau de dependência do tabaco			Total n (%)
	Muito baixo/baixo n (%)	Médio/elevado n (%)	Muito elevado n (%)	
Nenhuma	20 (51,3)	15 (38,5)	4 (10,2)	39 (100)
Uma	3 (23,1)	10 (76,9)		13 (100)
Duas	2 (16,7)	4 (33,3)	6 (50)	12 (100)
Três	3 (50)	3 (50)		6 (100)
Quatro ou mais	12 (18,8)	31 (48,4)	21 (32,8)	64 (100)
Total	40 (29,9)	63 (47)	31 (23,1)	134 (100)

Semelhante ao que ocorreu com o histórico de internações psiquiátricas, entre os fumantes com dependência muito baixa/baixa, sobressaíram-se os que nunca haviam tentado suicídio. As maiores prevalências de fumantes com dependência muito elevada foram verificadas entre aqueles com duas ou mais tentativas (Tabela 44).

Tabela 44 – Frequência relativa (%) do grau de dependência do tabaco, segundo tentativas de suicídio – Marília/SP, 2014

Tentativas de suicídio	Grau de dependência do tabaco			Total n (%)
	Muito baixo/baixo n (%)	Médio/elevado n (%)	Muito elevado n (%)	
Nenhuma	30 (37,5)	38 (47,5)	12 (15)	80 (100)
Uma	4 (30,8)	7 (53,9)	2 (15,3)	13 (100)
Duas	3 (27,3)	3 (27,3)	5 (45,4)	11 (100)
Três	1 (8,3)	7 (58,4)	4 (33,3)	12 (100)
Quatro ou mais	2 (11,2)	8 (44,4)	8 (44,4)	18 (100)
Total	40 (29,9)	63 (47)	31 (23,1)	134 (100)

A prevalência de fumantes com dependência muito elevada aumentou conforme a intensificação do risco atual de suicídio, enquanto a de fumantes com dependência muito baixa/baixa diminuiu. O risco entre os fumantes com dependência média/elevada pareceu oscilar (Gráfico 56).

Gráfico 56 – Frequência relativa (%) do grau de dependência do tabaco, segundo risco atual de suicídio – Marília/SP, 2014

Os fumantes com dependência do tabaco mais intensa foram os que apresentaram sintomas psiquiátricos mais graves. Dois terços dos classificados com síndrome maior, na escala BPRS, tinham grau muito elevado de dependência. A maioria daqueles com síndrome ausente tinha dependência muito baixa/baixa ou média/elevada. Entre os fumantes com síndrome menor, prevaleceu quem tinha dependência média/elevada (Gráfico 57).

Gráfico 57 – Frequência relativa (%) do grau de dependência do tabaco segundo escore total escala BPRS – Marília/SP, 2014

Ao olhar para cada sintoma avaliado pela escala BPRS, verifica-se que poucos fumantes apresentaram preocupações somáticas, retraimento emocional, desorganização conceitual (incoerência), distúrbios motores específicos, retardo psicomotor, falta de cooperação e agitação psicomotora, o que dificultou a análise de sua presença e intensidade segundo o grau de dependência do tabaco.

Todavia, metade ou a maioria dos que apresentam preocupações somáticas, retraimento emocional, desorganização conceitual e distúrbios motores específicos tinha dependência média/elevada. Todos os que apresentaram retardo psicomotor tinham dependência muito elevada.

Observaram-se diferenças proporcionais importantes, segundo a dependência do tabaco, para sintomas autodepreciação e sentimento de culpa, alucinações, conteúdo incomum do pensamento e desorientação e confusão.

Houve maior prevalência de fumantes com dependência muito elevada entre aqueles que apresentaram autodepreciação e sentimento de culpa e de fumantes com dependência muito baixa/baixa e média/elevada entre quem não apresentou esses sintomas (Gráfico 58).

Gráfico 58 – Frequência relativa (%) do grau de dependência do tabaco, segundo autodepreciação e sentimento de culpa – Marília/SP, 2014

A maioria dos fumantes com presença “muito leve, presença duvidosa ou leve” de alucinações tinha dependência do tabaco média/elevada, enquanto a maioria dos que foram classificados com alucinações “moderada a severa/extrema” tinha dependência muito elevada. Embora, aproximadamente, metade dos fumantes com ausência de alucinações tivesse dependência média/elevada, entre eles foi identificada a maior prevalência de fumantes com dependência muito baixa/baixa (Gráfico 59).

Gráfico 59 – Frequência relativa (%) do grau de dependência do tabaco, segundo alucinações – Marília/SP, 2014

Metade dos fumantes que apresentaram delírios (conteúdo incomum do pensamento: “moderado a severo/extremo”) e daqueles que apresentaram ideias supervalorizadas ou ideias com alguma qualidade delirante (conteúdo incomum do pensamento: “muito leve, presença duvidosa ou leve”) tinha dependência muito elevada. Entre os fumantes sem alterações no conteúdo do pensamento, cerca de um terço tinha dependência muito baixa/baixa (Gráfico 60).

Gráfico 60 – Frequência relativa (%) do grau de dependência do tabaco, segundo conteúdo incomum do pensamento – Marília/SP, 2014

Em relação à desorientação e confusão, enquanto a maioria dos fumantes sem alterações na orientação temporal, espacial e pessoal tinha dependência média/elevada, a frequência mais expressiva de participantes com alterações “muito leve, presença duvidosa ou leve” tinha dependência muito elevada. Entre aqueles com alterações na orientação “moderado a severo/extremo”, a parte mais expressiva tinha dependência muito baixa/baixa (Gráfico 61).

Gráfico 61 – Frequência relativa (%) do grau de dependência do tabaco, segundo desorientação e confusão – Marília/SP, 2014

Enquanto entre quem não apresentou hostilidade ou desconfiança ou as apresentaram em nível “muito leve, presença duvidosa ou leve” prevaleceram os fumantes com dependência média/elevada, a maioria daqueles com hostilidade “moderada a severa/extrema” e uma parte expressiva dos que foram classificados com esse nível para desconfiança tinha dependência muito elevada (Gráficos 62 e 63).

Gráfico 62 – Frequência relativa (%) do grau de dependência do tabaco, segundo hostilidade – Marília/SP, 2014

Gráfico 63 – Frequência relativa (%) do grau de dependência do tabaco, segundo desconfiança – Marília/SP, 2014

A maior prevalência de fumantes com dependência muito elevada ocorreu entre aqueles com intensa ansiedade psíquica e somática. O contrário também ocorreu, uma vez que a maior prevalência de fumantes com dependência muito baixa/baixa foi identificada entre os que não apresentaram esses sintomas.

Na Tabela 45, são detalhados os 18 sintomas psiquiátricos, avaliados pela BPRS, segundo o grau de dependência do tabaco.

Tabela 45 – Frequência absoluta e relativa (%) da gravidade dos sintomas, segundo grau de dependência do tabaco – Marília/SP, 2014

Variáveis	Grau de dependência do tabaco			Total n (%)
	Muito baixo/ baixo n (%)	Médio/ elevado n (%)	Muito elevado n (%)	
Preocupações somáticas				
Ausente	35 (29,4)	54 (45,4)	30 (25,2)	119 (100)
Muito leve, presença duvidosa ou leve	5 (33,3)	9 (60)	1 (6,7)	15 (100)
Ansiedade psíquica				
Ausente	17 (33,3)	23 (45,1)	11 (21,6)	51 (100)
Muito leve, presença duvidosa ou leve	19 (30,7)	31 (50)	12 (19,3)	62 (100)
Moderado a Severo/extremo	4 (19)	9 (42,9)	8 (38,1)	21 (100)
Retraimento emocional				
Ausente	40 (30,3)	61 (46,2)	31 (23,5)	132 (100)
Muito leve, presença duvidosa ou leve		2 (100)		2 (100)
Desorganização conceitual (incoerência)				
Ausente	40 (30,5)	61 (46,6)	30 (22,9)	131 (100)
Muito leve, presença duvidosa ou leve		2 (66,7)	1 (33,3)	3 (100)
Autodepreciação e sentimento de culpa				
Ausente	30 (34,9)	44 (51,2)	12 (13,9)	86 (100)
Muito leve, presença duvidosa ou leve	10 (20,8)	19 (39,6)	19 (39,6)	48 (100)
Ansiedade somática				
Ausente	30 (34,9)	38 (44,2)	18 (20,9)	86 (100)
Muito leve, presença duvidosa ou leve	8 (21,6)	20 (54,1)	9 (24,3)	37 (100)
Moderado a Severo/extremo	2 (18,2)	5 (45,4)	4 (36,4)	11 (100)
Distúrbios motores específicos				
Ausente	39 (29,5)	62 (47)	31 (23,5)	132 (100)
Moderado a Severo/extremo	1 (50)	1 (50)		2 (100)
Autoestima exagerada				
Ausente	35 (30,2)	54 (46,5)	27 (23,3)	116 (100)
Muito leve, presença duvidosa ou leve	5 (29,4)	8 (47,1)	4 (23,5)	17 (100)
Moderado a Severo/extremo		1 (100)		1 (100)
Humor deprimido				
Ausente	22 (38,6)	27 (47,4)	8 (14)	57 (100)
Muito leve, presença duvidosa ou leve	17 (24,6)	30 (43,5)	22 (31,9)	69 (100)
Moderado a Severo/extremo	1 (12,5)	6 (75)	1 (12,5)	8 (100)
Hostilidade				
Ausente	23 (30,3)	39 (51,3)	14 (18,4)	76 (100)
Muito leve, presença duvidosa ou leve	16 (32,6)	21 (42,9)	12 (24,5)	49 (100)
Moderado a Severo/extremo	1 (11,1)	3 (33,3)	5 (55,6)	9 (100)
Desconfiança				
Ausente	31 (32,6)	47 (49,5)	17 (17,9)	95 (100)
Muito leve, presença duvidosa ou leve	6 (18,7)	15 (46,9)	11 (34,4)	32 (100)
Moderado a Severo/extremo	3 (42,9)	1 (14,2)	3 (42,9)	7 (100)
Alucinações				
Ausente	32 (31,7)	50 (49,5)	19 (18,8)	101 (100)
Muito leve, presença duvidosa ou leve	4 (22,2)	11 (61,1)	3 (16,7)	18 (100)
Moderado a Severo/extremo	4 (26,7)	2 (13,3)	9 (60)	15 (100)
Retardo psicomotor				
Ausente	40 (30,3)	63 (47,7)	29 (22)	132 (100)
Muito leve, presença duvidosa ou leve			2 (100)	2 (100)

(continua)...

Variáveis	Grau de dependência do tabaco			Total n (%)
	Muito baixo/ baixo n (%)	Médio/ elevado n (%)	Muito elevado n (%)	
Falta de cooperação				
Ausente	39 (29,6)	63 (47,7)	30 (22,7)	132 (100)
Muito leve, presença duvidosa ou leve	1 (50)		1 (50)	2 (100)
Conteúdo incomum do pensamento				
Ausente	35 (32,7)	54 (50,5)	18 (16,8)	107 (100)
Muito leve, presença duvidosa ou leve	5 (20)	8 (32)	12 (48)	25 (100)
Moderado a Severo/extremo		1 (50)	1 (50)	2 (100)
Afeto embotado ou inapropriado				
Ausente	30 (33,7)	42 (47,2)	17 (19,1)	89 (100)
Muito leve, presença duvidosa ou leve	10 (23,3)	19 (44,2)	14 (32,5)	43 (100)
Moderado a Severo/extremo		2 (100)		2 (100)
Agitação psicomotora				
Ausente	38 (29,2)	61 (46,9)	31 (23,9)	130 (100)
Muito leve, presença duvidosa ou leve	1 (33,3)	2 (66,7)		3 (100)
Moderado a Severo/extremo	1 (100)			1 (100)
Desorientação e confusão				
Ausente	28 (30,1)	50 (53,8)	15 (16,1)	93 (100)
Muito leve, presença duvidosa ou leve	7 (23,3)	9 (30)	14 (46,7)	30 (100)
Moderado a Severo/extremo	5 (45,4)	4 (36,4)	2 (18,2)	11 (100)
Total	40 (29,9)	63 (47)	31 (23,1)	134 (100)

(conclusão)

Em relação à ansiedade-traço, enquanto a prevalência de fumantes com dependência muito elevada aumentou conforme o nível de ansiedade, a prevalência daqueles com dependência muito baixa diminuiu. A menor frequência de fumantes com dependência média/elevada foi observada entre quem foi classificado com baixa ansiedade-traço (Gráfico 64).

Gráfico 64 – Frequência relativa (%) do grau de dependência do tabaco, segundo ansiedade-traço – Marília/SP, 2014

Mais de três quartos dos fumantes que referiram comorbidades somáticas tinham dependência média/elevada ou muito elevada. Os que negaram comorbidades apresentaram

maior prevalência de pessoas com grau muito baixo/baixo de dependência do que o grupo anterior (Gráfico 65).

Gráfico 65 – Frequência relativa (%) do grau de dependência do tabaco, segundo comorbidades somáticas – Marília/SP, 2014

As frequências de fumantes que faziam uso de bebida alcoólica não diferiram segundo o grau de dependência do tabaco. A diferença esteve entre quem referiu uso pregresso de bebida alcoólica e quem disse nunca ter usado. A maioria dos que referiram uso pregresso tinha dependência média/elevada, ao passo que a maioria dos que nunca tinham usado tinha dependência muito baixa/baixa (Gráfico 66).

Gráfico 66 – Frequência relativa (%) do grau de dependência do tabaco, segundo uso de bebida alcoólica – Marília/SP, 2014

Entre os fumantes que alegaram uso de substâncias ilícitas, a maioria apresentou grau muito elevado de dependência do tabaco e a minoria, muito baixo/baixo. Entre quem referiu uso pregresso ou nunca ter usado, prevaleceu quem tinha grau médio/elevado. A maior prevalência de fumantes com dependência do tabaco muito baixa/baixa ocorreu entre os que disseram nunca ter usado substâncias ilícitas (Gráfico 67).

Gráfico 67 – Frequência relativa (%) do grau de dependência do tabaco, segundo uso de substâncias ilícitas – Marília/SP, 2014

A dependência do tabaco foi analisada segundo algumas variáveis relacionadas ao histórico e ao perfil atual do fumo de tabaco (Tabela 46).

Tabela 46 – Frequência absoluta e relativa (%) do grau de dependência do tabaco, segundo histórico e perfil atual do uso de tabaco – Marília/SP, 2014

Variáveis	Grau de dependência do tabaco			Total n (%)
	Muito baixo/ baixo n (%)	Médio/ elevado n (%)	Muito elevado n (%)	
Frequência do fumo atual				
Fumantes diários	36 (27,7)	63 (48,5)	31 (23,8)	130 (100)
Fumantes ocasionais	4 (100)			4 (100)
Idade em que começou a fumar (anos)				
< 15	10 (17,3)	30 (51,7)	18 (31)	58 (100)
15 a 16	9 (30)	14 (46,7)	7 (23,3)	30 (100)
17 a 19	10 (47,6)	10 (47,6)	1 (4,8)	21 (100)
≥ 20	11 (44)	9 (36)	5 (20)	25 (100)
Quantidade diária de cigarros				
< 20	24 (63,2)	13 (34,2)	1 (2,6)	38 (100)
≥ 20	11 (12,8)	46 (53,5)	29 (33,7)	86 (100)
Uso de múltiplos produtos de tabaco				
Sim	8 (15,1)	25 (47,2)	20 (37,7)	53 (100)
Não	32 (39,5)	38 (46,9)	11 (13,6)	81 (100)
Tentativa de parar de fumar nos últimos 12 meses				
Sim	18 (26,1)	39 (56,5)	12 (17,4)	69 (100)
Não	22 (33,9)	24 (36,9)	19 (29,2)	65 (100)
Comprometimento da renda mensal com a compra de tabaco				
< 2,0%	13 (61,9)	8 (38,1)		21 (100)
2,0% a 3,9%	12 (80)	3 (20)		15 (100)
≥ 4,0%	15 (15,3)	52 (53,1)	31 (31,6)	98 (100)
Importância do tabaco				
Abaixo da média	23 (36,5)	32 (50,8)	8 (12,7)	63 (100)
Acima da média	17 (23,9)	31 (43,7)	23 (32,4)	71 (100)
Total	40 (29,9)	63 (47)	31 (23,1)	134 (100)

Maior prevalência de fumantes com grau muito elevado de dependência do tabaco foi verificada entre aqueles que começaram a fumar antes dos 15 anos, fumavam 20 ou mais cigarros por dia, usavam múltiplos produtos de tabaco, não haviam tentado parar de fumar nos 12 meses que antecederam a entrevista, comprometiam mais de 4% da renda mensal com a compra de tabaco e atribuíam a ele grande importância.

Maior prevalência de fumantes com dependência média/elevada também foi observada entre quem começou a fumar antes dos 15 anos, fumava 20 ou mais cigarros por dia e comprometia mais de 4% da renda mensal com tabaco. Contudo, entre eles houve maior proporção de participantes que haviam tentado parar de fumar nos últimos 12 meses e que atribuíam menor importância ao tabaco.

Os fumantes com dependência muito baixa/baixa se destacaram por terem começado a fumar depois dos 17 anos, por fumarem menos de 20 cigarros por dia, usarem um único produto de tabaco, não terem tentado parar de fumar no último ano, comprometerem de 2 a 3,9% de sua renda com tabaco e atribuírem menos importância ao fumo do que os demais participantes. Ressalta-se que todos os fumantes ocasionais apresentaram dependência muito baixa/baixa.

A partir da aplicação do teste do qui quadrado, a amostra forneceu evidência estatística de que o grau de dependência do tabaco estava associado às variáveis local do estudo ($X^2=19.9714$, $p=0,001$), população ($X^2=13.0553$, $p=0,001$), diagnóstico psiquiátrico ($X^2=16.8432$, $p=0,032$), duração do transtorno mental a partir do diagnóstico ($X^2=19.5945$, $p=0,003$), internações psiquiátricas ($X^2=27.4807$, $p=0,001$), tentativas de suicídio ($X^2=16.0396$, $p=0,042$), risco atual de suicídio ($X^2=17.3217$, $p=0,008$), escore total BPRS ($X^2=10.4776$, $p=0,033$), autodepreciação e sentimento de culpa ($X^2=11.6631$, $p=0,003$), alucinações ($X^2=14.9821$, $p=0,005$), retardo psicomotor ($X^2=6.7458$, $p=0,034$), conteúdo incomum do pensamento ($X^2=12.3250$, $p=0,015$), desorientação e confusão ($X^2=13.6104$, $p=0,009$), bebida alcoólica ($X^2=10.5556$, $p=0,032$), substâncias ilícitas ($X^2=18.8852$, $p=0,001$), frequência do fumo atual ($X^2=9.6892$, $p=0,008$), idade em que começou a fumar ($X^2=12.6439$, $p=0,049$), quantidade diária de cigarros ($X^2=36.2744$, $p<0,001$), uso de múltiplos produtos de tabaco ($X^2=14.4768$, $p=0,001$), comprometimento da renda mensal com tabaco ($X^2=41.6444$, $p<0,001$) e importância do tabaco ($X^2=7.7239$, $p=0,021$).

O teste do qui quadrado não sugeriu associação entre grau de dependência do tabaco e sexo ($X^2=1.4854$, $p=0,476$), grupo etário ($X^2=14.8626$, $p=0,062$), escolaridade ($X^2=$

4.2324, $p= 0,645$), estado civil ($X^2= 9.1270$, $p= 0,167$), arranjo domiciliar ($X^2= 9.2589$, $p= 0,321$), filhos ($X^2= 1.0973$, $p= 0,578$), religião autorreferida ($X^2= 4.3009$, $p= 0,636$), prática religiosa ($X^2= 2.8218$, $p= 0,588$), ocupação atual ($X^2= 1.6061$, $p= 0,952$) e quantidade de benefícios recebidos do governo ($X^2= 7.4052$, $p= 0,116$), quantidade de psicofármacos em uso no momento ($X^2= 17.5624$, $p= 0,063$), uso atual de antipsicóticos ($X^2= 10.7728$, $p= 0,096$), preocupações somáticas ($X^2= 2.6543$, $p= 0,265$), ansiedade psíquica ($X^2= 3.7446$, $p= 0,442$), retraimento emocional ($X^2= 2.2881$, $p= 0,319$), desorganização conceitual ($X^2= 1.3061$, $p= 0,520$), ansiedade somática ($X^2= 3.6483$, $p= 0,456$), distúrbios motores específicos ($X^2= 0,7497$, $p= 0,687$), autoestima exagerada ($X^2= 1.1396$, $p= 0,888$), humor deprimido ($X^2= 9.1277$, $p= 0,058$), hostilidade ($X^2= 6.8875$, $p= 0,142$), desconfiança ($X^2= 7.7331$, $p= 0,102$), falta de cooperação ($X^2= 1.8641$, $p= 0,394$), afeto embotado ou inapropriado ($X^2= 5.6743$, $p= 0,225$), agitação psicomotora ($X^2= 3.3481$, $p= 0,501$), ansiedade-traço ($X^2= 10.1230$, $p= 0,120$), comorbidades somáticas ($X^2= 4.7355$, $p= 0,094$) e tentativas de parar de fumar nos últimos 12 meses ($X^2= 5.4375$, $p= 0,066$).

Aplicou-se o coeficiente V de *Cramér* para estimar a força das associações identificadas pelo teste do qui quadrado (Tabela 47).

Tabela 47 – Coeficiente V de *Cramér* para as variáveis com evidência de associação com o grau de dependência do tabaco

Associação grau de dependência com:	Coeficiente V de <i>Cramér</i>	Classificação força da associação
Local do estudo	0.2730	Moderada
População	0.3121	Moderada
Diagnóstico psiquiátrico	0.2507	Moderada
Duração do transtorno mental a partir do diagnóstico	0.2704	Moderada
Interações psiquiátricas	0.3202	Moderada
Tentativas de suicídio	0.2446	Moderada
Risco atual de suicídio	0.2542	Moderada
Autodepreciação e sentimento de culpa	0.2950	Fraca
Alucinações	0.2364	Moderada
Retardo psicomotor	0.2244	Fraca
Conteúdo incomum do pensamento	0.2144	Moderada
Desorientação e confusão	0.2254	Moderada
Escore total BPRS	0.1977	Fraca
Bebida alcoólica	0.1985	Fraca
Substâncias ilícitas	0.2655	Moderada
Frequência do fumo atual	0.2689	Fraca
Idade em que começou a fumar	0.2172	Moderada
Quantidade diária de cigarros	0.5409	Forte
Uso de múltiplos produtos de tabaco	0.3287	Moderada
Comprometimento da renda mensal com tabaco	0.3942	Forte
Importância do tabaco	0.2401	Fraca

5.3.5 Razões para fumar

Entre os domínios avaliados pela “Escala Razões para Fumar Modificada” (ERPFM), predominou, entre os 134 fumantes, o que dizia respeito ao fumo como ajuda para lidar com os afetos negativos (redução da tensão/relaxamento), tendo superado, inclusive, o que avaliava a dependência do tabaco. O domínio hábito/automatismo foi o menos expressivo (Tabela 48).

Tabela 48 – Descrição da média, desvio padrão, mínimo e máximo das respostas dos 134 fumantes aos domínios razões para fumar da ERPFM – Marília/SP, 2014

Razões para fumar	Média	Desvio padrão	Mínimo	Máximo
Redução da tensão/relaxamento	3,7	1,2	1	5
Dependência	3,6	1,3	1	5
Prazer de fumar	3,5	1,1	1	5
Manuseio	3,1	1,4	1	5
Estimulação	3	1,4	1	5
Tabagismo social	2,8	1,4	1	5
Hábito/automatismo	2,4	1,2	1	5

Na Tabela 49, são detalhados os sete domínios da ERPFM, segundo variáveis pessoais, sociodemográficas e clínicas, bem como algumas que se referem ao uso do tabaco.

Tabela 49 – Descrição da média, do desvio padrão e do resultado do teste de *Kruskal-Wallis* para os domínios da ERPFM, segundo variáveis pessoais, sociodemográficas e clínicas – Marília/SP, 2014

Variáveis	Razões para fumar						
	Redução da tensão/ relaxamento média (DP)	Dependência média (DP)	Prazer de fumar média (DP)	Manuseio média (DP)	Estimulação média (DP)	Tabagismo social média (DP)	Hábito/ automatismo média (DP)
Local							
ASM	3,8 (1,1)	3,6 (1,4)	3,5 (1,1)	3,1 (1,3)	2,7 (1,4)	2,6 (1,3)	2,3 (1,2)
HP	3,7 (1,2)	3,7 (1,3)	3,6 (1,1)	3,3 (1,4)	3,2 (1,3)	3 (1,3)	2,5 (1,2)
UBS	3,7 (1,4)	3,6 (1,3)	3,4 (1,3)	2,5 (1,4)	2,8 (1,5)	2,4 (1,3)	2,1 (1,1)
<i>p-value</i>	0,985	0,948	0,695	0,043	0,145	0,111	0,265
Sexo							
Feminino	4 (1,2)	3,8 (1,3)	3,5 (1,1)	3,1 (1,4)	2,9 (1,4)	2,7 (1,4)	2,5 (1,2)
Masculino	3,4 (1,2)	3,4 (1,3)	3,5 (1,2)	3,1 (1,4)	3,1 (1,3)	2,9 (1,4)	2,2 (1,1)
<i>p-value</i>	0,006	0,044	0,645	0,932	0,456	0,518	0,306
Grupo etário (anos)							
15 a 29	3,9 (1,2)	3,6 (1,2)	3,5 (1,1)	3,1 (1,5)	2,8 (1,3)	3,1 (1,3)	2,5 (1)
30 a 39	3,6 (1,1)	3,4 (1,3)	3,4 (1)	2,7 (1,3)	2,6 (1,3)	2,6 (1,4)	2,2 (1)
40 a 49	4,2 (1,1)	3,9 (1,3)	3,7 (1,2)	3,5 (1,2)	3,2 (1,4)	2,8 (1,3)	2,6 (1,3)
50 a 59	3,5 (1,3)	3,3 (1,4)	3,4 (1,2)	3 (1,3)	2,9 (1,4)	2,7 (1,3)	2,1 (1,1)
≥ 60	3,7 (1,4)	4,2 (1,1)	3,6 (1,2)	3,2 (1,6)	3,5 (1,3)	2,9 (1,6)	2,5 (1,3)
<i>p-value</i>	0,189	0,090	0,801	0,382	0,132	0,703	0,379
Escolaridade							
Analfabeto	4,2 (1,2)	4 (1,4)	3,7 (1)	3 (1,9)	4,1 (1,1)	3,9 (1,3)	2,8 (1,8)
Fundamental	3,8 (1,2)	3,9 (1,2)	3,6 (1,2)	3,3 (1,3)	3,3 (1,2)	3 (1,4)	2,5 (1,1)
Médio	3,3 (1,2)	3 (1,2)	3,1 (1,1)	2,6 (1,4)	2,1 (1,1)	2,2 (1,1)	2,1 (0,9)
Superior	4 (1,4)	3,3 (1,4)	3,8 (1,2)	2,9 (1,4)	2,1 (1,6)	2,5 (1)	2,3 (1,4)
<i>p-value</i>	0,066	0,003	0,122	0,087	<0,001*	0,003	0,366
Estado civil							
Solteiro	3,6 (1,2)	3,4 (1,4)	3,4 (1,2)	2,9 (1,3)	2,8 (1,3)	2,7 (1,3)	2,3 (1,1)
Casado	3,8 (1,4)	3,7 (1,3)	3,5 (1,2)	3,1 (1,4)	2,8 (1,4)	2,4 (1,4)	2,3 (1,3)
Separado/divorciado	3,9 (1)	3,8 (1,2)	3,5 (1)	3,4 (1,4)	3,5 (1,3)	3,2 (1,3)	2,6 (1,1)
Viúvo	4 (1,3)	4,6 (0,6)	4,1 (0,8)	4,1 (1,2)	4 (1,4)	3,6 (1,3)	2,6 (1,4)
<i>p-value</i>	0,353	0,039	0,266	0,030	0,015	0,030	0,793

(continua)...

Variáveis	Razões para fumar						
	Redução da tensão/ relaxamento	Dependência	Prazer de fumar	Manuseio	Estimulação	Tabagismo social	Hábito/ automatismo
	média (DP)	média (DP)	média (DP)	média (DP)	média (DP)	média (DP)	média (DP)
Religião autorreferida							
Católica	3,7 (1,2)	3,6 (1,3)	3,4 (1,2)	3 (1,4)	3,1 (1,3)	2,7 (1,3)	2,4 (1,1)
Evangélica	3,7 (1,2)	3,7 (1,2)	3,6 (1,1)	3 (1,4)	2,7 (1,4)	2,9 (1,5)	2,3 (1,1)
Espírita/outras	4,2 (0,9)	2,8 (1,4)	3,5 (1)	3,5 (0,8)	2,7 (1,1)	3 (1,1)	2 (1,2)
Sem religião	3,8 (1,5)	4 (1,3)	3,8 (1,1)	3,7 (1,4)	3,5 (1,3)	2,9 (1,5)	2,9 (1,4)
<i>p-value</i>	0,749	0,198	0,477	0,297	0,223	0,823	0,330
Prática religiosa							
Sim	3,7 (1,3)	3,4 (1,3)	3,4 (1,1)	3,1 (1,4)	3 (1,5)	3 (1,4)	2,2 (1,2)
Não	3,8 (1,2)	3,7 (1,3)	3,5 (1,2)	3 (1,4)	3 (1,3)	2,6 (1,3)	2,4 (1,1)
Não se aplica	3,8 (1,5)	4 (1,3)	3,8 (1,1)	3,7 (1,4)	3,5 (1,3)	2,9 (1,5)	2,9 (1,4)
<i>p-value</i>	0,826	0,179	0,316	0,196	0,355	0,408	0,155
Ocupação atual							
Aposentado	3,7 (1,3)	3,8 (1,3)	3,5 (1,2)	3,5 (1,4)	3,3 (1,3)	3,1 (1,4)	2,5 (1,3)
Do lar	4 (1,1)	3,9 (1,2)	3,7 (0,8)	3,2 (1,4)	3 (1,4)	2,7 (1,5)	2,6 (1,2)
Trabalhador	4,1 (1,1)	3,6 (1,3)	3,2 (1,2)	2,8 (1,5)	2,8 (1,4)	2,6 (1,3)	2,5 (1,2)
Sem ocupação	3,4 (1,2)	3,4 (1,4)	3,6 (1,2)	2,9 (1,3)	2,7 (1,3)	2,7 (1,3)	2,1 (0,9)
<i>p-value</i>	0,070	0,490	0,383	0,202	0,253	0,460	0,305
Diagnóstico							
Esquizofrenia/esquizoafetivo	3,6 (1,2)	3,6 (1,4)	3,5 (1,2)	3,3 (1,4)	3,2 (1,4)	3 (1,5)	2,3 (1,1)
Transtornos do humor	3,9 (1)	3,9 (1)	3,7 (1)	3,6 (1,1)	3,1 (1,2)	2,6 (1)	2,6 (1)
Transtornos de personalidade	4,4 (1)	4,1 (1,1)	3,6 (1,1)	3,1 (1,3)	2,8 (1,3)	3 (1,4)	2,9 (1,1)
Transtornos ansiosos/outras	3,4 (1,5)	3,3 (1,3)	3,4 (1)	2,7 (1,4)	2,6 (1,5)	2,4 (1,3)	2 (1,3)
Não se aplica (s/ diagnóstico)	3,7 (1,3)	3,5 (1,4)	3,3 (1,5)	2,4 (1,4)	2,8 (1,5)	2,3 (1,3)	2,3 (1,1)
<i>p-value</i>	0,164	0,367	0,903	0,051	0,468	0,244	0,123
Duração transtorno mental (anos)							
< 1	3,9 (1,1)	3 (1,5)	3,3 (1,5)	2,4 (1,4)	2,8 (1,5)	2,3 (1,3)	2,3 (1,1)
1 a 12	3,8 (1,1)	3,5 (1,3)	2,5 (1,3)	2,2 (1,1)	2,3 (0,8)	2,2 (1)	2,1 (1,1)
> 12	3,7 (1,3)	3,8 (1,3)	3,5 (0,9)	3 (1,3)	2,8 (1,4)	2,8 (1,3)	2,3 (1,1)
Não se aplica	3,7 (1,3)	3,5 (1,4)	3,7 (1,2)	3,5 (1,1)	3,3 (1,3)	3 (1,5)	2,6 (1,2)
<i>p-value</i>	0,993	0,394	0,170	0,018	0,214	0,320	0,703

(continuação)

Variáveis	Razões para fumar						
	Redução da tensão/ relaxamento	Dependência	Prazer de fumar	Manuseio	Estimulação	Tabagismo social	Hábito/ automatismo
	média (DP)	média (DP)	média (DP)	média (DP)	média (DP)	média (DP)	média (DP)
Quantidade psicofármacos							
Nenhum	3,8 (1,3)	3,6 (1,3)	3,5 (1,3)	2,5 (1,4)	2,8 (1,6)	2,5 (1,4)	2,3 (1,1)
Um	3,5 (1,3)	3,5 (1,4)	3,6 (1)	2,9 (1,7)	3,1 (1,6)	2,6 (1,5)	2,1 (1)
Dois	3,6 (1,3)	3,5 (1,3)	3,1 (1,1)	3 (1,2)	2,8 (1,2)	2,6 (1,2)	2,3 (1,2)
Três	3,7 (1,2)	3,5 (1,3)	3,7 (1,2)	3,2 (1,5)	3,1 (1,4)	2,9 (1,4)	2,2 (1,1)
Quatro	3,9 (1,2)	3,9 (1,4)	3,7 (1)	3,5 (1,4)	3,2 (1,5)	3,1 (1,5)	2,7 (1,3)
Entre cinco e sete	4,5 (0,5)	4,2 (1)	3,9 (0,8)	4,2 (0,9)	3,5 (0,9)	3,5 (0,8)	3 (0,9)
<i>p-value</i>	0,500	0,578	0,200	0,070	0,716	0,396	0,362
Uso atual de antipsicóticos							
1ª geração	3,6 (1,3)	3,6 (1,4)	3,6 (1,2)	3,3 (1,4)	3,2 (1,4)	2,9 (1,4)	2,4 (1,2)
2ª geração	3,7 (1,3)	3,4 (1,4)	3,1 (1,4)	2,8 (1,4)	2,6 (1,2)	3 (1,5)	2,4 (1,1)
1ª e 2ª geração	4,3 (0,8)	4,1 (1)	4 (0,7)	3,7 (1,3)	3,5 (1,3)	3,4 (1,2)	2,9 (1,2)
Não se aplica (não usa antipsicóticos)	3,8 (1,2)	3,6 (1,2)	3,4 (1,1)	2,7 (1,3)	2,7 (1,4)	2,4 (1,1)	2,1 (1)
<i>p-value</i>	0,276	0,484	0,133	0,015	0,064	0,059	0,121
Comorbidades somáticas							
Sim	3,8 (1,2)	3,9 (1,2)	3,7 (1,1)	3,3 (1,3)	3,3 (1,3)	2,9 (1,3)	2,6 (1,2)
Não	3,6 (1,3)	3,3 (1,3)	3,3 (1,2)	2,9 (1,5)	2,6 (1,3)	2,7 (1,4)	2,1 (1)
<i>p-value</i>	0,301	0,015	0,046	0,116	0,003	0,336	0,018
Internações psiquiátricas							
Nenhuma	3,8 (1,3)	3,5 (1,2)	3,4 (1,1)	2,8 (1,4)	2,8 (1,4)	2,4 (1,2)	2,1 (1)
Uma	4 (1,2)	3,7 (1,3)	3,4 (1,3)	3,2 (1,4)	3,1 (1,3)	3 (1,4)	2,7 (1,1)
Duas	4,1 (0,9)	4 (1)	3,8 (0,7)	3,3 (1,3)	2,9 (1,6)	3,1 (1,4)	2,9 (0,9)
Três	3,2 (1,1)	2,8 (1,3)	3,2 (1,3)	2,4 (1,1)	2,2 (0,7)	2,2 (0,7)	1,9 (0,8)
Quatro ou mais	3,6 (1,2)	3,7 (1,4)	3,5 (1,2)	3,3 (1,4)	3,2 (1,4)	3 (1,5)	2,4 (1,2)
<i>p-value</i>	0,554	0,381	0,823	0,181	0,286	0,190	0,089

(continuação)

Variáveis	Razões para fumar						
	Redução da tensão/ relaxamento	Dependência	Prazer de fumar	Manuseio	Estimulação	Tabagismo social	Hábito/ automatismo
	média (DP)	média (DP)	média (DP)	média (DP)	média (DP)	média (DP)	média (DP)
Tentativas de suicídio							
Nenhuma	3,5 (1,2)	3,3 (1,3)	3,2 (1,2)	2,8 (1,4)	2,7 (1,4)	2,5 (1,4)	2,1 (1)
Uma	3,8 (1,2)	3,3 (1,4)	3,6 (0,8)	3,5 (1,1)	3,1 (1,3)	2,7 (1)	2,2 (1,3)
Duas	3,8 (1,2)	4,3 (1)	4 (1,2)	3,4 (1,1)	3,4 (1,2)	2,8 (1)	2,6 (1,4)
Três	4,4 (0,9)	4,4 (0,9)	3,8 (1)	3,4 (1,5)	3,4 (1,3)	3,8 (1)	3,1 (0,9)
Quatro ou mais	4,3 (1,2)	4,3 (1,3)	4,1 (1)	3,8 (1,3)	3,6 (1,2)	3,7 (1,3)	3,2 (0,9)
<i>p-value</i>	0,020	<0,001*	0,009	0,049	0,076	<0,001*	<0,001*
Bebida alcoólica							
Usa	3,8 (1,2)	3,5 (1,3)	3,5 (1,1)	3 (1,4)	2,8 (1,4)	2,7 (1,3)	2,3 (1,1)
Usou	3,8 (1,2)	3,7 (1,3)	3,5 (1,2)	3,3 (1,4)	3,2 (1,4)	3 (1,4)	2,4 (1,2)
Nunca usou	3,5 (1,2)	3,7 (1,4)	3,4 (1)	2,6 (1,2)	2,6 (1,3)	2,4 (1,3)	2,3 (1,3)
<i>p-value</i>	0,485	0,746	0,718	0,101	0,187	0,183	0,695
Substâncias ilícitas							
Usa	3,7 (1,1)	3,5 (1,2)	3,6 (1,2)	3,2 (1,4)	2,8 (1,4)	2,8 (1,4)	2,6 (1,2)
Usou	4,1 (1,1)	4,1 (1,1)	3,6 (1)	3,1 (1,4)	3 (1,3)	3,3 (1,4)	2,7 (1)
Nunca usou	3,6 (1,3)	3,5 (1,4)	3,4 (1,2)	3,1 (1,4)	3 (1,4)	2,6 (1,3)	2,2 (1,2)
<i>p-value</i>	0,259	0,146	0,766	0,916	0,908	0,084	0,050
Risco atual de suicídio							
Sem risco	3,4 (1,2)	3,2 (1,3)	3,2 (1,2)	2,8 (1,3)	3,1 (1,3)	2,5 (1,2)	2 (1,1)
Baixo	3,3 (1,2)	3,5 (1,3)	3,4 (1,2)	2,5 (1,1)	2,9 (1,3)	2,3 (1,1)	2,2 (1,1)
Moderado	3,8 (1,2)	3,5 (0,8)	3,6 (1,1)	3,7 (1,3)	3,6 (1,2)	3,5 (1,1)	3 (1,1)
Alto	4,4 (1)	4,3 (1,2)	3,9 (0,9)	2,9 (1,4)	2,5 (1,4)	2,5 (1,5)	2,1 (1,1)
<i>p-value</i>	<0,001*	<0,001*	0,018	0,012	0,003	<0,001*	<0,001*
Escore total BPRS							
Síndrome ausente	3,5 (1,2)	3,4 (1,3)	3,4 (1,2)	3 (1,4)	2,8 (1,3)	2,7 (1,3)	2,3 (1,1)
Síndrome menor	4,2 (1,1)	4,2 (1)	3,8 (1)	3,4 (1,4)	3,3 (1,4)	3 (1,3)	2,6 (1,2)
Síndrome maior	4,1 (1,5)	3,7 (2,3)	3,8 (1,2)	3,7 (2,3)	3,2 (2)	3,3 (2,1)	2,9 (1,4)
<i>p-value</i>	0,019	0,004	0,210	0,287	0,156	0,582	0,199

(continuação)

Variáveis	Razões para fumar						
	Redução da tensão/ relaxamento	Dependência	Prazer de fumar	Manuseio	Estimulação	Tabagismo social	Hábito/ automatismo
	média (DP)	média (DP)	média (DP)	média (DP)	média (DP)	média (DP)	média (DP)
Ansiedade-traço (IDATE)							
Baixo	2,6 (1,3)	2,7 (1,3)	2,9 (1,2)	2,6 (1,4)	2,1 (1,4)	2,3 (1,6)	1,8 (1,1)
Moderado	3,4 (1,1)	3,6 (1,4)	3,6 (1,2)	3,1 (1,4)	3 (1,4)	2,7 (1,4)	2,1 (1,1)
Elevado	4 (1,1)	3,6 (1,2)	3,6 (1,1)	3,3 (1,4)	3,4 (1,3)	3 (1,3)	2,6 (1,1)
Altíssimo	4,5 (0,9)	4,5 (0,8)	4 (0,8)	3,6 (1,1)	3,2 (1,3)	3,2 (1,2)	3,1 (1,2)
<i>p-value</i>	<0,001*	0,008	0,050	0,267	0,058	0,188	0,003
Há quanto tempo fuma (anos)							
< 20	3,7 (1,2)	3,7 (1,3)	3,5 (1,2)	3,0 (1,4)	2,8 (1,3)	2,8 (1,3)	2,5 (1,2)
20 a 35	3,9 (1,1)	3,7 (1,2)	3,5 (0,9)	3,2 (1,2)	3 (1,3)	2,6 (1,4)	2,2 (1,1)
≥ 36	3,7 (1,3)	3,5 (1,4)	3,5 (1,3)	3,2 (1,5)	3,2 (1,4)	2,9 (1,4)	2,4 (1,2)
<i>p-value</i>	0,665	0,943	0,907	0,720	0,444	0,400	0,567
Importância do tabaco							
Abaixo da média	3,4 (1,3)	3,2 (1,2)	3,2 (1,2)	2,8 (1,3)	2,7 (1,3)	2,5 (1,2)	2 (1)
Acima da média	4,1 (1,1)	4 (1,2)	3,7 (1,1)	3,4 (1,4)	3,3 (1,4)	3,1 (1,4)	2,7 (1,2)
<i>p-value</i>	0,001*	<0,001*	0,011	0,014	0,018	0,022	0,002
Grau dependência tabaco							
Muito baixo/baixo	3,3 (1,2)	3,1 (1,4)	3,3 (1,2)	2,8 (1,4)	2,6 (1,3)	2,2 (1,1)	2 (1,1)
Médio/elevado	3,7 (1,2)	3,6 (1,3)	3,3 (1,2)	3 (1,3)	3 (1,3)	2,9 (1,4)	2,3 (1,1)
Muito elevado	4,3 (0,9)	4,4 (0,9)	4,1 (0,8)	3,7 (1,4)	3,6 (1,4)	3,3 (1,3)	3 (1,1)
<i>p-value</i>	<0,001*	<0,001*	0,004	0,017	0,009	0,003	<0,001*
Total	3,7 (1,2)	3,6 (1,3)	3,5 (1,1)	3,1 (1,4)	3,0 (1,4)	2,8 (1,4)	2,4 (1,2)

*Evidência de diferença estatística ($p < 0,002$) segundo o teste de Kruskal-Wallis com correção de Bonferroni para comparações múltiplas

(conclusão)

Os escores médios pelos fumantes do ASM, do HP e da UBS para os domínios redução da tensão/relaxamento e dependência foram semelhantes. Embora os participantes do HP tenham apresentado maior escore para os domínios prazer de fumar, manuseio, estimulação, tabagismo social e hábito/automatismo, o teste de *Kruskal-Wallis*, com correção de *Bonferroni* para comparações múltiplas, não confirmou essas diferenças.

As associações sugeridas pelo teste de *Kruskal-Wallis* são sumarizadas abaixo:

- ✓ Redução da tensão/relaxamento: ansiedade-traço; risco atual de suicídio; importância do tabaco e grau de dependência.
- ✓ Dependência: tentativa de suicídio; risco atual de suicídio; importância do tabaco e grau de dependência.
- ✓ Estimulação: escolaridade.
- ✓ Tabagismo social: tentativa de suicídio e risco atual de suicídio.
- ✓ Hábito/automatismo: tentativa de suicídio; risco atual de suicídio e grau de dependência.

Não foram identificadas evidências estatísticas de diferenças entre as variáveis testadas e os domínios prazer de fumar e manuseio.

No Gráfico 68, é ilustrado que os fumantes sem histórico de tentativa de suicídio apresentaram os menores escores médios para os domínios dependência, tabagismo social e hábito/automatismo. Entre os que haviam tentado suicídio, os escores aumentaram com o número de tentativas.

Gráfico 68 – Escore dos domínios dependência, hábito/automatismo e tabagismo social da ERPFM, segundo tentativas de suicídio – Marília/SP, 2014

Os fumantes com risco alto para suicídio apresentaram os maiores escores nos domínios redução da tensão/relaxamento e dependência. Nos domínios tabagismo social e hábito/automatismo sobressaíram-se os fumantes com risco moderado (Gráfico 69).

Gráfico 69 – Escore dos domínios dependência, hábito/automatismo, redução da tensão/relaxamento e tabagismo social da ERPFM, segundo risco atual de suicídio – Marília/SP, 2014

Os escores médios dos domínios dependência, hábito/automatismo e redução da tensão/relaxamento aumentaram com o grau de dependência do tabaco (Gráfico 70).

Gráfico 70 – Escore dos domínios razões para fumar dependência, hábito/automatismo e redução da tensão/relaxamento, segundo grau de dependência do tabaco – Marília/SP, 2014

Com relação à importância do tabaco, os fumantes que atribuíram maior valor apresentaram maior escore para os domínios redução da tensão/relaxamento e dependência (Gráfico 71).

Gráfico 71 – Escore dos domínios redução da tensão/relaxamento e dependência, segundo importância atribuída ao tabaco – Marília/SP, 2014

Observou-se que quanto maior o nível de ansiedade-traço, maior o escore do domínio redução da tensão/relaxamento (baixo= 2,6, moderado= 3,4, elevado= 4, altíssimo= 4,5). Em relação à escolaridade, identificou-se que quanto maior o seu nível, menor o escore para do domínio estimulação (analfabeto= 4,1, fundamental= 3,3, médio= 2,1, superior= 2,1).

5.3.6 Análise multivariada

Nesse tópico, serão apresentados dois modelos de regressão múltipla: 1) fumo atual e 2) Dependência do tabaco.

5.3.6.1 Fumo atual

Embora a análise bivariada tenha fornecido evidência estatística de que o fumo atual (sim= fumantes, não= ex-fumantes + não fumantes) estivesse associado ao local do estudo, sexo, grupo etário, estado civil, religião, diagnóstico psiquiátrico, escore total BPRS, risco atual de suicídio, álcool e substâncias ilícitas, algumas associações não permaneceram ao controlar a interferência simultânea das demais variáveis.

O modelo final de regressão de *Poisson* identificou que o fumo atual, quando ajustado para as demais variáveis, permaneceu associado aos grupos etário mais jovem (15 a 29 anos), ao catolicismo, à ausência de religião, aos transtornos mentais graves e ao uso pregresso e atual de álcool e de substâncias ilícitas. Diferentemente da análise bivariada, o modelo múltiplo tornou evidente a associação entre fumo e transtornos ansiosos/outros e o grupo etário de 30 a 39 anos (Tabela 50).

Tabela 50 – Razão de Prevalência (RP) bruta e ajustada para fumo atual de tabaco – Marília/SP, 2014

Variáveis	Fumo atual		Bruta RP (IC 95%) ²	Ajustada ¹ RP (IC 95%)
	Sim n (%)	Não n(%)		
Local				
UBS	24 (19,1)	102 (80,9)	1	1
ASM	34 (27)	92 (73)	1,42 (0,89, 2,24)	1,34 (0,58, 3,10)
HP	76 (60,3)	50 (39,7)	3,17 (2,15, 4,66)	1,44 (0,61, 3,41)
Sexo				
Feminino	73 (28,6)	182 (71,4)	1	1
Masculino	61 (49,6)	62 (50,4)	1,73 (1,33, 2,25)	1,09 (0,77, 1,54)
Grupo etário (anos)				
≥ 60	23 (25,8)	66 (74,2)	1	1
15 a 29	22 (45,8)	26 (54,2)	1,77 (1,11, 2,83)	3,35 (1,69, 6,67)
30 a 39	25 (36,8)	43 (63,2)	1,42 (0,89, 2,28)	2,28 (1,22, 4,29)
40 a 49	29 (40,3)	43 (59,7)	1,56 (0,99, 2,44)	1,49 (0,84, 2,66)
50 a 59	35 (34,6)	66 (65,4)	1,34 (0,86, 2,09)	1,54 (0,96, 2,47)
Estado civil				
Casado	29 (21,8)	104 (78,2)	1	1
Solteiro	74 (48)	80 (52)	2,20 (1,53, 3,16)	1,10 (0,69, 1,76)
Separado, divorciado ou viúvo	31 (34,1)	60 (65,9)	1,56 (1,02, 2,40)	1,02 (0,65, 1,60)
Escolaridade				
Superior	9 (23,1)	30 (76,9)	1	1
Analfabeto	7 (35)	13 (65)	1,52 (0,66, 3,47)	1,46 (0,53, 4,03)
Fundamental	86 (40,6)	126 (59,4)	1,76 (0,97, 3,19)	1,57 (0,76, 3,23)
Médio	32 (29,9)	75 (70,1)	1,30 (0,68, 2,46)	1,33 (0,62, 2,85)
Religião autorreferida				
Evangélica	37 (26,6)	102 (73,4)	1	1
Católica	77 (37,7)	127 (62,3)	1,42 (1,02, 1,97)	1,60 (1,10, 2,32)
Espírita/outras	7 (41,2)	10 (58,8)	1,55 (0,82, 2,91)	1,41 (0,63, 3,13)
Sem religião	13 (72,2)	5 (27,8)	2,71 (1,82, 4,04)	2,45 (1,34, 3,77)
Diagnóstico				
Sem diagnóstico	16 (17,8)	74 (82,2)	1	1
Transtornos mentais graves	98 (44,8)	121 (55,2)	2,52 (1,58, 4,02)	3,04 (1,24, 7,44)
Transtornos ansiosos/outras	20 (29)	49 (71)	1,63 (0,91, 2,90)	3,96 (1,61, 9,71)
Comorbidades somáticas				
Não	58 (35,8)	104 (64,2)	1	1
Sim	76 (35,2)	140 (64,8)	0,98 (0,75, 1,29)	0,94 (0,68, 1,30)
Risco atual de suicídio				
Não se aplica	56 (27,2)	150 (72,8)	1	1
Baixo	25 (38,5)	40 (61,5)	1,41 (0,97, 2,07)	0,84 (0,54, 1,31)
Moderado	10 (50)	10 (50)	1,84 (1,12, 3,01)	0,95 (0,54, 1,68)
Alto	43 (49,4)	44 (50,6)	1,82 (1,34, 2,47)	0,92 (0,60, 1,42)
Escore total BPRS				
Síndrome ausente	93 (30,7)	210 (69,3)	1	1
Síndrome menor	38 (53,5)	33 (46,5)	1,74 (1,32, 2,30)	1,05 (0,72, 1,55)
Síndrome maior	3 (75)	1 (25)	2,44 (1,35, 4,41)	1,11 (0,42, 2,95)
Álcool				
Nunca usou	19 (14,1)	116 (85,9)	1	1
Usa	40 (50,6)	39 (49,4)	3,60 (2,25, 5,76)	2,25 (1,31, 3,87)
Usou	75 (45,7)	89 (54,3)	3,25 (2,07, 5,09)	2,27 (1,39, 3,69)
Substâncias ilícitas				
Nunca usou	89 (27,7)	232 (72,3)	1	1
Usa	17 (100)	-	3,61 (3,02, 4,30)	2,00 (1,18, 3,36)
Usou	28 (70)	12 (30)	2,52 (1,93, 3,30)	1,81 (1,19, 2,73)
Total	134 (35,4)	244 (64,6)		

¹Modelo de regressão de Poisson²Razão de Prevalência e Intervalo de Confiança de 95%

“RP (IC 95%)” em negrito indica evidência de associação estatística

O modelo de regressão de *Poisson* sugeriu que entre os mais jovens (15 a 29 e 30 a 49 anos) a prevalência de fumantes foi 3,35 e 2,38 maior em relação aos idosos (≥ 60 anos).

A razão de prevalência bruta indicou que o número de fumantes entre os participantes sem religião era 171% maior em comparação aos evangélicos. Ao ajustar para as demais variáveis, a razão de prevalência diminuiu de 2,71 para 2,45, ou seja, controlada a possível interferência das variáveis inseridas no modelo múltiplo, aqueles que alegaram não ter religião tiveram prevalência de fumantes 145% maior do que os evangélicos.

Tanto a razão de prevalência bruta quanto a ajustada sugeriram associação do fumo atual com o catolicismo. Independente do efeito de outras variáveis, a prevalência de fumantes entre os católicos foi 60% maior comparada à dos evangélicos.

A razão de prevalência entre fumo e espiritismo/outras religiões foi diminuída em 0,14 no modelo múltiplo ($RP_{bruta} = 1,55$, $RP_{ajustada} = 1,41$), porém permaneceu sem evidência de associação estatística.

No que tange as variáveis clínicas, o modelo de regressão de *Poisson* revelou que os diagnósticos de transtornos mentais graves (esquizofrenia, transtorno esquizoafetivo, do humor ou de personalidade) ou de transtornos ansiosos/outros aumentaram o número de fumantes, respectivamente, em 204% e 296%, em comparação àqueles sem diagnóstico.

Destaca-se que a análise bivariada não identificou associação entre fumo e transtornos ansiosos/outros. No entanto, a razão de prevalência ajustada tornou evidente essa associação mostrando que a prevalência de fumantes foi maior entre as pessoas com transtornos ansiosos/outros, superando, inclusive, aquelas com transtornos mentais graves.

A prevalência de fumantes entre os que referiram uso atual de álcool ou de substâncias ilícitas foi 125% e 100% maior em comparação àqueles que nunca utilizaram essas substâncias. Quanto ao uso pregresso, a prevalência foi 127% maior para quem referiu já ter consumido álcool e 81% para quem referiu uso prévio de substâncias ilícitas.

5.3.6.2 Grau de dependência do tabaco

A análise bivariada forneceu evidência estatística de que a elevada dependência do tabaco (escore FTDN ≥ 6) estava associada aos transtornos mentais graves, ao uso de antipsicóticos de 2ª geração, ao uso concomitante de antipsicóticos de 1ª e de 2ª geração, ao alto risco suicídio e ao uso atual e pregresso de substâncias ilícitas.

Ao ajustar para as demais variáveis, o modelo final de regressão de *Poisson* indicou maior prevalência de fumantes com dependência elevada entre os homens, pessoas com até 49 anos de idade, com diagnóstico de transtornos mentais graves ou de transtornos ansiosos/outros e com risco alto de suicídio.

No modelo múltiplo, a associação da dependência do tabaco com antipsicóticos e com substâncias ilícitas deixou de ser evidenciada, o que sugeriu que ocorresse devido à interferência de outras variáveis (Tabela 51).

Tabela 51 – Razão de Prevalência (RP) bruta e ajustada para grau de dependência do tabaco segundo FTDN – Marília/SP, 2014

Variáveis	Dependência do tabaco FTDN		Bruta	Ajustada ¹
	≤ 5 pontos n (%)	≥ 6 pontos n (%)	RP (IC 95%) ²	RP (IC 95%)
Sexo				
Feminino	34 (46,6)	39 (53,4)	1	1
Masculino	21 (34,4)	40 (65,6)	1,23 (0,93, 1,63)	1,41 (1,01, 1,95)
Grupo etário (anos)				
≥ 60	11 (47,8)	12 (52,2)	1	1
15 a 29	8 (36,4)	14 (63,6)	1,22 (0,74, 2,02)	4,06 (1,86, 8,87)
30 a 39	6 (24)	19 (76)	1,46 (0,93, 2,28)	2,96 (1,64, 5,32)
40 a 49	10 (34,5)	19 (65,5)	1,26 (0,78, 2,01)	1,84 (1,05, 3,25)
50 a 59	20 (57,1)	15 (42,9)	0,82 (0,47, 1,42)	0,90 (0,50, 1,60)
Diagnóstico				
Sem diagnóstico	13 (81,3)	3 (18,7)	1	1
Transtornos mentais graves	33 (33,7)	65 (66,3)	3,54 (1,26, 9,90)	3,05 (1,06, 8,80)
Transtornos ansiosos/outros	9 (45)	11 (55)	2,93 (0,98, 8,76)	3,98 (1,40, 11,33)
Uso atual de antipsicóticos				
Não se aplica	21 (52,5)	19 (47,5)	1	1
1ª geração	25 (44,6)	31 (55,4)	1,17 (0,78, 1,74)	0,77 (0,52, 1,14)
2ª geração	4 (21)	15 (79)	1,66 (1,11, 2,48)	1,21 (0,79, 1,83)
1ª e 2ª geração	5 (26,3)	14 (73,7)	1,55 (1,02, 2,37)	0,93 (0,57, 1,52)
Risco atual de suicídio				
Sem risco	30 (53,6)	26 (46,4)	1	1
Baixo	12 (48)	13 (52)	1,12 (0,70, 1,79)	1,14 (0,71, 1,81)
Moderado	4 (40)	6 (60)	1,29 (0,72, 2,30)	1,22 (0,70, 2,12)
Alto	9 (20,9)	34 (79,1)	1,70 (1,23, 2,35)	1,55 (1,02, 2,35)
Álcool				
Nunca usou	11 (57,9)	8 (42,1)	1	1
Usa	19 (47,5)	21 (52,5)	1,25 (0,68, 2,28)	0,84 (0,45, 1,59)
Usou	25 (33,3)	50 (66,7)	1,58 (0,91, 2,74)	1,01 (0,58, 1,76)
Substâncias ilícitas				
Nunca usou	45 (50,6)	44 (49,4)	1	1
Usa	2 (11,8)	15 (88,2)	1,78 (1,36, 2,34)	1,46 (0,95, 2,23)
Usou	8 (28,6)	20 (71,4)	1,44 (1,06, 1,98)	1,19 (0,76, 1,88)
Importância do tabaco				
Abaixo da média	31 (49,2)	32 (50,8)	1	1
Acima da média	24 (33,8)	47 (66,2)	1,30 (0,97, 1,75)	1,12 (0,77, 1,63)
Total	55 (41)	79 (59)		

¹Modelo de regressão de *Poisson*

²Razão de Prevalência e Intervalo de Confiança de 95%

“RP (IC 95%)” em negrito indica evidência de associação estatística (p < 0,05)

O modelo múltiplo revelou que a prevalência de fumantes com dependência elevada era 41% maior entre os homens do que entre as mulheres.

Os participantes com 15 a 29 anos apresentaram prevalência de fumantes com grau elevado de dependência 4,06 maior em comparação aos idosos. A razão de prevalência diminuiu com o aumento da idade, sugerindo efeito dose-resposta (Gráfico 72).

Gráfico 72 – Razão de Prevalência ajustada para grau elevado de dependência do tabaco, segundo grupo etário (grupo de referência: idosos (≥ 60 anos)) – Marília/SP, 2014

Independente das variáveis incluídas no modelo de regressão de *Poisson*, a prevalência de fumantes com escore ≥ 6 no FTDN foi, respectivamente, 205% e 298% maior entre os participantes com transtornos mentais graves e entre aqueles com transtornos ansiosos/outros em comparação a quem não tinha diagnóstico.

Ser avaliado com alto risco para suicídio aumentou a prevalência de fumantes com dependência elevada em 1,55 em relação aos que não apresentaram risco de suicídio.

Os dados obtidos desta amostra sugeriram que a importância que o fumante atribuía ao tabaco não tinha relação com a intensidade da dependência. No modelo bivariado, essa relação poderia ter sido evidenciada com uma amostra maior, visto que o limite inferior do intervalo de confiança foi próximo a 1 (se ele fosse maior que 1, haveria indício de associação). No modelo múltiplo, contudo, a razão de prevalência diminuiu e os limites do IC (95%) mostraram claramente que não havia possibilidade de associação.

5.4 OPINIÃO SOBRE O USO DE TABACO NOS SERVIÇOS DE SAÚDE

Na Tabela 52, são apresentadas as opiniões dos 378 participantes sobre a permissão do fumo de tabaco nos serviços de saúde.

Tabela 52 – Frequência absoluta e relativa (%) das opiniões dos participantes sobre a permissão do fumo de tabaco nos serviços de saúde – Marília/SP, 2014

Opiniões	Concorda n (%)	Discorda n (%)
Fumar nos serviços de saúde é um direito dos pacientes	89 (23,5)	289 (76,5)
Permitir o fumo nos serviços de saúde é uma omissão de cuidados	284 (75,1)	94 (24,9)
Permitir o fumo nos serviços de saúde é uma falta de respeito com os pacientes e os profissionais não fumantes	332 (87,8)	46 (12,2)
O fumo deveria ser proibido em todos os serviços de saúde	319 (84,4)	59 (15,6)
Se o fumo fosse proibido, não voltaria a frequentar este estabelecimento de saúde (ASM, HP ou UBS)	64 (16,9)	314 (83,1)

A maioria dos participantes foi contra a permissão do fumo nos serviços de saúde, uma vez que a considerou omissão de cuidados e falta de respeito com os não fumantes. Poucos defenderam que os pacientes têm direito a fumar nos estabelecimentos de saúde e que não voltariam a frequentar o ASM, o HP ou a UBS se o fumo fosse proibido.

Ao comparar as opiniões supracitadas, entre os locais investigados, identificou-se que os participantes do HP foram menos favoráveis à proibição do fumo do que os participantes do ASM e da UBS (Tabela 53).

Tabela 53 – Frequência absoluta e relativa (%) das opiniões dos participantes sobre a permissão do fumo de tabaco nos serviços de saúde, segundo local do estudo (ASM: Ambulatório de Saúde Mental; HP: Hospital Psiquiátrico; UBS: Unidade Básica de Saúde) – Marília/SP, 2014

Opiniões	ASM		Local do estudo HP		UBS	
	Concorda n (%)	Discorda n (%)	Concorda n (%)	Discorda n (%)	Concorda n (%)	Discorda n (%)
Fumar nos serviços de saúde é um direito dos pacientes	22 (17,5)	104 (82,5)	59 (46,8)	67 (53,2)	8 (6,3)	118 (93,7)
Permitir o fumo nos serviços de saúde é uma omissão de cuidados	92 (73)	34 (27)	72 (57,1)	54 (42,9)	120 (95,2)	6 (4,8)
Permitir o fumo é uma falta de respeito com os pacientes e os profissionais não fumantes	111 (88,1)	15 (11,9)	95 (75,4)	31 (24,6)	126 (100)	
O fumo deveria ser proibido em todos os serviços de saúde	106 (84,1)	20 (15,9)	87 (69,1)	39 (30,9)	126 (100)	
Se o fumo fosse proibido, não voltaria a frequentar este serviço de saúde	9 (7,1)	117 (92,9)	49 (38,9)	77 (61,1)	6 (4,8)	120 (95,2)

Embora a maioria dos entrevistados do ASM e do HP tenha se declarado a favor da proibição do fumo nos serviços de saúde e veja a permissão do uso de tabaco, nesses locais, como omissão de cuidados e falta de respeito com os não fumantes, essas frequências foram inferiores às encontradas na UBS, onde todos afirmaram ser a favor da proibição do fumo e consideraram sua permissão falta de respeito.

Apesar de a maioria dos participantes do HP ter se manifestado a favor da proibição do fumo nos serviços de saúde, contraditoriamente, aproximadamente, metade defendeu que os pacientes têm direito a fumar nesses estabelecimentos. Na UBS, o número dos que concordaram com essa afirmativa foi quase irrisório.

No ASM, parece ter havido maior coerência nas opiniões dado que a frequência dos que discordaram da proibição do fumo foi próxima da frequência dos que concordaram que fumar nos serviços de saúde seja um direito dos pacientes.

Na população geral (UBS), foram poucos os que discordaram que a permissão ao fumo representa uma omissão de cuidados.

Na Tabela 54, é apresentado o resultado do teste do qui quadrado para os dados apresentados na tabela anterior, bem como o coeficiente V de *Cramér*.

Tabela 54 – Teste do qui-quadrado e coeficiente V de *Cramér* para classificação da força das associações entre opiniões e local do estudo

Opiniões	X ² (<i>p-value</i>)	Coeficiente V de <i>Cramér</i>	Classificação da força da associação
Fumar nos serviços de saúde é um direito dos pacientes	61.2242 (<0,001)*	0,4025	Moderada
Permitir o fumo nos serviços de saúde é uma omissão de cuidados	49.3881 (<0,001)*	0,3615	Moderada
Permitir o fumo é uma falta de respeito com os pacientes e os profissionais não fumantes	35.6912 (<0,001)*	0,3073	Moderada
O fumo deveria ser proibido em todos os serviços de saúde	45.8316 (<0,001)*	0,3482	Moderada
Se o fumo fosse proibido, não voltaria a frequentar este serviço de saúde (ASM, HP ou UBS)	65.0440 (<0,001)*	0,4148	Moderada

*evidência de associação estatística ($p < 0,05$)

Coerente com o resultado de que a população geral (UBS) foi mais favorável à proibição do fumo do que a psiquiátrica (ASM e HP), houve maior frequência de participantes que concordaram com a proibição do fumo nos serviços de saúde e com a afirmação de que sua permissão representa uma omissão de cuidados e falta de respeito com os não fumantes entre quem não tinha diagnóstico psiquiátrico, seguidos pelos diagnosticados com transtornos ansiosos/outros (transtornos mais frequentes na população geral da rede básica de saúde).

Entre os participantes com diagnóstico de esquizofrenia/transtorno esquizoafetivo foram encontradas as menores prevalências de pessoas que concordavam com a proibição do fumo e que viam a permissão de modo negativo (omissão de cuidados e falta de respeito).

As maiores prevalências de participantes que consideraram o fumo de tabaco, nos serviços de saúde, um direito dos pacientes e que não voltariam a frequentar o serviço onde a

entrevista foi realizada, caso o fumo fosse proibido, ocorreram entre quem tinha diagnóstico de esquizofrenia/transtorno esquizoafetivo, seguidos pelos transtornos de personalidade (Tabela 55).

Tabela 55 – Frequência absoluta e relativa (%) das opiniões dos participantes sobre a permissão do fumo de tabaco nos serviços de saúde, segundo diagnóstico psiquiátrico – Marília/SP, 2014

Opiniões	Diagnóstico					X ² (p-value)	Coeficiente V de Cramér (força da associação)
	Esquizofrenia/ esquizoafetivo n (%)	Transtornos do humor n (%)	Transtornos personalidade n (%)	Transtornos ansiosos/outros n (%)	Não se aplica (s/ diagnóstico) n (%)		
Fumar nos serviços de saúde é um direito dos pacientes							
Concorda	48 (43,6)	17 (24,6)	10 (27)	9 (13)	5 (5,6)	45.3229 (<0,001)*	0,3463 (moderada)
Discorda	62 (56,4)	55 (76,4)	27 (73)	60 (87)	85 (94,4)		
Permitir o fumo nos serviços de saúde é uma omissão de cuidados							
Concorda	65 (59,1)	54 (75)	24 (64,9)	54 (78,3)	87 (96,7)	39.9379 (<0,001)*	0,3250 (moderada)
Discorda	45 (40,9)	18 (25)	13 (35,1)	15 (21,7)	3 (3,3)		
Permitir o fumo é uma falta de respeito com os pacientes e os profissionais não fumantes							
Concorda	82 (74,5)	63 (87,5)	33 (89,2)	64 (92,8)	90 (100)	32.2700 (<0,001)*	0,2922 (fraca)
Discorda	28 (25,5)	9 (12,5)	4 (10,8)	5 (7,2)			
O fumo deveria ser proibido em todos os serviços de saúde							
Concorda	72 (65,5)	62 (86,1)	32 (86,5)	63 (91,3)	90 (100)	49.3810 (<0,001)*	0,3614 (moderada)
Discorda	38 (34,5)	10 (13,9)	5 (13,5)	6 (8,7)			
Se o fumo fosse proibido, não voltaria a frequentar este serviço de saúde (ASM, HP ou UBS)							
Concorda	35 (31,8)	8 (11,1)	8 (21,6)	7 (10,1)	6 (6,7)	28.6475 (<0,001)*	0,2753 fraca
Discorda	75 (68,2)	64 (88,9)	29 (78,4)	62 (89,9)	84 (93,3)		
Total	110 (100)	72 (100)	37 (100)	69 (100)	90 (100)		

*evidência de associação estatística (p<0,05)

Os participantes sem risco atual de suicídio e aqueles classificados na escala BPRS como síndrome ausente ou síndrome menor apresentaram as maiores proporções de participantes favoráveis à proibição do fumo nos serviços de saúde e dos que viam a permissão do fumo como omissão de cuidados e desrespeito com os não fumantes.

Entre quem declarou que não voltaria a frequentar o local da entrevista se o fumo fosse proibido e concordou que fumar nos serviços de saúde é um direito dos pacientes, a maior frequência foi de pessoas com risco moderado ou alto de suicídio e com sintomas psiquiátricos graves (síndrome maior na escala BPRS).

Os ex-fumantes e os não fumantes sobressaíram-se entre aqueles que defenderam que o fumo deveria ser proibido nos serviços de saúde e consideraram a permissão como omissão de cuidados e falta de respeito com quem não fuma.

Cerca de metade dos fumantes afirmou que os pacientes têm direito a fumar nos serviços de saúde e que não retornaria ao serviço onde a entrevista foi realizada se o fumo fosse proibido. A ampla maioria dos ex-fumantes e dos não fumantes discordou.

Ao comparar as opiniões dos 134 fumantes de acordo com o grau de dependência do tabaco, verificou-se que não obstante a maioria daqueles com dependência muito elevada tenha se manifestado a favor da proibição do fumo, essa frequência foi inferior à encontrada entre os participantes com dependência muito baixa/baixa ou média/elevada.

Embora a maioria dos que apresentaram dependência muito elevada acredite que permitir o fumo seja uma falta de respeito com os não fumantes, mais da metade defendeu que os pacientes têm direito de fumar nos serviços de saúde e, aproximadamente, três quartos disseram que não voltariam ao local da entrevista caso o fumo fosse proibido.

Nas Tabelas 56 e 57, são detalhadas as opiniões dos participantes sobre a permissão ao fumo nos serviços de saúde, segundo risco atual de suicídio, escore total BPRS, uso de tabaco e grau de dependência.

Tabela 56 – Frequência absoluta e relativa (%) das opiniões dos participantes sobre a permissão do fumo de tabaco nos serviços de saúde, segundo risco de suicídio e escore total BPRS – Marília/SP, 2014

Opiniões	Risco atual de suicídio				Escore total BPRS		
	Sem risco	Baixo	Moderado	Alto	Síndrome ausente	Síndrome menor	Síndrome maior
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Fumar nos serviços de saúde é um direito dos pacientes							
Concorda	37 (18)	17 (26,1)	7 (35)	28 (32,2)	66 (21,8)	20 (28,2)	3 (75)
Discorda	169 (82)	48 (73,9)	13 (65)	59 (67,8)	237 (78,2)	51 (71,8)	1 (25)
X ² (p-value)		8.8785 (0,031)*				7.2495 (0,027)*	
Coeficiente V de Cramér (força associação)		0,1533 (fraca)				0,1385 (fraca)	
Permitir o fumo nos serviços de saúde é uma omissão de cuidados							
Concorda	166 (80,6)	51 (78,5)	11 (55)	56 (64,4)	235 (77,6)	49 (69)	
Discorda	40 (19,4)	14 (21,5)	9 (45)	31 (35,6)	68 (22,4)	22 (31)	4 (100)
X ² (p-value)		13.3951 (0,004)*				14.4616 (0,001)*	
Coeficiente V de Cramér (força associação)		0,1882 (fraca)				0.1956 (fraca)	
Permitir o fumo é uma falta de respeito com os pacientes e os profissionais não fumantes							
Concorda	189 (91,8)	56 (86,2)	13 (65)	74 (85,1)	266 (87,8)	64 (90,1)	2 (50)
Discorda	17 (8,2)	9 (13,8)	7 (35)	13 (14,9)	37 (12,2)	7 (9,9)	2 (50)
X ² (p-value)		13.5073 (0,004)*				5.7110 (0,058)	
Coeficiente V de Cramér (força associação)		0,1890 (fraca)					
O fumo deveria ser proibido em todos os serviços de saúde							
Concorda	182 (88,4)	53 (81,5)	13 (65)	71 (81,6)	259 (85,5)	58 (81,7)	2 (50)
Discorda	24 (11,6)	12 (18,5)	7 (35)	16 (18,4)	44 (14,5)	13 (18,3)	2 (50)
X ² (p-value)		9.0724 (0,028)*				4.2569 (0,119)	
Coeficiente V de Cramér (força associação)		0,1549 (fraca)					
Se o fumo fosse proibido, não voltaria a frequentar este serviço de saúde							
Concorda	16 (7,8)	14 (21,5)	6 (30)	28 (32,2)	38 (12,5)	24 (33,8)	2 (50)
Discorda	190 (92,2)	51 (78,5)	14 (70)	59 (67,8)	265 (87,5)	47 (66,2)	2 (50)
X ² (p-value)		30.1013 (<0,001)*				21.6315 (<0,001)*	
Coeficiente V de Cramér (força associação)		0,2822 (fraca)				0,2392 (fraca)	
Total	206 (100)	65 (100)	20 (100)	87 (100)	303 (100)	71 (100)	4 (100)

*evidência de associação estatística (p< 0,05)

Tabela 57 – Frequência absoluta e relativa (%) das opiniões dos participantes sobre a permissão do fumo de tabaco nos serviços de saúde, segundo uso de tabaco e grau de dependência – Marília/SP, 2014

Opiniões	Uso de tabaco			Grau de dependência do tabaco		
	Fumante	Ex-fumante	Não fumante	Muito baixo/baixo	Médio/elevado	Muito elevado
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Fumar nos serviços de saúde é um direito dos pacientes						
Concorda	59 (44)	6 (9,2)	24 (13,4)	16 (40)	26 (41,3)	17 (54,8)
Discorda	75 (56)	59 (90,8)	155 (86,6)	24 (60)	37 (58,7)	14 (45,2)
X^2 (p-value)		48.8537 (<0,001)*			1.9280 (0,381)	
Coeficiente V de Cramér (força associação)		0,3595 (moderada)				
Permitir o fumo nos serviços de saúde é uma omissão de cuidados						
Concorda	79 (59)	57 (87,7)	148 (82,7)	27 (67,5)	39 (61,9)	13 (41,9)
Discorda	55 (41)	8 (12,3)	31 (17,3)	13 (32,5)	24 (38,1)	18 (58,1)
X^2 (p-value)		29.7173 (<0,001)*			5.1444 (0,076)	
Coeficiente V de Cramér (força associação)		0,2804 (fraca)				
Permitir o fumo é uma falta de respeito com os pacientes e os profissionais não fumantes						
Concorda	106 (79,1)	61 (93,9)	165 (92,2)	35 (87,5)	49 (77,8)	22 (71)
Discorda	28 (20,9)	4 (6,1)	14 (7,8)	5 (12,5)	14 (22,2)	9 (29)
X^2 (p-value)		14.9133 (0,001)*			3.0145 (0,222)	
Coeficiente V de Cramér (força associação)		0,1986 (fraca)				
O fumo deveria ser proibido em todos os serviços de saúde						
Concorda	90 (67,2)	63 (96,9)	166 (92,7)	28 (70)	43 (68,3)	19 (61,3)
Discorda	44 (32,8)	2 (3,1)	13 (7,3)	12 (30)	20 (31,7)	12 (38,7)
X^2 (p-value)		47.4061 (<0,001)*			0,6648 (0,717)	
Coeficiente V de Cramér (força associação)		0,3541 (moderada)				
Se o fumo fosse proibido, não voltaria a frequentar este serviço de saúde						
Concorda	62 (46,3)	-	2 (1,1)	7 (17,5)	32 (50,8)	23 (74,2)
Discorda	72 (53,7)	65 (100)	177 (98,9)	33 (82,5)	31 (49,2)	8 (25,8)
X^2 (p-value)		127.0778 (<0,001)*			23.5589 (<0,001)*	
Coeficiente V de Cramér (força associação)		0,5798 (forte)			0,4193 (moderada)	
Total	134 (100)	65 (100)	179 (100)	40 (100)	63 (100)	31 (100)

*evidência de associação estatística (p<0,05)

Na Tabela 58, são descritas as crenças dos entrevistados sobre o fumo por pacientes psiquiátricos e sua permissão nos serviços de saúde mental.

Tabela 58 – Frequência absoluta e relativa (%) das crenças dos participantes sobre o fumo de tabaco por pacientes psiquiátricos e sua permissão nos serviços de saúde mental – Marília/SP, 2014

Opiniões	Concorda n (%)	Discorda n (%)	Não sabe n (%)
Proibir o fumo nos serviços de saúde mental pode agravar os sintomas dos pacientes psiquiátricos	283 (74,9)	93 (24,6)	2 (0,5)
Permitir que o paciente psiquiátrico fume, é uma forma dos profissionais se sentirem seguros quanto a agressões	244 (64,6)	129 (34,1)	5 (1,3)
O cigarro é usado nos serviços de saúde mental para facilitar o diálogo entre os pacientes e os profissionais	166 (43,9)	209 (55,3)	3 (0,8)
O cigarro é usado nos serviços de saúde mental para incentivar o paciente psiquiátrico a tomar os medicamentos	157 (41,5)	206 (54,5)	15 (4)
O cigarro é usado nos serviços de saúde mental para incentivar o paciente psiquiátrico a participar das atividades terapêuticas (grupos, oficinas, etc.)	156 (41,3)	208 (55)	14 (3,7)

Embora a maioria tenha sido contra a permissão do fumo nos serviços de saúde, três quartos dos entrevistados disseram que os sintomas psiquiátricos podem ser agravados com a proibição do fumo nesses locais. Nesse mesmo raciocínio, aproximadamente, dois terços concordaram que permitir que o paciente psiquiátrico fume é uma forma de os profissionais se sentirem seguros em relação a possíveis agressões.

Mais da metade discordou que o cigarro é usado, atualmente, nos serviços de saúde mental, como “instrumento” do cuidado (para facilitar o diálogo entre profissional-paciente, incentivar a adesão à terapêutica medicamentosa e a participação nos grupos, oficinas, etc.). Ainda assim, foi elevada a frequência dos que concordaram com essa crença.

A utilização do cigarro para incentivar o paciente psiquiátrico a tomar os medicamentos e a participar das atividades terapêuticas foram as afirmações que mais entrevistados não souberam responder.

Na Tabela 59, é apresentada a opinião dos participantes sobre o agravamento dos sintomas psiquiátricos em decorrência da proibição do fumo nos serviços de saúde mental e a permissão do uso de tabaco como tentativa de o profissional se sentir seguro contra agressões, segundo local do estudo, diagnóstico psiquiátrico, risco de suicídio, gravidade dos sintomas e fumo atual.

Tabela 59 – Frequência absoluta e relativa (%) das crenças sobre o fumo de tabaco por pacientes psiquiátricos e sua permissão nos serviços de saúde mental, segundo local, diagnóstico, risco de suicídio, escore total BPRS e uso de tabaco – Marília/SP, 2014

Variáveis	Proibir o fumo nos serviços de saúde mental pode agravar os sintomas dos pacientes psiquiátricos				Permitir que o paciente psiquiátrico fume, é uma forma de os profissionais se sentirem seguros quanto a agressões				Coeficiente V de Cramér (força da associação)
	Concorda n (%)	Discorda n (%)	Não sabe n (%)	X ² (p-value)	Concorda n (%)	Discorda n (%)	Não sabe n (%)	X ² (p-value)	
Local									
ASM	89 (70,6)	36 (28,6)	1 (0,8)	3.2560	70 (55,6)	55 (43,6)	1 (0,8)	14.9598	0,1407 (fraca)
HP	100 (79,4)	26 (20,6)		(0,516)	94 (74,6)	32 (25,4)		(0,005)*	
UBS	94 (74,6)	31 (24,6)	1 (0,8)		80 (63,5)	42 (33,3)	4 (3,2)		
Diagnóstico psiquiátrico									
Esquizofrenia/esquizoafetivo	83 (75,5)	27 (24,5)		8.5392	79 (71,8)	31 (28,2)		10.8830	(0,208)
Transtornos do humor	59 (81,9)	13 (18,1)		(0,383)	47 (65,3)	25 (34,7)			
Transtornos de personalidade	28 (75,7)	8 (21,6)	1 (2,7)		24 (64,9)	12 (32,4)	1 (2,7)		
Transtornos ansiosos/outros	48 (69,6)	21 (30,4)			36 (52,2)	31 (44,9)	2 (2,9)		
Não se aplica (s/ diagnóstico)	65 (72,2)	24 (26,7)	1 (1,1)		58 (64,5)	30 (33,3)	2 (2,2)		
Risco atual de suicídio									
Sem risco	150 (72,8)	54 (26,2)	2 (1)	3.2371	128 (62,1)	74 (35,9)	4 (1,9)	5.9546	(0,428)
Baixo	52 (80)	13 (20)		(0,779)	46 (70,8)	18 (27,7)	1 (1,5)		
Moderado	14 (70)	6 (30)			16 (80)	4 (20)	-		
Alto	67 (77)	20 (23)			54 (62,1)	33 (37,9)	-		
Escore total BPRS									
Síndrome ausente	225 (74,3)	76 (25)	2 (0,7)	2.4185	192 (63,4)	106 (35)	5 (1,6)	1.9583	(0,743)
Síndrome menor	56 (78,9)	15 (21,1)		(0,659)	49 (69)	22 (31)			
Síndrome maior	2 (50)	2 (50)			3 (75)	1 (25)			
Fumo de tabaco									
Fumante	108 (80,6)	26 (19,4)		5.5301	97 (72,4)	37 (27,6)		10.1540	0,1159 (fraca)
Ex-fumante	48 (73,9)	17 (26,1)		(0,237)	40 (61,5)	25 (38,5)		(0,038)*	
Não fumante	127 (71)	50 (27,9)	2 (1,1)		107 (59,8)	67 (37,4)	5 (2,8)		
Total	283 (74,9)	93 (24,6)	2 (0,5)		244 (64,6)	129 (34,1)	5 (1,3)		

*evidência de associação estatística (p<0,05)

O número de pessoas que concordaram que a proibição do fumo pode agravar os sintomas psiquiátricos foi semelhante no ASM, no HP e na UBS.

Identificou-se maior frequência de participantes com essa opinião entre os que tinham transtornos do humor, baixo risco de suicídio, classificados como síndrome menor na BPRS e fumantes. Metade dos que apresentaram sintomas psiquiátricos intensos (síndrome maior), no momento da entrevista, ou nos dias que a antecederam, afirmou que os sintomas podem piorar com a retirada do tabaco.

No que tange o fumo como forma dos profissionais se sentirem seguros em relação a agressões, houve prevalência superior de pessoas que concordaram com essa afirmação entre os participantes do HP, com diagnóstico de esquizofrenia/transtorno esquizoafetivo, moderado risco de suicídio, sintomas psiquiátricos graves (síndrome maior) e fumantes.

Ao comparar as crenças que envolviam o uso do tabaco, nos serviços de saúde mental, como instrumento do cuidado, constatou-se, no HP, maior prevalência de participantes que concordavam com as afirmativas, especialmente com a que sugeria que o cigarro era utilizado para facilitar o diálogo entre os pacientes e os profissionais. A frequência de concordância com essas crenças foi semelhante no ASM e na UBS (Gráfico 73).

Gráfico 73 – Frequência relativa (%) das crenças sobre o uso de tabaco como “instrumento” do cuidado, segundo local do estudo (ASM: Ambulatório de Saúde Mental; HP: Hospital Psiquiátrico; UBS: Unidade Básica de Saúde) – Marília/SP, 2014

Na Tabela 60, são apresentadas as crenças do uso de tabaco como instrumento do cuidado, segundo diagnóstico psiquiátrico, risco atual de suicídio, escore total BPRS e fumo de tabaco.

Tabela 60 – Frequência absoluta e relativa (%) das crenças sobre o uso de tabaco como “instrumento” do cuidado, segundo diagnóstico psiquiátrico, risco atual de suicídio, escore total BPRS e uso de tabaco – Marília/SP, 2014

Variáveis	O cigarro é usado nos serviços de saúde mental para facilitar o diálogo entre os pacientes e os profissionais			O cigarro é usado nos serviços de saúde mental para incentivar o paciente psiquiátrico a tomar os medicamentos			O cigarro é usado nos serviços de saúde mental para incentivar o paciente psiquiátrico a participar das atividades terapêuticas (grupos, oficinas, etc.)		
	Concorda n (%)	Discorda n (%)	Não sabe n (%)	Concorda n (%)	Discorda n (%)	Não sabe n (%)	Concorda n (%)	Discorda n (%)	Não sabe n (%)
Diagnóstico									
Esquizofrenia/esquizoafetivo	65 (59,1)	45 (40,9)	-	58 (52,7)	51 (46,4)	1 (0,9)	58 (52,7)	52 (47,3)	
Transtornos do humor	28 (38,9)	44 (61,1)	-	30 (41,7)	39 (54,2)	3 (4,1)	30 (41,7)	39 (54,2)	3 (4,1)
Transtornos de personalidade	18 (48,7)	17 (45,9)	2 (5,4)	10 (27)	25 (67,6)	2 (5,4)	10 (27)	25 (67,6)	2 (5,4)
Transtornos ansiosos/outros	28 (40,6)	41 (59,4)	-	29 (42)	39 (56,5)	1 (1,5)	24 (34,8)	44 (63,8)	1 (1,4)
Não se aplica (s/ diagnóstico)	27 (30)	62 (68,9)	1 (1,1)	30 (33,3)	52 (57,8)	8 (8,9)	34 (37,8)	48 (53,3)	8 (8,9)
X ² (p value)		30.8994 (0,001)*			18.7694 (0,016)*			21.4493 (0,006)*	
Coefficiente V de Cramér (força associação)		0,2022 (fraca)			0,1576 (fraca)			0,1684 (fraca)	
Risco atual de suicídio									
Sem risco	81 (39,3)	122 (59,2)	3 (1,5)	81 (39,3)	111 (53,9)	14 (6,8)	88 (42,7)	105 (51)	13 (6,3)
Baixo	32 (49,2)	33 (50,8)		32 (49,2)	33 (50,8)		29 (44,6)	36 (55,4)	
Moderado	9 (45)	11 (55)		8 (40)	12 (60)		7 (35)	13 (65)	
Alto	44 (50,6)	43 (49,4)		36 (41,4)	50 (57,5)	1 (1,1)	32 (36,8)	54 (62,1)	1 (1,1)
X ² (p value)		6.1555 (0,406)			10.8806 (0,092)			11.1200 (0,085)	
Coefficiente V de Cramér (força associação)									
Escore total BPRS									
Síndrome ausente	128 (42,2)	172 (56,8)	3 (1)	119 (39,3)	170 (56,1)	14 (4,6)	124 (40,9)	166 (54,8)	13 (4,3)
Síndrome menor	37 (52,1)	34 (47,9)		36 (50,7)	34 (47,9)	1 (1,4)	30 (42,3)	40 (56,3)	1 (1,4)
Síndrome maior	1 (25)	3 (75)		2 (50)	2 (50)		2 (50)	2 (50)	
X ² (p value)		3.4516 (0,485)			4.2630 (0,372)			1.5827 (0,812)	
Coefficiente V de Cramér (força associação)									
Fumo de tabaco									
Fumante	83 (61,9)	50 (37,3)	1 (0,8)	68 (50,8)	65 (48,5)	1 (0,7)	63 (47)	70 (52,2)	1 (0,8)
Ex-fumante	24 (36,9)	41 (63,1)	-	26 (40)	34 (52,3)	5 (7,7)	25 (38,5)	36 (55,4)	4 (6,1)
Não fumante	59 (33)	118 (65,9)	2 (1,1)	63 (35,2)	107 (59,8)	9 (5)	68 (38)	102 (57)	9 (5)
X ² (p value)		28.4886 (< 0,001)*			12.6448 (0,013)*			7.0436 (0,134)	
Coefficiente V de Cramér (força associação)		0,1941 (fraca)			0,1293 (fraca)				
Total	166 (43,9)	209 (55,3)	3 (0,8)	157 (41,5)	206 (54,5)	15 (4)	156 (41,3)	208 (55)	14 (3,7)

*evidência de associação estatística (p< 0,05)

Conforme observado na Tabela 59, a maior frequência de participantes que reconheceram o uso do cigarro como “instrumento” do cuidado ocorreu entre aqueles com diagnóstico de esquizofrenia/transtorno esquizoafetivo e entre os fumantes. Não foi identificada diferença relevante nas opiniões dos ex-fumantes e dos não fumantes.

Entre quem concordou que o cigarro era utilizado para incentivar o paciente psiquiátrico a tomar os medicamentos e a participar das atividades terapêuticas, houve maior prevalência de pessoas com baixo risco de suicídio e com presença dos sintomas psiquiátricos avaliados pela BPRS (síndrome menor ou maior).

Maior prevalência de participantes que concordaram que o cigarro era utilizado para facilitar o diálogo entre os pacientes e os profissionais tinham alto risco de suicídio e eram classificados com síndrome menor na BPRS.

Ao comparar as crenças de acordo com o grau de dependência do tabaco, constatou-se que entre os fumantes não houve diferença expressiva na frequência dos que concordaram que a proibição do fumo possa contribuir para agravar os sintomas dos pacientes psiquiátricos.

Em relação à permissão do fumo como forma de os profissionais se sentirem seguros quanto a agressões, houve maior prevalência concordância entre aqueles com dependência muito elevada.

Os fumantes com dependência muito baixa/baixa foram os que mais afirmaram que o cigarro é utilizado nos serviços de saúde mental para incentivar os pacientes a tomar os medicamentos e a participar das atividades terapêuticas. Contrariamente, foram os que mais discordaram que o cigarro é utilizado para facilitar o diálogo entre os pacientes e os profissionais (Tabela 61).

Tabela 61 – Frequência absoluta e relativa (%) das crenças dos fumantes sobre o uso de tabaco, segundo grau de dependência – Marília/SP, 2014

Opiniões	Grau de dependência do tabaco			X ² (<i>p-value</i>)	Coeficiente V de Cramér (força associação)
	Muito baixo/baixo n (%)	Médio/ elevado n (%)	Muito elevado n (%)		
Proibir o fumo nos serviços de saúde mental pode agravar os sintomas dos pacientes psiquiátricos					
Concorda	31 (77,5)	51 (81)	26 (83,9)	0.4629	
Discorda	9 (22,5)	12 (19)	5 (16,1)	(0,793)	
Permitir que o paciente psiquiátrico fume, é uma forma de os profissionais se sentirem seguros quanto a agressões					
Concorda	31 (77,5)	40 (63,5)	26 (83,9)	5.0624	
Discorda	9 (22,5)	23 (36,5)	5 (16,1)	(0,080)	
O cigarro é usado nos serviços de saúde mental para facilitar o diálogo entre os pacientes e os profissionais					
Concorda	20 (50)	43 (68,3)	20 (64,5)	5.3729	
Discorda	19 (47,5)	20 (31,7)	11 (35,5)	(0,251)	
Não sabe	1 (2,5)	-	-		
O cigarro é usado nos serviços de saúde mental para incentivar o paciente psiquiátrico a tomar os medicamentos					
Concorda	26 (65)	25 (39,7)	17 (54,8)	9.5694	0,1890
Discorda	13 (32,5)	38 (60,3)	14 (45,2)	(0,048)*	(fraca)
Não sabe	1 (2,5)				
O cigarro é usado nos serviços de saúde mental para incentivar o paciente psiquiátrico a participar das atividades terapêuticas (grupos, oficinas, etc.)					
Concorda	21 (52,5)	29 (46)	13 (41,9)	3.4278	
Discorda	18 (45)	34 (54)	18 (58,1)	(0,489)	
Não sabe	1 (2,5)				
Total	40 (100)	63 (100)	31 (100)		

*evidência de associação estatística (p<0,05)

6 DISCUSSÃO

No presente estudo, confirmou-se a hipótese de maior prevalência de fumantes entre a população psiquiátrica dos níveis secundário e terciário de atenção do que entre a população geral da rede básica de saúde.

Este estudo, portanto, traz uma contribuição valiosa para a política nacional de controle do tabagismo, pois além de ter confirmado a prevalência atual de fumantes na população geral brasileira que busca atendimento na rede básica de saúde, a partir da aplicação de um questionário padronizado pela OMS, revelou o dobro da prevalência de fumantes entre a população psiquiátrica.

A prevalência de fumantes, na população geral da rede básica de saúde, foi semelhante à encontrada tanto na população nacional como na mundial (21%). As prevalências, identificadas nas pesquisas brasileiras, foram de 17,2%, em 2008, na população a partir de 15 anos, e de 14,7%, em 2013, na população com 18 anos ou mais (BRASIL, 2011b, 2014f; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2015a).

Estudiosos compararam as duas pesquisas nacionais supracitadas. Como a idade mínima para participação foi divergente, foram consideradas somente pessoas a partir de 18 anos. No intervalo entre as duas pesquisas, a prevalência de fumantes foi reduzida em 19%. Observou-se redução em ambos os sexos, em todos os grupos etários e níveis de escolaridade, tanto na área urbana como na rural e nas cinco regiões do país (MALTA et al., 2015).

Não obstante a prevalência de fumantes, na população geral da rede básica de saúde, esteja em consonância com as da população brasileira, a prevalência de ex-fumantes, entre os entrevistados da UBS, foi superior à nacional que foi de 17,5% e de 18,2%. Essa diferença se justifica pelo considerável número de idosos na UBS, uma vez que se reconhece a maior frequência de ex-fumantes conforme o aumento da idade (BARROS et al., 2014; BRASIL, 2011b, 2014f).

Pesquisa com 1842 indivíduos, a partir dos 14 anos, de três Unidades Básicas de Saúde (UBS) de um município do Rio Grande do Sul, revelou prevalência de fumantes diários de 23,4% (LOPEZ et al., 2012).

Embora o perfil dos pacientes da pesquisa anterior se assemelhe ao dos participantes da UBS deste estudo (em relação ao sexo, à escolaridade, à viver com companheiro e à

trabalhar), a prevalência de fumantes no município sulista foi superior, o que é compreensível dado que inquéritos nacionais revelaram que há mais fumantes nessa região (BRASIL, 2011b, 2014f, 2015).

A última estimativa oficial da prevalência de fumantes, entre os brasileiros, foi realizada em 2014, por meio de inquérito telefônico (VIGITEL – Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico), com 40.853 pessoas ≥ 18 anos das 26 capitais e do Distrito Federal. O inquérito estimou a existência de 10,8% fumantes, prevalência inferior à da população geral da rede básica de saúde deste estudo (BRASIL, 2015).

As diferentes prevalências de fumantes, entre a população geral brasileira, podem ser resultado do crescente empenho no cumprimento das políticas de controle do uso de tabaco (as pesquisas mencionadas foram realizadas em períodos distintos), bem como dos diferentes procedimentos metodológicos empregados.

Como exemplo da interferência dos métodos, na publicação do VIGITEL é esclarecido que os dados não podem ser inferidos para todo o país, uma vez que participou somente quem tinha telefone fixo em sua residência. Como a aquisição de linha telefônica fixa não ocorre igualmente em todos os segmentos sociais, é possível que a baixa prevalência de fumantes retrate o que ocorre na população com melhor poder aquisitivo (BRASIL, 2015).

Diante do exposto, entende-se a importante diferença na prevalência de fumantes na população geral da rede básica de saúde deste estudo e na prevalência estimada pelo VIGITEL, visto que a maioria dos participantes da UBS havia estudado até o ensino fundamental e uma parte expressiva dependia de benefícios do governo para sobreviver, o que sugere menor poder aquisitivo.

Atualmente, o Brasil se destaca como um dos países com menor prevalência de fumantes. Dentre os 26 países nos quais a pesquisa “GATS” da OMS foi realizada para monitorar o tabagismo, o Brasil foi o sétimo com menor prevalência (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2016).

É indiscutível a importância do empenho do Brasil no controle do tabagismo. Todavia, é preciso ter consciência de que essas ações não estão modificando somente a frequência de fumantes, mas também a sua distribuição. Diante disso, é necessário não apenas questionar quantos fumantes há, mas quem são os fumantes atuais.

Nessa vertente, alguns estudos têm mostrado que enquanto a prevalência de fumantes na população geral vem diminuindo, ao longo dos anos, entre os portadores de transtornos mentais parece estar estagnada, sugerindo que esse grupo não responde do mesmo modo às ações de controle do uso de tabaco (COOK et al., 2014; LAWRENCE; WILLIAMS, 2016; SZATKOWSKI; MCNEILL, 2015).

Destaca-se que a prevalência entre a população psiquiátrica dos níveis secundário e terciário, deste estudo, superou, inclusive, a prevalência de fumantes na população geral brasileira registrada em 1989 (34,8%), quando as ações de controle do tabagismo estavam sendo iniciadas (BRASIL, 2011c).

Além da prevalência de fumantes, o grau de dependência do tabaco também foi mais intenso na população psiquiátrica. Embora tenha avaliado a dependência a partir de um instrumento diferente, um dos inquéritos nacionais havia indicado que 81% dos fumantes, da população geral brasileira, tinham baixa dependência do tabaco (BRASIL, 2011c).

A superior prevalência de fumantes e dependência do tabaco na população psiquiátrica é consistente com os achados nacionais e internacionais (BARROS et al., 2014; CENTER OF DISEASE CONTROL AND PREVENTION, 2013; CHAVES; SHIRAKAWA, 2008; COOK et al., 2014; DE LEON; DIAZ, 2005; HARTZ et al., 2014; LAWRENCE; WILLIAMS, 2016; OLIVEIRA et al., 2014b).

Na população mundial, as pessoas com transtornos mentais são duas vezes mais propensas a fumar tabaco do que as demais. Além disso, parece haver efeito dose-resposta, pois quanto maior o número de transtornos mentais diagnosticados, maior a prevalência de fumantes nesses grupos (ERIKSEN et al., 2015).

Um estudo de coorte americano (n= 43.093) revelou que cada diagnóstico psiquiátrico, além do diagnóstico psiquiátrico principal, aumenta em 67% a probabilidade de o indivíduo ser classificado como fumante pesado (≥ 24 cigarros/dia) (SMITH; MAZURE, MCKEE, 2014). No entanto, esse efeito não pôde ser avaliado no presente estudo, pois se obteve apenas o diagnóstico principal.

O primeiro estudo multicêntrico, nacional, sobre o tema, que se tem conhecimento até o momento, identificou que a maioria dos portadores de transtornos mentais (52,7%) era fumante. O estudo foi realizado em 11 hospitais psiquiátricos (HP) e 15 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) das cinco regiões do Brasil, com a participação de 2461 portadores de transtornos mentais.

Embora os autores não tenham apresentado, separadamente, a prevalência de fumantes nas duas categorias de serviços de saúde mental, foi possível calculá-las a partir dos dados apresentados. Assim, constatou-se que a prevalência de fumantes nos HPs foi superior à dos CAPSs (68,6% *versus* 43,7%) (BARROS et al., 2014).

Complementa-se que a prevalência de fumantes nos 15 CAPSs do estudo multicêntrico foi próxima à encontrada entre os esquizofrênicos de um CAPS de Porto Alegre (40%) (ZORTÉA et al., 2010).

Diante dessas informações, supõe-se que as diferentes prevalências de fumantes, de acordo com a região do Brasil, ocorrem somente com a população geral. Aspectos próprios dos transtornos mentais seriam mais relevantes para a alta prevalência de fumantes do que as particularidades culturais, a tradição na plantação de tabaco e as ações implementadas de controle do tabagismo em cada região. Essas hipóteses poderão ser testadas em futuros estudos.

A diferente prevalência de fumantes nos serviços do estudo multicêntrico é coerente com os resultados do presente estudo que revelaram diferença na prevalência de fumantes no ASM e no HP. Isso retrata a diversidade que existe na população de pacientes psiquiátricos e nos diferentes serviços de saúde mental (intra e extra-hospitalares).

Ao olhar por essa perspectiva, embora a prevalência no ASM tenha sido superior à verificada na UBS, ela não foi tão expressiva quanto à verificada no HP, onde a maioria era fumante. Ademais, no HP foi constatado percentual mais significativo de fumantes com dependência do tabaco muito elevada, embora eles tivessem menor tempo de tabagismo.

A prevalência de fumantes no HP foi semelhante à identificada pelo censo realizado em 2008, em 56 hospitais psiquiátricos do estado de São Paulo, com 6349 moradores (pessoas internadas há mais de um ano) (BARROS; BICHAFF, 2008).

Pesquisa brasileira com 270 portadores de transtornos mentais, internados em enfermaria psiquiátrica de hospital geral (EPHG), do mesmo complexo assistencial do ASM, verificou que mais de um terço (35,6%) era fumante (OLIVEIRA et al., 2014b).

Uma segunda pesquisa realizada em EPHG do interior paulista revelou que os fumantes correspondiam a 24% dos pacientes internados (SCHERER; SCHERER, 2014).

Além da diferente prevalência de fumantes e do grau de dependência do tabaco entre a população psiquiátrica dos níveis secundário e terciário de atenção e a população geral da

rede básica de saúde, constatou-se divergências na história pregressa e no perfil atual do uso de tabaco nas duas populações.

No ASM e na UBS, a frequência de fumantes diários e a quantidade média de cigarros, consumidos por dia, convergiram com o identificado entre a população brasileira (fumantes diários= 90%; cigarros/dia: homens= 15, mulheres= 12). No entanto, o número médio de cigarros fumados pelos pacientes do ASM foi levemente superior, o que se mostra coerente com a dependência do tabaco mais intensa (BRASIL, 2011c; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2015b).

Conforme esperado, os fumantes do HP se comportaram de modo diferente, uma vez que entre eles não houve fumantes ocasionais e o consumo médio de cigarros por dia ultrapassava um maço.

A quantidade diária de cigarros, consumida pelos fumantes tanto da população psiquiátrica dos níveis secundário e terciário como da população geral da rede básica de saúde, superou a quantidade média de 15,6 cigarros identificada entre pacientes de HPs e CAPSs distribuídos pelo país. Possivelmente, isso se deve às restrições do fumo em alguns desses serviços, embora os autores não tenham esclarecido esse aspecto (BARROS et al., 2014).

A prevalência de fumantes que consumiam outros produtos de tabaco (cigarros de palha ou enrolados à mão, charuto, cigarros de cravo ou de bali, bidis, narguilé) foi superior à encontrada na população brasileira (0,8%) (BRASIL, 2011c).

Essa diferença se deve ao uso de múltiplos produtos de tabaco pelos fumantes do HP. Ademais, entre eles, a maioria fumava cigarros enrolados à mão (popularmente conhecido como “fumo de corda”), o que faz parte da cultura dos hospitais psiquiátricos brasileiros.

No presente estudo, não se identificou usuários de tabaco sem fumaça, o que é compreensível considerando que a prevalência de seu uso é ínfima na população brasileira (0,4%) (BRASIL, 2011b).

Diferente do encontrado a nível nacional, a parte mais expressiva dos fumantes e dos ex-fumantes, tanto da população psiquiátrica dos níveis secundário e terciário de atenção como da população geral da rede básica de saúde, havia começado a usar tabaco antes dos 15 anos. Foi no ASM e no HP, contudo, onde mais pessoas começaram a fumar precocemente.

O início precoce do tabagismo é preocupante na medida em que está relacionado ao desenvolvimento de dependência do tabaco mais intensa (BAKER; BRANDON; CHASSIN,

2004; KENDLER et al., 2013). Isso explicaria, ao menos parcialmente, o maior grau de dependência entre os fumantes do ASM e do HP.

Outra diferença identificada entre as duas populações diz respeito ao gasto médio mensal com tabaco.

Ao comparar os três serviços de saúde, percebeu-se que os fumantes do ASM e do HP gastavam, em média, respectivamente, R\$ 16,70 e R\$ 40,60 a mais do que os da UBS. Essa informação está de acordo com o consumo de maior quantidade de cigarros/dia entre os fumantes do HP, seguidos pelos do ASM.

É interessante notar que o valor médio mensal que os fumantes do ASM gastavam com tabaco foi análogo ao valor gasto pelos 96 fumantes internados, entre 2010 e 2012, na enfermaria psiquiátrica do mesmo complexo assistencial do ambulatório deste estudo (OLIVEIRA et al., 2014b).

O gasto médio mensal, dos fumantes da UBS, entretanto, foi superior ao identificado, em 2008, na população geral brasileira (R\$ 55,50) (BRASIL, 2011b).

Essa diferença era esperada considerando que o aumento do preço dos produtos de tabaco é uma das ações previstas para o controle do tabagismo. Além do aumento dos impostos, foi estabelecido, no Brasil, valor mínimo para a comercialização dos maços de cigarros. Em 2012, quando essa medida entrou em rigor, o valor mínimo era R\$ 3,00. Em 2014, passou para R\$ 4,00 (BRASIL, 2011a, 2011b, 2016).

Um dado mais significativo para avaliar esse aspecto é o comprometimento da renda mensal com a compra de tabaco. Preocupa o fato que cerca de três quartos dos fumantes comprometiam 4% ou mais de sua renda com tabaco, percentual considerado prejudicial pelo Banco Mundial (WORLD BANK, 2003).

O comprometimento médio mensal da renda com a compra de tabaco é elevado entre os entrevistados da UBS, porém semelhante ao encontrado na população brasileira (BRASIL, 2011b; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2015b). Esse dado é consistente com a informação de que no Brasil, aproximadamente, três quartos dos fumantes deixam de comprar itens essenciais para a sobrevivência para comprar cigarros (ERIKSEN et al., 2015).

Entre os entrevistados do ASM e do HP, o comprometimento médio mensal da renda com a compra de tabaco foi, aproximadamente, o dobro dos fumantes da população geral da rede básica de saúde.

Nessa perspectiva, pesquisa australiana com 402 psicóticos mostrou que os fumantes passam por mais privações de necessidades básicas, como alimentação, do que os não fumantes. Esse resultado é justificado a partir dos gastos que essas pessoas têm com tabaco (HAHN; RIGBY; GALLETTY, 2014).

Há evidências de que o diferente percentual de fumantes e perfil atual do uso de tabaco, entre a população psiquiátrica e a população geral, bem como entre os distintos serviços de saúde mental, seja influenciado, entre outros fatores, pelas características dos pacientes atendidos nesses estabelecimentos. Nesse sentido, retoma-se a máxima de que tão importante quanto saber o número de fumantes, é conhecer quem eles são.

O perfil pessoal e sociodemográfico dos fumantes, do presente estudo, foi assim definido: homens; jovens; analfabetos ou com ensino fundamental; solteiros; sem religião; sem ocupação e recebedores de mais de um benefício do governo.

Os fumantes com dependência muito elevada também foram representados por pessoas com essas características, com exceção da maior escolaridade.

Os não fumantes, contrariamente, foram representados expressivamente pelas mulheres, pessoas com ensino médio ou superior, casados, espíritas/outras religiões, seguidos pelos evangélicos, trabalhadores, recebedores de somente um benefício do governo ou de nenhum.

É interessante notar que o perfil dos fumantes e daqueles com dependência muito elevada foi coerente com as principais características dos entrevistados do HP. Com isso, é possível compreender que, na análise multivariada, a associação entre fumo atual e HP não foi mantida, pois os fatores que estavam interferindo, na análise bivariada, foram controlados.

O perfil pessoal e sociodemográfico dos fumantes foi coerente com as pesquisas nacionais e internacionais, conduzidas tanto com a população geral quanto com a psiquiátrica. As pesquisas confirmam maior prevalência entre os homens, os solteiros ou separados/divorciados, as pessoas com menor escolaridade e renda, sem ocupação, ausência de prática religiosa e recebedores de benefícios do governo (BARROS et al., 2014; BRASIL, 2014f, 2011b, 2015; BORGES et al., 2016; HAHN; RIGBY; GALLETTY, 2014; OLIVEIRA; SANTOS; FUREGATO, 2014; OPALEYE et al., 2012; PROCHASKA et al., 2016; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2015b).

A maior escolaridade entre os fumantes com dependência do tabaco muito elevada está em consonância com os resultados de outras pesquisas. Acredita-se que isso ocorra

devido a melhores condições econômicas para a manutenção da dependência (BRASIL, 2011b).

A superior prevalência de fumantes entre os homens é reflexo das ideias disseminadas pelas indústrias de tabaco. Incentivava-se o fumo, entre eles, associando-o à imagem de masculinidade/virilidade. Embora, anos mais tarde, as indústrias passaram a incluir as mulheres em seu público alvo, o fumo entre elas ocorreu em menor escala, uma vez que encontrou resistência da sociedade (BRANDT, 2009; ERIKSEN et al., 2015).

Além da influência das indústrias e da aceitação pela sociedade, o maior grau de dependência do tabaco entre os homens se sustenta pelo conhecimento de que os hormônios femininos protegem as mulheres do desenvolvimento de dependência mais intensa.

Esse conhecimento é importante, pois indica que as estratégias para tratar a dependência do tabaco podem ser diferentes entre os homens e as mulheres. Diante disso, os homens responderiam melhor aos tratamentos medicamentosos focados na dependência e as mulheres naqueles direcionados ao comportamento de fumar (ALLEN; ONCKEN; HATSUKAMI, 2014; VOGEL et al., 2014)

Ainda que seja amplamente reconhecido o predomínio de fumantes entre os homens, esse monitoramento precisa ser permanente, pois há indícios de que essa realidade possa ser revertida.

Atualmente, dois países (Suécia e Nauru) têm prevalência superior de fumantes entre as mulheres (≥ 15 anos). Entretanto, ao comparar os grupos mais jovens (< 15 anos), o sexo feminino predomina entre os fumantes de 24 países, sugerindo uma transição epidemiológica (ERIKSEN et al., 2015). Coerentemente, algumas cidades brasileiras apresentaram maior prevalência de fumantes entre as meninas (13 a 15 anos) do que entre os meninos (BRASIL, 2011b).

O predomínio de fumantes entre os jovens (15 a 29 anos) divergiu dos inquéritos nacionais que mostram menor prevalência de fumantes entre os brasileiros com 15 a 24 anos se comparados aos demais grupos etários. Como essas pesquisas categorizaram as idades diferentemente, em síntese, cada uma indicou maior prevalência de fumantes nos seguintes grupos etários: 40 a 59 anos, 45 a 54 anos e 45 a 64 anos (BRASIL, 2011b, 2014f, 2015).

Ressalta-se que a maior prevalência entre os jovens, se comparados aos idosos, se manteve mesmo após ajustar para local, sexo, estado civil, escolaridade, religião, diagnóstico

psiquiátrico principal, comorbidades somáticas, risco atual de suicídio, escore total BPRS, uso de álcool ou de substâncias ilícitas.

Semelhante a este estudo, uma série de estudos transversais, realizados anualmente entre 1997 e 2014, com o total de 29.969 americanos (cada pessoa foi entrevistada uma única vez), identificou que as pessoas avaliadas, nos 30 dias que antecederam a entrevista, com alto nível de mal estar psicológico (o que se correlaciona fortemente com diagnóstico de depressão e de ansiedade) apresentaram prevalência superior de fumantes no grupo etário mais jovem (18 a 29 anos) (LAWRENCE; WILLIAMS, 2016).

Coerentemente, o estudo de coorte com amostra inicial de 43.093 americanos revelou que na população sem diagnóstico psiquiátrico, a maior prevalência de fumantes ocorreu entre o grupo etário com 30 a 44 anos, ao passo que entre aqueles com diagnóstico psiquiátrico, a maior prevalência de fumantes ocorreu entre os jovens (18 a 29 anos) (SMITH; MAZURE; MCKEE, 2014).

Esses dados são preocupantes, pois sugerem que as ações de prevenção ao início do tabagismo estão falhando na população psiquiátrica. Como o público de fumantes, entre os portadores de transtornos mentais, está se “renovando” (novas pessoas começando a fumar), é provável que a superior prevalência de usuários de tabaco, entre eles, prevaleça por muitos anos.

Segundo Lawrence e Williams (2016), se não forem pensadas estratégias de controle do uso de tabaco direcionadas para os portadores de transtornos mentais, nos próximos anos, o percentual de fumantes se tornará ainda mais discrepantes em relação à população geral.

Smith, Mazure e McKee (2014) destacaram que os jovens com transtornos mentais, além de ser o grupo com mais fumantes, são os que menos procuram tratamento psiquiátrico. Portanto, para que as intervenções contra o tabagismo possam alcançar esse público, é preciso pensar em estratégias que sejam efetivas com aqueles que ainda não foram incluídos na rede de serviços de saúde mental.

A título de exemplificação, Lawrence e Williams (2016) estimam que se a tendência observada atualmente na redução da prevalência de fumantes fosse mantida inalterada, seriam necessários 53 anos para que o tabagismo fosse totalmente eliminado entre os homens sem alterações psiquiátricas e 570 anos entre aqueles com alto nível de mal estar psicológico.

Em relação à escolaridade, é conhecida a relação inversa entre anos de estudo e prevalência de fumantes, sendo considerada fator de proteção para o tabagismo (BRASIL,

2011b, 2014f, 2015; BANGLADESH, 2009; CENTER OF DISEASE CONTROL AND PREVENTION, 2015; INDIA, 2010).

Entende-se que o menor número de fumantes entre as pessoas mais instruídas não se deve somente ao conhecimento adquirido. Nesse caso, a escolaridade é vista também como indicador das condições socioeconômicas, assim como reconhecido pelo IBGE (BRASIL, 2013).

Segundo Malta et al. (2015), embora entre 2008 e 2013 a redução da prevalência de fumantes tenha sido maior entre aqueles com menos anos de escolaridade, a frequência de fumantes, entre as pessoas com ensino superior, correspondeu a menos da metade da encontrada entre quem não estudou ou cursou o primário sem concluí-lo.

Apesar disso, foi observada maior prevalência de ex-fumantes entre as pessoas com menor escolaridade, tendo diminuído conforme o aumento dos anos de estudo. Essa relação foi confirmada em outros estudos, realizados tanto com a população geral como com a psiquiátrica (BARROS et al., 2014; BRASIL, 2011b). Possivelmente, isso ocorra em resposta à dificuldade financeira que os menos escolarizados têm na manutenção do uso de tabaco.

Este estudo parece estar em consonância com a literatura científica no que diz respeito à maior predisposição das pessoas em situação de vulnerabilidade socioeconômica ao uso de tabaco. Todavia, Eriksen et al. (2015) alertam para um ciclo vicioso, no qual as desvantagens pessoais e sociais tornam as pessoas mais vulneráveis ao tabagismo e o aumento da prevalência de fumantes contribui para o agravamento dessas desvantagens (dificuldades financeiras, diminuição da saúde e do bem estar).

Um estudo americano longitudinal com 131 fumantes e 120 não fumantes, em busca de emprego, ajuda compreender essa situação. Quase metade dos fumantes (45,8%) relatou ter sido discriminado, em empregos anteriores, por fumar tabaco e 8,4% admitiram terem sido demitidos por esse motivo. Embora 29% reconhecessem que ser fumante dificulta a conquista de um novo emprego, a compra de tabaco foi listada como a maior prioridade financeira, tendo superado inclusive os gastos com alimentação.

Após serem acompanhados por 12 meses, constatou-se que os não fumantes tiveram mais sucesso (55,6%) em se recolocar no mercado de trabalho do que os fumantes (26,6%). Estimou-se que se os 131 fumantes parassem de fumar, o percentual de reemprego aumentaria em 30%, independente de tempo de desemprego, idade, escolaridade, raça/etnia e condições de saúde (PROCHASKA et al., 2016).

A vulnerabilidade socioeconômica ajuda a compreender, em parte, a menor prevalência de fumantes no ASM se comparado ao HP. Por ser o tratamento psiquiátrico demasiadamente caro (como exemplo, cada consulta psiquiátrica é cobrada, sem a existência de consultas de retorno como nas demais especialidades), é comum encontrar nos serviços de saúde mental, especialmente nos de atenção primária e secundária, pessoas com melhores condições econômicas. Um indicador das melhores condições dessa população é o fato de que a maioria dos participantes do ASM havia concluído o ensino médio ou o superior.

Ao ciclo vicioso apresentado por Eriksen et al. (2015), pode-se acrescentar as consequências do aumento do preço dos cigarros, o que predispõe a população psiquiátrica, devido ao elevado comprometimento de sua renda com tabaco, a maior vulnerabilidade social.

No Brasil, o preço do cigarro aumentou 146% entre 2008 e 2014, o que foi acompanhado pelo aumento da frequência de fumantes que consumiam cigarros contrabandeados (16,6% para 31,1%) (IGLESIAS et al., 2016).

A procura por esses produtos trouxe uma inesperada consequência, a intensificação dos prejuízos à saúde. Uma pesquisa australiana com 1621 fumantes identificou que o uso de cigarros ilegais estava associado à menor saúde física e mental se comparado aos cigarros autênticos. Os autores, entretanto, foram cautelosos ao afirmar que o desenho do estudo não permitia supor relação causal (AITKEN et al., 2009).

Embora outros fatores (variáveis de confusão) possam ter interferido na associação entre uso de cigarros ilegais e maior prejuízo à saúde física e mental, evidenciada por Aitken et al. (2009), alguns estudos confirmam a hipótese de que os cigarros falsificados são mais nocivos à saúde do que os comercializados legalmente.

Ao comparar 23 cigarros falsificados de sete marcas distintas, confiscados pelas autoridades dos Estados Unidos, com nove cigarros genuínos, fabricados com o respaldo legal, constatou-se que os cigarros falsificados continham quantidade de chumbo e de cádmio (metais carcinogênicos), em média, nove e cinco vezes maior, respectivamente, do que os cigarros originais (HE et al., 2015).

Nessa mesma linha, ao comparar cigarros das 18 marcas mais falsificadas no Brasil verificou-se que todas apresentaram níveis elevados de metais carcinogênicos. As concentrações de cromo, cádmio, níquel e chumbo foram até 11 vezes maior ao referido na literatura sobre o assunto (SILVA; VOIGT; CAMPOS, 2014).

O aumento do consumo de cigarros contrabandeados e o agravamento das consequências físicas foram discutidos minuciosamente, pois, embora não haja relatos na literatura científica, é possível que essa situação possa estar refletindo, ou refletirá, em um futuro próximo, entre os portadores de transtornos mentais.

Como a população psiquiátrica é a que consome maior quantidade de cigarros e a que mais compromete sua renda mensal com a compra de tabaco, a busca por cigarros contrabandeados, por esse grupo, deve ser objeto de estudo em pesquisas futuras. Se, atualmente, estima-se que cerca de 50% das mortes entre os portadores de transtornos mentais graves são causadas pelos agravos do tabaco à saúde (CALLAGHAN et al., 2014), esse índice poderá se tornar ainda maior com a migração dessa população para o uso desses produtos.

O aumento do preço dos cigarros, portanto, poderá contribuir, indiretamente, para maior prejuízo à saúde da população psiquiátrica. Com isso, fortalecerá a vulnerabilidade socioeconômica, pois aqueles que têm condições de continuar trabalhando serão limitados por prejuízos físicos.

Além das vulnerabilidades pessoais e socioeconômicas, a religião parece ter papel importante no tabagismo. Despertou atenção o fato de que aproximadamente três quartos dos entrevistados que declararam não ter religião eram fumantes. Entre quem declarou alguma religião, a maior frequência foi de não fumantes.

Uma pesquisa com 4496 americanos, com 20 a 74 anos, identificou o envolvimento religioso como fator de proteção para o tabagismo, visto que o grupo classificado com alto envolvimento apresentou menos fumantes do que aqueles com baixo envolvimento, mesmo com ajuste para idade, sexo, raça, educação e renda (BAILEY et al., 2015).

Nessa mesma linha, um estudo canadense com 93 adultos, entre 18 e 25 anos, sugeriu que a proteção que o envolvimento religioso exerce sobre os fumantes se deve à maior resiliência (capacidade de enfrentar as adversidades) comumente apresentada pelos religiosos. O estudo constatou que o envolvimento religioso está associado tanto com maior resiliência quanto com menor prevalência de fumantes e dependência do tabaco (GOLDSTEIN; FAULKNER; WEKERLE, 2013).

Apesar da relevância dos seus dados, Bailey et al. (2015) foram prudentes ao explicar que há fatores que podem interferir na menor prevalência de fumantes entre as pessoas com maior envolvimento religioso. Um deles é o pertencimento a famílias mais tradicionais que

conservam valores que podem tanto influenciar a pessoa a seguir alguma religião quanto a não se envolver em práticas ou comportamentos nocivos.

Esses dados vêm ao encontro dos resultados do presente estudo, especialmente quando o uso de tabaco é comparado segundo a prática religiosa, variável mais sensível para avaliar o envolvimento religioso. Nesse sentido, enquanto a maioria das pessoas que declararam praticar sua religião era não fumante, os fumantes foram maioria entre quem negou praticá-la.

Embora os ex-fumantes tenham se comportado de modo semelhante aos não fumantes no que diz respeito à religião (maior prevalência entre os que indicaram alguma religião e seguir a religião declarada), isso divergiu dos resultados do estudo americano que constatou relação inversa entre envolvimento religioso e prevalência de ex-fumantes (BAILEY et al., 2015). Contudo, o estudo de Barros et al. (2014) constatou mais ex-fumantes entre aqueles que praticavam sua religião.

Vale destacar que os evangélicos, do presente estudo, foram os que apresentaram menor prevalência de fumantes e maior de ex-fumantes. Na análise multivariada, os católicos e os indivíduos sem religião apresentaram maior prevalência de fumantes se comparados aos protestantes.

O fumo foi mais fortemente associado à ausência de religião do que ao catolicismo. Admite-se que, no Brasil, declarar-se católico não expressa, necessariamente, o grau de envolvimento religioso, pois muitos afirmam pertencer a essa religião sem praticá-la. Entre os evangélicos, contudo, costuma ser elevado o envolvimento nas atividades religiosas (OPALEYE et al., 2012).

Corroborando esses resultados, pesquisa com 7921 pessoas de 108 cidades brasileiras, com mais de 200.000 habitantes, evidenciou que a chance de encontrar fumantes entre os evangélicos é 60% menor se comparados aos católicos (OPALEYE et al., 2012). No Canadá, constatou-se número ínfimo de fumantes (1%) ao investigar 509 protestantes, prevalência inferior à encontrada na população geral canadense (17%) (GOVERNMENT OF CANADA, 2012; MCKENZIE et al., 2015).

Opaleye et al. (2012) defendem que é possível que a inferior prevalência de fumantes entre os evangélicos seja resultado da menor adesão a essa religião e não do abandono do tabagismo. Essa suposição diverge dos resultados deste estudo, uma vez que a maior prevalência de ex-fumantes ocorreu entre os evangélicos.

Contudo, por este ser um estudo transversal, não é possível saber se os evangélicos aderiram a essa religião após terem se tornado ex-fumantes ou se abandonaram o tabagismo depois de terem se tornado adeptos dessa religião.

Embora o perfil pessoal e sociodemográfico dos fumantes, com exceção do grupo etário, tenha sido coerente com o encontrado em pesquisas realizadas tanto com a população psiquiátrica como com a população geral, no presente estudo, ao descrever o perfil dos fumantes, não se distinguiu quem pertencia a cada população.

Segundo a literatura científica, uma análise estratificada (comparação do perfil dos fumantes, de cada população, separadamente), poderia ter revelado que fatores considerados protetivos ao uso de tabaco na população geral não desempenham o mesmo papel na psiquiátrica (HARTZ et al, 2014; NATIONAL INSTITUTE OF HEALTH, 2014).

É possível que esse tenha sido o motivo pelo qual a tão conhecida associação do fumo de tabaco com sexo, escolaridade e estado civil tenha sido classificada como fraca na análise bivariada e tenha deixado de existir no modelo múltiplo, quando o efeito dos locais do estudo e das demais variáveis psiquiátricas foi controlado.

Uma suposição é que as características pessoais e sociodemográficas possam atuar como fator de proteção ou de risco, para o uso do tabaco, somente no início dos transtornos mentais, período em que a pessoa passa a ser considerada parte da população psiquiátrica. Quiçá, com a cronificação do transtorno mental e o convívio com a cultura do fumo nas instituições psiquiátricas, os fatores protetores ou de risco, relacionados ao perfil pessoal e sociodemográfico, passem a ser menos relevantes.

Se, por um lado, parece haver uma parcela de dúvidas sobre o fator protetor do perfil pessoal e sociodemográfico para o uso de tabaco na população psiquiátrica, por outro, parece estar bem estabelecido o perfil clínico associado ao fumo de tabaco.

Nessa vertente, identificou-se maior prevalência de fumantes entre as pessoas com características próprias dos pacientes psiquiátricos mais graves: diagnóstico de esquizofrenia/transtorno esquizoafetivo; mais tempo de diagnóstico; uso de três ou mais psicofármacos; uso de antipsicóticos de 1ª geração; quatro ou mais internações psiquiátricas; quatro ou mais tentativas de suicídio; sintomas psiquiátricos intensos; ansiedade-traço altíssima; uso atual de álcool e de substâncias ilícitas.

É interessante notar que o perfil clínico dos fumantes coincidiu com as características predominantes entre os participantes do HP. Isso não surpreende à medida que está clara a maior prevalência de fumantes nesse local.

Nesse mesmo raciocínio, a menor prevalência de fumantes no ASM, se comparado ao HP, é coerente com o perfil clínico dos pacientes atendidos nesse serviço, o qual está de acordo com as características que predominam entre os não fumantes: transtornos ansiosos/outros; menor tempo de diagnóstico (pacientes menos crônicos); uso de menor quantidade de psicofármacos; ausência de uso de antipsicóticos ou somente os de 2ª geração; menor ocorrência de internações psiquiátricas e de tentativas de suicídio.

A prevalência no ASM, de certo modo, reproduziu o que havia ocorrido na UPHG do mesmo complexo assistencial entre 2010 e 2012. Na ocasião, a identificação de cerca de um terço de fumantes foi justificada pelo fato de que essa é uma unidade destinada à internação, principalmente, de pacientes em primeiro surto (OLIVEIRA et al., 2014b).

Perante os argumentos apresentados, entende-se a prevalência de fumantes no ASM ao pensar nesse serviço como um local de transição, onde são encontradas tanto pessoas que estão passando pela sua primeira consulta psiquiátrica quanto aquelas que recebem tratamento há décadas, algumas, inclusive, egressas de internações no HP.

Isso reforça que o que definiu as diferentes prevalências de fumantes entre os locais investigados não foi o serviço, em si, mas o perfil dos pacientes atendidos. Assim, se as características do público atendido no ASM fossem modificadas para pacientes mais graves e crônicos, maior prevalência de fumantes seria observada nesse serviço.

Foi evidente o contraste da prevalência de fumantes não apenas entre os locais investigados, mas também de acordo com os diagnósticos, tendo a esquizofrenia/transtorno esquizoafetivo e os transtornos de personalidade sido os transtornos com percentual mais expressivo de fumantes.

Esse resultado está em consonância com a coorte americana (n= 43.093), na qual foi identificada maior prevalência de fumantes entre as pessoas com diagnóstico de transtorno de personalidade antissocial e transtorno ou episódio psicótico (SMITH; MAZURE, MCKEE, 2014).

A maior prevalência de fumantes entre os esquizofrênicos, se comparados às pessoas diagnosticadas com os demais transtornos mentais, é amplamente reconhecida na literatura científica (DE LEON; DIAZ, 2005, 2012; DICKERSON et al., 2013; HARTZ et al., 2014;

MCCLAVE et al., 2010; PARIKH; KUTLU; GOULD, 2016; OLIVEIRA; FUREGATO, 2012).

De Leon e Diaz (2012) alertam que o vasto número de pesquisas publicadas sobre o tema não é sinônimo de consolidação do conhecimento. Segundo os autores, diversos artigos foram publicados ferindo os princípios básicos da epidemiologia, tendo afirmado existir causalidade a partir de desenhos metodológicos que seriam capazes de identificar apenas associações. Além disso, o controle de possíveis variáveis de confusão era escasso, o que contribuiu para o entendimento equivocado de algumas associações.

Com efeito, a análise bivariada levaria a concluir que os transtornos mentais graves (esquizofrenia/transtorno esquizoafetivo, transtornos do humor e da personalidade) são associados ao fumo atual, o contrário do que ocorreria com os transtornos ansiosos/outras. No entanto, surpreendeu que após ajustar para as demais variáveis, os transtornos ansiosos/outras se mostraram mais fortemente associados ao fumo e à intensa dependência do tabaco do que os transtornos graves.

No estudo de Barros et al. (2014), entretanto, a associação entre transtornos mentais graves e fumo não se manteve após controlar a interferência das demais variáveis (sexo, idade, escolaridade, história de desabrigo, prática religiosa, local do tratamento psiquiátrico, internações psiquiátricas, uso de álcool e substâncias ilícitas, prática de sexo inseguro, violência física), apesar de ter revelado, entre os dados descritivos, maior prevalência de fumantes nesse grupo.

De Leon e Diaz (2012) esclareceram que os pesquisadores, em geral, preferem utilizar como grupo controle, para investigar o tabagismo entre os esquizofrênicos, somente pessoas da população geral ao invés de incluir também os portadores de outros transtornos mentais, de modo a apresentar diferenças percentuais mais expressivas. Essa tendência teria contribuído para a multiplicação de resultados inconsistentes e para resultados inesperados nos estudos atuais conduzidos com maior rigor metodológico.

Não obstante se tenha destacado que os transtornos ansiosos/outras estiveram mais fortemente associados ao fumo atual e à dependência do tabaco, é importante que não haja dúvidas de que as associações dessas variáveis com transtornos mentais graves, ainda assim, foram expressivas.

A associação entre transtornos ansiosos/outras com fumo atual e com dependência do tabaco, independente de outros fatores, ajuda compreender o alto nível de ansiedade-traço

(ansiedade como característica da personalidade) e de atual ansiedade psíquica e somática entre os fumantes e os altamente dependentes.

O uso do tabaco como tentativa de aliviar a ansiedade é conhecido na literatura científica. Estudo escocês com 131 esquizofrênicos mostrou que 60% dos fumantes usavam tabaco para relaxar e 31% por se sentirem ansiosos ou deprimidos (KRISHNADAS et al., 2012). De modo semelhante, o estudo brasileiro com 270 pacientes psiquiátricos revelou que 79% dos fumantes acreditavam na função ansiolítica do tabaco (OLIVEIRA et al., 2014b).

Um estudo com 1150 brasileiros, provenientes da população geral, constatou que os fumantes sentiam-se mais capazes de tomar decisões e de participar das atividades comunitárias do que os não fumantes, possivelmente devido aos efeitos psicológicos e emocionais provindos do fumo de tabaco (aumento da sensação de prazer, redução da ansiedade, entre outros) (SOARES et al., 2015).

Nessa vertente, o estudo de Krishnadas et al. (2012) com esquizofrênicos mostrou que 14% disseram que o fumo de tabaco os ajudava a socializar.

As pesquisas mencionadas vêm ao encontro deste estudo quando constatou que a principal razão que motivava os fumantes a usar tabaco era a redução da tensão/relaxamento. Complementarmente, notou-se que quanto maior a ansiedade-traço, maior o escore atribuído ao fumo de tabaco como tentativa de reduzir a tensão.

Acresce-se que a importância que o tabaco tem para o fumante está relacionada ao seu uso como tentativa de relaxar ou reduzir a tensão. Com efeito, aqueles que mais valorizaram o tabagismo apresentaram maiores escores para o fumo com essa finalidade do que os que atribuíram menor importância.

Apesar do exposto, é preciso ter prudência em face desses resultados. Embora ainda seja possível identificar pessoas que utilizam o tabaco para sentirem-se menos ansiosas e mais seguras nas interações sociais, essa é uma realidade que está sendo modificada, pois o fumo de tabaco está passando de um ato *glamouroso* para uma conduta condenada pela sociedade (CASTALDELLI-MAIA; VENTRIGLIO; BHUGRA, 2016).

Com a maior prevalência de fumantes entre a população psiquiátrica e a menor tolerância da sociedade ao fumo nos ambientes coletivos, a tendência é que os portadores de transtornos mentais sejam ainda mais excluídos do convívio social.

Há evidências de estigma e de autoestigma entre os fumantes. Na literatura, é encontrado o termo “auto ostracismo” e “ilha dos fumantes” para definir o isolamento desse

grupo e afirmações de que os fumantes passaram a sentir-se como “leprosos” após a proibição do fumo nos ambientes coletivos (BROWN-JOHNSON et al., 2015; CASTALDELLI-MAIA; VENTRIGLIO; BHUGRA, 2016; GREAVES et al., 2010; RITCHIE; AMOS; MARTIN, 2010; THOMPSON; PEARCE; BARNETT, 2007).

Um estudo com 86 fumantes e não fumantes da Nova Zelândia constatou que os não fumantes veem o ato de fumar, em público, como falta de decência e, para registrar sua desaprovação, costumam tossir, simuladamente, ao passar diante de uma pessoa que está fumando (MCCOOL et al., 2013).

Um estudo qualitativo, conduzido na Escócia, com 40 fumantes e ex-fumantes mostrou que os próprios fumantes estigmatizavam os demais, como se houvesse uma divisão entre quem fuma apenas socialmente e os “fumantes sujos”, aqueles que fumam mesmo em situações insalubres (cinzeiros não higienizados, sem lavar as mãos) e em condições ambientais desfavoráveis (chuva, frio) (RITCHIE; AMOS; MARTIN, 2010).

Isso preocupa na medida em que reforça o risco de os portadores de transtornos mentais serem estigmatizados por fumar tabaco, tanto pelos não fumantes como pelos fumantes da população geral. O presente estudo forneceu elementos para essa suposição, uma vez que a dependência do tabaco foi consideravelmente mais intensa entre os portadores de transtornos mentais, especialmente entre aqueles internados no HP.

Os portadores de transtornos mentais, especialmente os esquizofrênicos, pela elevada dependência e tentativa de automedicação dos sintomas psiquiátricos, costumam fumar com mais velocidade e intensidade do que os demais fumantes. Além disso, pela dificuldade financeira, alguns fumam bitucas de cigarros do chão. Esses comportamentos reforçam a visão negativa do fumo na população psiquiátrica (BEAUREPAIRE et al., 2012; TIDEY; CASSIDY; MILLER, 2016; WILLIAMS et al., 2011; WILLIAMS; ZIEDONIS, 2004).

Apesar de este estudo ter mostrado, na análise multivariada, que a associação do fumo atual é mais forte entre os portadores de transtornos ansiosos/outros, vale a pena discutir os demais resultados com base na teoria da automedicação dos sintomas da esquizofrenia a partir do tabaco. Embora a teoria seja controversa, ela ajuda refletir sobre alguns resultados, inclusive aqueles que também dizem respeito aos demais transtornos.

A teoria da automedicação expõe que o tabaco melhoraria os sintomas cognitivos da esquizofrenia ao aumentar a liberação de dopamina e do glutamato no córtex pré-frontal e ao regular o processo sensorial auditivo de modo que o esquizofrênico consiga filtrar aqueles

estímulos irrelevantes do ambiente que prejudicam suas funções cognitivas (atenção, concentração, memória).

Os sintomas negativos (anedonia, embotamento afetivo, lentificação psicomotora, perda de iniciativa), por sua vez, seriam amenizados pela capacidade do tabaco em atuar nos déficits no sistema de recompensa cerebral, comumente apresentados pelos esquizofrênicos, justificando a maior fissura entre eles (ADLER et al., 1998; KRISNADAS et al., 2012; PARIKH; KUTLU; GOULD, 2016).

Um primeiro olhar para os dados descritivos, do presente estudo, levaria a pensar na verossimilidade dessa teoria, uma vez que dentre os participantes que faziam uso de antipsicóticos, quase dois terços dos que utilizavam apenas os de primeira geração eram fumantes, ao passo que a maioria dos que utilizavam somente os de segunda geração era não fumante.

Essa teoria seria possível com base no entendimento do mecanismo de ação dessas classes de antipsicóticos. Em síntese, os antipsicóticos de primeira geração atuam somente nos sintomas positivos (delírios, alucinações, entre outros). O esquizofrênico, em uso desse psicofármaco, encontraria no tabaco uma forma de reverter, temporariamente, os sintomas cognitivos ao induzir o aumento da dopamina e do glutamato no córtex pré-frontal (AUBIN et al., 2012; MA et al., 2010; PARIKH; KUTLU; GOULD, 2016; WINTERER, 2010).

Segundo a teoria da automedicação, a menor prevalência de fumantes entre as pessoas que usavam somente antipsicóticos de segunda geração se justificaria pelo fato que essa classe de psicofármacos atua tanto nos sintomas positivos como nos negativos da esquizofrenia (SADOCK; SADOCK, 2007; STAHL, 2013). Portanto, o fumo de tabaco, como forma de automedicação dos sintomas cognitivos, seria um motivo a menos para essas pessoas aderirem ou manterem o tabagismo.

Estudo, conduzido no Sri Lanka, com 306 pacientes psiquiátricos, acompanhados em serviço extra hospitalar, revelou que a chance de se encontrar fumantes entre os pacientes que usam Clozapina é menor se comparado aos que usam antipsicóticos de primeira geração (WIJESUNDERA; HANWELLA; SILVA, 2014).

Estudo americano com 90 esquizofrênicos/esquizoafetivos mostrou maior prevalência de fumantes entre os que usavam antipsicóticos típicos do que os que usavam os atípicos. Os autores esclarecem que como a maioria dos pacientes começou a fumar antes do início do

tratamento psiquiátrico, é possível que a associação entre tabagismo e antipsicóticos típicos seja apenas um sinalizador da gravidade do transtorno (MESZAROS et al., 2011).

Apesar da hipotética melhora dos sintomas negativos e cognitivos com o uso de tabaco, há evidências de que o tabaco agrava os sintomas positivos da esquizofrenia ao aumentar a atividade dopaminérgica na região mesolímbica, o que justificaria, ao menos em parte, o pior prognóstico identificado entre os fumantes (ERIKSEN et al., 2015; KRISHNADAS et al., 2012; SEGARRA et al., 2011).

De fato, uma parcela expressiva das pessoas que apresentaram delírios e alucinações, nos dias que antecederam a entrevista, era fumante e tinham dependência muito elevada. Porém, deve-se ter cautela diante desses resultados, pois este estudo não permite estabelecer a direção das associações. Além disso, o uso de antipsicóticos não foi incluído no modelo multivariado para fumo atual.

Independente da veracidade ou não da teoria da automedicação, o fato é que os fumantes foram os que apresentaram sintomas psiquiátricos mais intensos (escore total na BPRS). Além disso, quanto maior a gravidade dos sintomas, maior foi a prevalência encontrada de fumantes com dependência do tabaco muito elevada. Esses resultados foram coerentes com outros estudos (BEAUREPAIRE et al., 2012; KRISHNADAS et al., 2012; MESZAROS et al., 2011).

É importante destacar que uma revisão de 276 artigos, publicados até janeiro de 2016, apresentou as principais hipóteses biológicas que justificariam a maior prevalência de fumantes e a intensa dependência do tabaco entre os esquizofrênicos. Após apresentar os evidentes avanços, os autores finalizaram afirmando que a associação entre tabagismo e esquizofrenia é complexa e inconclusiva, especialmente no que se refere à automedicação dos sintomas negativos e cognitivos (PARIKH; KUTLU; GOULD, 2016).

A maior intensidade dos sintomas psiquiátricos, entre os fumantes, está de acordo com algumas teorias que explicam que embora possa haver melhora dos sintomas negativos, cognitivos e da ansiedade, no início do tabagismo, o uso crônico do tabaco pode reverter esse efeito, intensificando os sintomas (ERIKSEN et al., 2015; EVANS; DROBES, 2009; EVATT; KASSEL, 2010; SEGARRA et al., 2011). Isso ajuda a compreender o aumento do escore para o uso do tabaco como tentativa de reduzir a tensão conforme o aumento do grau de dependência.

O estudo brasileiro com portadores de transtornos mentais, internados em UPHG, revelou que 78,1% dos fumantes usavam o tabaco como forma de automedicar os sintomas psiquiátricos. Setenta e nove por cento disseram que o fumo aliviava a ansiedade, 57,3% que melhorava o humor e 29,2% que aumentava a concentração. Apesar disso, alguns pacientes reconheceram que o alívio desses sintomas era temporário, o que os induzia a fumar maior quantidade de cigarros (OLIVEIRA et al., 2014b; OLIVEIRA; SIQUEIRA JR.; FUREGATO, 2015).

Apesar do exposto, é importante salientar que a associação entre fumo atual e intensidade dos sintomas psiquiátricos não se manteve de forma independente.

Complementar à teoria da automedicação, está estabelecida na literatura científica a interferência do tabaco no metabolismo dos psicofármacos, diminuindo sua concentração no plasma. Os pacientes psiquiátricos recorreriam de forma mais intensa ao tabaco como forma de aliviar os efeitos colaterais, especialmente os dos antipsicóticos de primeira geração (DE LEON; DIAZ, 2006; KRISHNADAS et al., 2012; PARIKH; KUTLU; GOULD, 2016; ZEVIN; BENOWITZ, 1999).

Nessa mesma linha, o estudo brasileiro em UPHG constatou que 50% dos fumantes com diagnóstico de esquizofrenia fumavam com a intenção de aliviar os efeitos colaterais dos psicofármacos (OLIVEIRA et al., 2014b).

A interferência do tabaco no metabolismo dos psicofármacos explicaria os sintomas psiquiátricos mais intensos, a maior quantidade de psicofármacos prescritos, a maior ocorrência de internações psiquiátricas e de tentativas de suicídio e o superior risco atual de suicídio entre os fumantes e os altamente dependentes do tabaco.

A relação entre tabagismo e história de internações psiquiátricas é assunto recorrente na literatura científica. O estudo brasileiro, realizado em HPs e CAPSs das cinco regiões do país, verificou que a prevalência de fumantes, independentemente de outros fatores, é 69% maior entre os pacientes com história prévia de internação psiquiátrica em comparação aos não fumantes (BARROS et al., 2014). Um segundo estudo brasileiro, conduzido em três UBS do sul do país, confirmou a associação independente entre fumo e internação (LOPEZ et al., 2012).

No que tange o grau de dependência do tabaco, estudo com 96 pacientes psiquiátricos identificou que a chance de se encontrar fumantes com dependência muito elevada é 3,59

maior entre aqueles com internações psiquiátricas prévias em comparação aos que nunca internaram (OLIVEIRA; SANTOS; FUREGATO, 2015).

No presente estudo, despertou atenção, de modo especial, as tentativas de suicídio, visto que as prevalências de fumantes e daqueles com grau de dependência do tabaco mais intensa aumentaram conforme o número de tentativas e o risco atual de suicídio. Os não fumantes, por sua vez, seguiram direção oposta à dos fumantes.

Além do mais, o uso do tabaco motivado pela intenção de reduzir a tensão, suprir a dependência do tabaco, facilitar as interações sociais e por questão de hábito/automatismo foi maior entre os fumantes com maior histórico de tentativas e maior risco atual de suicídio.

É imperativo ponderar que o número de internações psiquiátricas, assim como o de tentativas de suicídio e de psicofármacos prescritos, são variáveis que retratam, indiretamente, o tempo de diagnóstico psiquiátrico. Portanto, não puderam ser incluídas no modelo múltiplo para fumo atual, pois foi realizado controle de exposição a partir da variável tempo de diagnóstico.

Infere-se, portanto, que independente da veracidade da teoria da automedicação e da interferência do tabaco na ação dos psicofármacos, o maior número de internações, de tentativas de suicídio e de psicofármacos expressa a gravidade e a cronicidade dos transtornos mentais, uma vez que não há dúvida de que a prevalência de fumantes e o grau de dependência é mais expressiva entre aqueles com mais tempo de diagnóstico, assim como confirmado em outros estudos (DICKERSON et al., 2013; OLIVEIRA et al., 2014a).

Apesar das evidências supracitadas, a associação entre intensa dependência e alto risco de suicídio foi mantida no modelo múltiplo.

Esse resultado é consistente com a literatura científica. A relação entre suicídio e tabagismo recebeu destaque quando estudos de coorte identificaram o uso de tabaco e sua elevada dependência como fator de risco para comportamentos suicidas, mesmo após ajustar para variáveis psiquiátricas.

Somaram-se a isso as evidências de efeito dose resposta à medida que quanto maior o número de cigarros fumados/dia, maior o risco de suicídio. Além do mais, houve indício de diminuição desse risco com a cessação do fumo (BERLIN et al., 2011, 2015; COVEY et al., 2012; DOLL, 1994; DUCASSE et al., 2015; LI et al., 2012; LUCAS et al., 2013; TVERDAL et al., 1993; YAWORSKI et al., 2011).

Coerentemente, neste estudo, a prevalência de ex-fumantes diminuiu com o aumento do risco atual de suicídio, embora tenha oscilado entre o número de tentativas de suicídio.

Alguns estudos tentam explicar a associação entre uso de tabaco e suicídio a partir da ação dos neurotransmissores. Em suma, acredita-se que o tabaco, ao diminuir a atividade da enzima monoaminaoxidase (MAO-A e MAO-B), contribui para o aumento do comportamento impulsivo, um dos fatores que predispõe às tentativas de suicídio (BERLIN, 2007; HOGG, 2016; MEYER-LINDENBERG et al., 2006; ORELAND et al., 2002).

Berlin et al. (2015) defendem que é hora de sair do nível especulativo, intensificando as pesquisas sobre o assunto. Para os autores, mesmo que o tabaco contribuísse infimamente para o aumento de suicídio, isso já seria suficiente para considerar esse tema como prioridade de saúde pública.

Grucza et al. (2014) constataram redução do risco de suicídio, nos Estados Unidos, após a implementação de ações de controle do tabagismo como aumento dos impostos sobre os cigarros e ambientes livres de tabaco. Estimou-se que o aumento de um dólar nos impostos sobre os cigarros seria capaz de reduzir em 10,5% o risco de suicídio. Considerando o número absoluto de suicídios ocorridos em 2012, isso corresponderia à redução 4.000 suicídios/ano no país.

Surpreendeu, no presente estudo, a informação de que a prevalência de fumantes não diferiu entre quem apresentava e quem não apresentava comorbidades somáticas. Esse resultado destoa das inúmeras publicações científicas que indicam o uso de tabaco como um dos responsáveis pela maior ocorrência de doenças físicas e redução considerável da expectativa de vida das pessoas com transtornos mentais (CALLAGHAN et al., 2014; NATIONAL ASSOCIATION OF STATE MENTAL HEALTH PROGRAM DIRECTORS, 2010; ROYAL COLLEGE OF PSYCHIATRISTS, 2013; SRIHARI et al., 2013).

Apesar disso, os fumantes com comorbidades apresentaram dependência mais intensa do tabaco do que os que não tinham comorbidades.

Inobstante a reconhecida relação dos psicofármacos com alterações metabólicas e cardiovasculares, uma coorte conduzida com 524.952 portadores de transtornos mentais de Londres, ao longo de 10 anos, revelou que a esquizofrenia, a depressão e os transtornos de ansiedade estão associados ao diabetes tipo 2, à hipertensão arterial, à dislipidemia e à obesidade, independente do uso de antipsicóticos e de antidepressivos (PÉREZ-PIÑAR et al., 2016).

Como as comorbidades somáticas foram auto relatadas, é possível que alguns fumantes tenham omitido essas informações por receio de serem julgados, uma vez que o conhecimento da relação entre tabagismo e doenças físicas é amplamente difundido.

Essa suposição faz sentido com base em estudos que mostram que algumas pessoas omitem, dos profissionais da saúde, fumar tabaco. As que omitem são as que têm uma maior percepção sobre o estigma sofrido pelos fumantes (CURRY et al., 2013; STUBER; GALEA, 2009).

Como muitos participantes deste estudo não puderam omitir que eram fumantes por reconhecerem seu inegável odor de tabaco ou pelo fato de a pesquisadora os ter presenciado fumando ou com maço de cigarros à mostra, é possível que alguns tenham negado comorbidades somáticas a fim de não associar o fumo a mais um aspecto negativo.

Soma-se a isso o fato de que a prevalência de ex-fumantes, entre as pessoas sem comorbidades somáticas, correspondeu à metade da encontrada entre quem tinha comorbidades, sugerindo que essas pessoas, por terem conseguido abandonar o tabagismo, não se constroem em relatar as doenças físicas, sejam elas decorrentes do pregresso uso de tabaco ou não.

Além disso, o modo diferente como os profissionais de saúde costumam lidar com os aspectos clínicos dos pacientes psiquiátricos pode ter contribuído para a ausência de diferença na prevalência de fumantes entre as pessoas com e sem comorbidades, considerando que muitos portadores de transtornos mentais podem não ter doenças físicas diagnosticadas (MITCHELL et al., 2012, 2014; OSBORN et al., 2011). Com efeito, o relato de comorbidades foi menor no ASM e no HP se comparado à UBS.

Além da superior prevalência de fumantes no HP, despertou atenção, nesse serviço, o número mais significativo de participantes que relataram uso atual ou prévio de álcool ou de substâncias ilícitas. Diante do exposto, a inclusão dessas variáveis nos modelos múltiplos fortaleceu o entendimento da associação entre fumo atual e dependência do tabaco com os diagnósticos psiquiátricos.

A prevalência de uso (atual e pregresso) de álcool e de substâncias ilícitas na população de pacientes mais graves e crônicos foi semelhante à encontrada no estudo multicêntrico realizado em diversos HPs e CAPSs do Brasil (álcool= 64,9%; substâncias ilícitas= 25,7%), no qual foi constatada associação independente do tabagismo com história de uso de álcool ou de substâncias ilícitas (BARROS et al., 2014).

Assim como identificado neste estudo, a associação independente entre fumo atual e uso de álcool ou de substâncias ilícitas foi relatada em outras pesquisas (BARROS et al., 2014; DICKERSON et al., 2013; OPALEYE et al., 2012; SMITH; MAZURE; MCKEE, 2014).

A prevalência de uso atual de álcool entre os entrevistados da UBS converge com a identificada na população geral brasileira (BRASIL, 2014f).

É interessante observar que, se comparada à UBS, a prevalência de uso atual de bebida alcoólica foi inferior no ASM e no HP, embora a de uso pregresso tenha sido superior. Durante as entrevistas, foi comum os pacientes psiquiátricos negarem o uso atual de álcool justificando que o médico havia proibido devido aos psicofármacos. Portanto, há dúvida se eles realmente não estavam consumindo álcool ou se preteriram essa informação.

É válido destacar que a associação do grau de dependência do tabaco com bebida alcoólica e substâncias ilícitas parece não ter sido consistente, uma vez que foi evidenciada ao categorizar o grau de dependência em muito baixo/baixo, médio/elevada e muito elevado, porém não ao categorizá-la de forma dicotômica (≤ 5 pontos e ≥ 6 pontos), embora esses pontos de cortes sejam reconhecidos na literatura científica.

Um diferencial deste estudo, em relação às pesquisas mencionadas, foi o baixo percentual de ex-fumantes entre os participantes internados no HP, o que confirma a dificuldade que essas pessoas têm em parar de fumar.

Embora Barros et al. (2014) tenha mostrado prevalência inferior de ex-fumantes (12,2%) entre os pacientes internados em HPs, se comparados à população geral brasileira, o presente estudo revelou prevalência ainda mais surpreendente.

A baixa prevalência de ex-fumantes está em consonância com o fato de que os participantes do HP foram menos questionados sobre o fumo ou aconselhados a parar de fumar, nos 12 meses anteriores à entrevista, pelos profissionais da saúde.

Coerente com a elevada prevalência de esquizofrênicos no HP, pesquisa com 224.193 americanos revelou que a chance de os esquizofrênicos serem aconselhados, por seus médicos, a parar de fumar é 30% menor em relação aos demais fumantes (DUFFY et al., 2012).

Uma revisão de prontuários médicos de 2.493.085 pacientes atendidos na atenção primária do Reino Unido verificou menos anotações sobre aconselhamento para cessar o

tabagismo e prescrição de fármacos para a dependência do tabaco na população geral do que na psiquiátrica.

Apesar desse surpreendente resultado, os autores explicam que isso se deve ao fato de que os portadores de transtornos mentais costumam passar por mais consultas, na atenção primária, do que as demais pessoas, o que aumenta a oportunidade de terem o uso de tabaco abordado. Com efeito, ao comparar a proporção de aconselhamentos, registrados no prontuário, a partir do total de consultas nos dois grupos, constatou-se que o aconselhamento ocorreu em 7,9% das consultas com pacientes psiquiátricos e em 12,5% das consultas com os demais (SZATKOWSKI; MCNEILL, 2013).

Estudo com 95 médicos de serviços comunitários de saúde mental, dos Estados Unidos, mostrou que a minoria (33%) costumava aconselhar os pacientes a parar de fumar e 19% orientá-los em como alcançar esse resultado (HIMELHOCH; RIDDLE; GOLDMAN, 2014).

A frequência de fumantes do ASM e da UBS, questionados sobre o uso de tabaco, foi similar ao encontrado na população brasileira. Apesar disso, dentre eles, a frequência de fumantes aconselhados a parar foi inferior à encontrada nos inquéritos nacionais, mostrando que a intervenção ao tabagismo não ocorre igualmente em todo o país (BRASIL, 2011b; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2015b).

Não obstante a prevalência de fumantes que tentaram parar de fumar, nos últimos 12 meses, tenha sido inferior na população psiquiátrica, os participantes do HP foram os que permaneceram mais tempo abstinentes. Em vista disso, sugere-se que a dificuldade reside na iniciativa para deixar de fumar e não na tentativa, em si.

Esse resultado divergiu de pesquisas que mostram que embora os portadores de transtornos mentais almejem parar de fumar tanto quanto os demais fumantes, obtém menos sucesso em suas tentativas (COOK et al., 2014; LAWRENCE; MITROU; ZUBRICK, 2011; SMITH et al., 2014; SMITH; MAZURE; MCKEE, 2014; SZATKOWSKI; MCNEILL, 2015).

Contrariando as pesquisas que mostram que os portadores de transtornos mentais almejam parar de fumar tanto quanto os demais fumantes, o estudo com os médicos americanos revelou que a principal justificativa para eles não abordarem o tabagismo dos pacientes psiquiátricos é a percepção de que eles não têm interesse em parar (77%) ou de que não obterão sucesso (48%) (HIMELHOCH; RIDDLE; GOLDMAN, 2014).

Vale comentar que durante a coleta dos dados, dois pacientes do HP pararam de fumar após terem sido entrevistados. Dias após, eles contaram que estavam abstinentes, justificando que as perguntas da entrevista os ajudaram a refletir sobre o tabagismo e a tomar a iniciativa de parar de fumar. Esse ocorrido despertou a atenção dos profissionais da unidade que questionaram o que havia ocorrido.

Esses episódios evidenciam o desejo de parar de fumar de alguns pacientes, pois um questionário com finalidade investigativa, juntamente com a atenção fornecida pela pesquisadora, resultou em uma despresticiosa intervenção.

Durante as entrevistas, foi comum os fumantes comentarem que não tinham ideia do papel que o cigarro tinha em sua vida, especialmente ao responderem as questões sobre as razões para fumar e indicar a importância atribuída ao tabaco.

Ressalta-se que a prescrição de fármacos para cessar o tabagismo e o aconselhamento profissional foi inferior na UBS se comparado ao que ocorre na população brasileira, sugerindo uma dificuldade do município em acompanhar as tendências nacionais (BRASIL, 2011b).

Reconhecendo-se o ínfimo percentual de ex-fumantes nas unidades de agudos do HP de Marília, questiona-se os resultados dos censos realizados com moradores (internados há mais de um ano) dos hospitais psiquiátricos do estado de São Paulo.

Como outrora indicado, o primeiro censo, realizado em 2008, verificou prevalência de 56,9% de fumantes (BARROS; BICHAFF, 2008). Após seis anos, o segundo censo (a maioria dos entrevistados havia participado do censo anterior) identificou prevalência de 42,9% (CAYRES et al., 2015).

O ímpeto inicial, diante dessa redução, seria o de ressaltar o sucesso das ações de controle do uso de tabaco. Entretanto, diante das evidências da literatura científica e dos resultados do presente estudo que sugerem que essas ações não tem conseguido atingir a população psiquiátrica (baixo percentual de ex-fumantes na população psiquiátrica e reduzida abordagem dos profissionais), presume-se que a redução do percentual de fumantes possa ter ocorrido por outros motivos (LAWRENCE; WILLIAMS, 2016).

O primeiro motivo seriam as mortes de 18,4% dos moradores entrevistados no censo de 2008 (CAYRES et al., 2015). Com a menor expectativa de vida dos usuários de tabaco devido aos agravos à saúde, é possível que as mortes tenham ocorrido principalmente entre os fumantes, o que teria refletido na prevalência do censo de 2014.

O segundo motivo é pautado na seguinte indagação: a lei de proibição do fumo, nos ambientes coletivos fechados, pode ter interferido na veracidade das informações sobre o fumo de tabaco do censo de 2014? Essa suposição seria possível pensando que a Lei 12.546 foi publicada em 2011 e entrou em vigor em 2014 por meio do Decreto nº 8262 (BRASIL, 2011a, 2014c).

Nessa vertente, o uso de tabaco pode ter sido omitido, em alguns casos, de forma consciente por receio de chamar atenção para essa prática no hospital e de sofrer as consequências de uma eventual proibição do fumo no serviço.

De fato, foi comum, durante a coleta dos dados, do presente estudo, os pacientes internados procurarem a pesquisadora questionando se a pesquisa resultaria na proibição do fumo.

No censo organizado por Cayres et al. (2015), foi destacado que o fumo de tabaco, nos hospitais psiquiátricos, é valorizado pelos pacientes, uma vez que atribuem-lhe a sensação de liberdade ao poder fazer suas próprias escolhas, definindo o momento de acender o cigarro conforme sua vontade.

No estudo de Barros et al. (2014), foi constatado que 80% dos usuários de tabaco fumavam dentro dos CAPSs ou dos HPs. Coerentemente, Oliveira e Furegato (2016) revelaram que dentre os 96 fumantes, internados em UPHG, somente seis mantiveram-se abstinentes durante a internação.

Lawn e Champion (2013) explicam que durante a internação psiquiátrica o paciente se depara com inúmeras regras que limitam sua liberdade de tomar decisões. Em geral, há hora para se alimentar, para dormir, para tomar banho, para tomar remédio. Diante disso, fumar se torna uma das raras atividades que podem ser controladas pelo paciente.

Pesquisa realizada em um hospital psiquiátrico forense, da Austrália, revelou que após a proibição do fumo os pacientes relataram sentimento de impotência por não poderem fumar e receio de que outros direitos também fossem retirados (HEHIR et al., 2012)

Quase metade dos internados no HP defendeu que fumar nos serviços de saúde é um direito dos pacientes. O percentual de concordância foi inferior no ASM e quase irrisório na UBS. Essa diferença se justifica pelo maior número de fumantes no HP e por esse ser um serviço antigo que carrega a herança histórica e cultural dos antigos manicômios.

O maior percentual de concordância entre os esquizofrênicos, aqueles com sintomas psiquiátricos mais graves, com risco moderado ou alto de suicídio e com dependência do

tabaco muito elevada pode ser entendido ao recordar que esse foi o perfil clínico predominante entre os entrevistados do HP.

Dois participantes do HP relataram ter começado a fumar durante a internação atual. Coerentemente, há relatos na literatura científica de portadores de transtornos mentais que começaram a fumar e de ex-fumantes que voltaram a fumar, durante a internação psiquiátrica, para passar o tempo e aliviar a ansiedade (HEHIR et al., 2012; LAWN; POLS; BARBER, 2002; OLIVEIRA, FUREGATO, 2016; WYE et al., 2009).

De acordo com Lawn e Campion (2013), estima-se que em torno de 10% dos pacientes psiquiátricos começaram a fumar enquanto estavam internados.

Apesar das diferentes culturas, pesquisas realizadas na Austrália, no Brasil, na Inglaterra e na Suíça revelaram que o tabaco é utilizado pelos pacientes psiquiátricos, durante a internação, como suporte para enfrentar os conflitos decorrentes do convívio com os demais pacientes, se acalmar perante procedimentos com os quais não são acostumados a presenciar (contenções mecânicas de outros pacientes) e para suprir a falta de atividades (ociosidade) (JOCHELSON, 2006; KEIZER; DESCLOUX; EYTAN, 2009; LAWN; POLS; BARBER, 2002; OLIVEIRA; FUREGATO, 2014).

É interessante observar que embora as pesquisas supracitadas tenham sido realizadas em diferentes períodos e locais, a cultura do tabagismo foi presente tanto nas pesquisas mais antigas como nas mais recentes.

Apesar do fumo de tabaco como alternativa para lidar com a ociosidade ser um dos principais pilares que sustentam a perpetuação da cultura do tabagismo nas instituições psiquiátricas, há relatos na literatura de que após a implementação de restrição ao fumo os pacientes passaram a se envolver mais em outras atividades e em conversas com os demais pacientes como se a ausência do cigarro os incentivasse a buscar outros “refúgios” (JOCHELSON, 2006; OLIVEIRA; FUREGATO, 2015).

No entanto, no estudo australiano com pacientes internados em hospital psiquiátrico forense, 50% dos fumantes disseram que passaram a se sentir mais entediados depois da proibição do fumo (HEHIR et al., 2012). Isso sugere a importância de inserir atividades, no cotidiano da internação, de modo que a proibição do fumo possa ser enfrentada com menos dificuldade.

Embora o fumo de tabaco, dentro dos serviços de saúde mental, seja uma questão complexa, por ter seus alicerces fundamentados na história e na cultura dos hospitais psiquiátricos, precisa ser repensada.

A aprovação, em 2014, da lei brasileira que proíbe o fumo nos ambientes coletivos foi motivo de preocupação para muitos pacientes psiquiátricos e para os profissionais dos serviços de saúde mental que se depararam com uma realidade desafiadora (BRASIL, 2011a, 2014c).

Entretanto, a aprovação da Lei foi acompanhada por uma polêmica, pois no Decreto (nº 8262/2014) que a instituiu, foi determinado que as instituições de saúde são liberadas da proibição do fumo se os médicos autorizarem os pacientes a fumar (BRASIL, 2011a, 2014c).

Essa exceção prevista na Lei entra em conflito com o Conselho Regional de Enfermagem do estado de São Paulo que, como outrora exposto, se posicionou contra a equipe de enfermagem distribuir cigarros para os pacientes psiquiátricos internados (SÃO PAULO, 2011).

O papel da enfermagem na distribuição e no controle dos cigarros, durante a internação psiquiátrica, é complexo. Além de usarem, por muitos anos, o tabaco para controlar o comportamento dos pacientes psiquiátricos, muitos profissionais de enfermagem se tornaram fumantes. Portanto, pensar na proibição do fumo requer não apenas olhar para os pacientes, mas também para essa categoria profissional que tem uma íntima relação com a cultura do tabagismo nas instituições psiquiátricas.

A ressalva na lei brasileira representa um retrocesso ao controle do tabagismo no país e sinaliza a segregação que as autoridades fazem entre pacientes psiquiátricos e o restante da população. Embora a lei não deixe claro que essa exceção é direcionada à população psiquiátrica, esse público alvo fica subentendido.

Nos Estados Unidos, por exemplo, entre 2005 e 2011, o percentual de hospitais psiquiátricos que proibiam o fumo de tabaco aumentou de 20% para 79% (SCHACHT; ORTIZ; LANE, 2012). Com o exposto na lei brasileira, dificilmente o Brasil alcançará resultados semelhantes.

Permitir o uso de tabaco em ambientes que têm por premissa a promoção, a manutenção e a recuperação da saúde é inaceitável diante das obrigações éticas e legais dos profissionais em proteger a saúde dos pacientes e da obrigação das instituições de saúde de

proteger a saúde dos seus funcionários, os quais são expostos ao fumo passivo (LAWN; CAMPION, 2013; ROYAL COLLEGE OF PHYSICIANS, 2013).

Se a exceção prevista na legislação brasileira fosse divulgada para o público leigo, decerto dividiria opiniões.

Neste estudo, a ampla maioria concordou que a permissão ao fumo, nos serviços de saúde, representa uma omissão de cuidados, por parte dos profissionais, assim como falta de respeito com os não fumantes.

Essas opiniões foram mais recorrentes entre a população geral da rede básica de saúde, os ex-fumantes e os não fumantes e aqueles com dependência do tabaco menos intensa.

Estudo com 82 pacientes internados em diferentes unidades (com exceção da psiquiatria) de hospitais canadenses verificou que eles acreditam que a permissão ao fumo, durante a internação, contraria o princípio de promoção da saúde (SHOPIK et al., 2012).

No presente estudo, quatro em cada dez participantes concordaram que o cigarro é usado, nos serviços de saúde mental, como “instrumento do cuidado” tanto para facilitar o diálogo entre os profissionais e os pacientes como para incentivar o paciente a tomar os medicamentos e a participar dos grupos, oficinas e reuniões com os profissionais.

Nota-se que os participantes do ASM e da UBS manifestaram opiniões parecidas, o que é compreensível dado que metade dos entrevistados do ASM não tinha histórico de internação psiquiátrica.

No entanto, entre os entrevistados do HP, a maioria afirmou que o cigarro era utilizado como “instrumento do cuidado”, o que representa uma percepção mais fidedigna, visto que eles relataram o que estavam presenciando ou vivenciando, durante a internação atual, nessa instituição.

Dentre as afirmações que avaliavam a utilização do tabaco como “instrumento do cuidado” foi mais significativa, entre os participantes do HP, a que indicava o uso do cigarro como forma de facilitar o diálogo entre os pacientes e os profissionais. Essa questão envolve diretamente a equipe de enfermagem devido à maior proximidade pessoal e temporal com os pacientes.

Esses resultados estão em consonância com a literatura científica que mostra que o tabaco vem sendo utilizado, há muitos anos, como forma de recompensar os bons comportamentos dos pacientes psiquiátricos, controlar seus sintomas, incentivá-los a serem menos resistentes aos planos de cuidado e facilitar as interações. Ademais, em algumas

situações é utilizado como chantagem (LAWN; CAMPION, 2013; LAWN; POLS; BARBER, 2002; OLIVEIRA; FUREGATO, 2014b; RATSCHEN; BRITTON; MCNEILL, 2011).

Nesse sentido, é como se o cigarro fosse uma “moeda de troca”, com a qual o paciente é recompensado desde que obedeça aos profissionais. Essas atitudes infantilizam os portadores de transtornos mentais. No estudo qualitativo de Oliveira e Furegato (2014b), um dos fumantes comparou a não permissão ao fumo como “tirar o leitinho doce de uma criança”.

Reconhecendo-se o papel de destaque do tabaco durante a internação psiquiátrica, não surpreendeu os pacientes do HP terem sido os menos favoráveis à proibição do fumo e os que mais afirmaram que não internariam novamente nesse serviço se o fumo fosse abolido.

No ASM e na UBS, foi ínfimo o número de participantes que disseram que não voltariam ao serviço se o fumo fosse proibido, o que é coerente com o pequeno tempo que permanecem nesses locais se comparado aos pacientes internados.

Pesquisa realizada em um hospital universitário do interior de São Paulo mostrou que 12% dos pacientes psiquiátricos, 4% dos seus familiares e 10% dos profissionais acreditavam que o portador de transtorno mental deveria ser autorizado a fumar nos ambulatórios. Ao questionar sobre os CAPS, esses percentuais aumentaram para 36%, 28% e 40%, respectivamente (SCHERER; SCHERER, 2014).

O desagrado dos pacientes do HP com a possibilidade de o fumo ser proibido está de acordo com outras pesquisas que mostram forte oposição dos pacientes quando essa medida passa a ser cogitada. Agonia, desespero, castigo e tortura são algumas expressões usadas pelos pacientes nessas situações.

No entanto, essas mesmas pesquisas revelaram que após a implementação da proibição ou redução do número de cigarros, os pacientes passaram a se opor menos por descobrirem que são capazes de se manterem abstinentes e por perceberem melhoras tanto na saúde física como na mental (ETTER; ETTER, 2007; ETTER; KHAN; ETTER, 2008; FILIA et al., 2015; OLIVEIRA; FUREGATO, 2015; VOCI et al. 2010).

O estudo australiano realizado no hospital psiquiátrico forense revelou que 75% dos pacientes reconheceram benefícios físicos com a retirada do tabaco e 68% receberam alta com a intenção de permanecerem abstinentes (HEHIR et al., 2012).

Um dos motivos que contribui para a resistência contra a proibição do tabagismo e para o entendimento do fumo, nos serviços de saúde, como um direito dos pacientes está

relacionado à percepção de que a retirada do tabaco pode agravar os sintomas psiquiátricos. Três quartos dos participantes concordaram com a possibilidade de os sintomas serem intensificados.

Brown-Johnson, Sanders-Jackson e Prochaska (2014) avaliaram a opinião pública sobre a proibição do uso de tabaco nos hospitais psiquiátricos, a partir de 261 comentários online referentes a reportagens publicadas nos jornais “*The New York Times*”, “*Care to Share*” e “*Time*”.

Os autores constaram que os comentários contra a proibição corresponderam a mais que o dobro dos comentários favoráveis. Os principais motivos para o público se posicionar contra a proibição esteve associado à preocupação com o aumento de agressividade e a segurança dos profissionais de saúde.

Pesquisa com 95 portadores de transtornos mentais que frequentavam serviços de saúde mental dos Estados Unidos identificou que 23% alegaram que a proibição do fumo poderia agravar os sintomas psiquiátricos e 43% não tinham certeza sobre essa consequência (HIMELHOCH; RIDDLE; GOLDMAN, 2014).

Interessante que neste estudo o percentual de pessoas que concordaram que a proibição do fumo pode agravar os sintomas psiquiátricos não diferiu entre a população psiquiátrica dos níveis secundário e terciário de atenção e a população geral da rede básica de saúde, revelando o quão consolidada está opinião está entre o público leigo.

Coerentemente, a ampla maioria concordou que o fumo é permitido, nos serviços de saúde, como forma de os profissionais se sentirem seguros quanto às agressões. Todavia, essa opinião foi mais expressiva entre os participantes do HP.

Embora essa opinião possa ter sido mais recorrente no HP devido às situações vivenciadas nesse serviço (briga por cigarros e bitucas, desentendimento entre pacientes e profissionais devido ao limite de um maço por dia, roubo de objetos para trocar por cigarros), percebeu-se, durante as entrevistas, que alguns fumantes concordaram com essa afirmação utilizando-se de um tom velado de ameaça à pesquisadora como se quisessem intimidar qualquer possibilidade de a proibição total ser implementada no serviço.

Diversos estudos mostraram que após a restrição do fumo, nos serviços de psiquiatria, a saúde mental dos pacientes psiquiátricos foi melhorada, diminuindo a chance de uma nova internação. Além disso, há evidências de que a proibição do fumo não é acompanhada de aumento da agressividade dos pacientes, mostrando que a sua implementação é mais fácil de

ser implementada do que inicialmente se imaginava (GELKOPF et al., 2012; KEIZER et al., 2012; MORRIS et al., 2011; OLIVEIRA; FUREGATO, 2014; PROCHASKA et al., 2014; VOCI et al., 2010).

Estudo realizado em 612 hospitais psiquiátricos do Japão mostrou que embora 45,1% dos diretores dos hospitais em que o fumo é permitido tenham que os sintomas psiquiátricos dos pacientes sejam agravados com uma futura proibição do tabagismo, somente 1,7% dos diretores dos hospitais em que a proibição já foi implementada perceberam piora desses sintomas (HASHIMOTO et al., 2015).

Ao investigar 165 unidades de internação psiquiátrica dos Estados Unidos, constatou-se que tanto os conflitos entre os pacientes como entre os pacientes e os profissionais foram menores nas unidades em que o fumo era proibido do que naquelas em que era permitido (SCHACHT; ORTIZ; LANE, 2012).

Diante das reflexões propostas nessa discussão, este estudo traz contribuições valiosas para a pesquisa científica brasileira, pois pela primeira vez, no país, comparou-se o uso de tabaco entre a população psiquiátrica dos níveis secundário e terciário de atenção e a população geral da rede básica de saúde. Além disso, investigou a percepção dessas duas populações sobre um assunto atual e polêmico, a proibição do fumo nos serviços de saúde mental.

Apesar do avanço que essa pesquisa representa para as publicações brasileiras, este estudo é apenas um ponto de partida. Isso se confirma diante dos inúmeros questionamentos que foram levantados durante a discussão e está em consonância com a proposta dos estudos epidemiológicos transversais de contribuir para a formulação de outras hipóteses.

Além das contribuições e dos avanços, é importante destacar as limitações desse estudo. A primeira diz respeito ao próprio método utilizado que não permite determinar temporalidade. Por exemplo, não foi possível verificar se existe relação causal entre fumo de tabaco e transtornos mentais, visto que não é possível afirmar se o fumo precedeu ou sucedeu os transtornos.

Uma segunda limitação está relacionada ao relato de informações antigas como, por exemplo, idade em que começou a fumar. É possível que essas informações não correspondam à realidade devido à dificuldade dos participantes em recordar, com precisão, eventos passados.

Por fim, como as informações obtidas foram auto relatadas, com exceção do diagnóstico psiquiátrico e dos psicofármacos em uso, reconhece-se que algumas informações podem ter sido omitidas ou subestimadas.

Isso se aplica, de modo especial, à informação sobre o fumo atual e à quantidade de produtos de tabaco consumidos. Como não foi realizado monitoramento biológico para confirmar se as pessoas que relataram ser ex-fumantes ou não fumantes realmente estavam abstinentes, é possível que a prevalência de fumantes tenha sido subestimada.

Apesar do reconhecimento dessas limitações, um dos principais pontos fortes deste estudo, além de todo o rigor metodológico empregado no planejamento e na análise dos dados, foi a condução das entrevistas por um único profissional. Essa conduta eliminou a possibilidade de ocorrência de diversos vieses, pois eventuais erros que poderiam ter ocorrido na forma de abordar os participantes ou na aplicação dos questionários teriam ocorrido igualmente com toda a amostra.

A coleta dos dados em dispositivo móvel também foi um ponto forte, pois estimulou a participação dos portadores de transtornos mentais e da população geral na pesquisa (despertou curiosidade nos pacientes que se encontravam nos serviços nos períodos da coleta dos dados), tornou as entrevistas menos cansativas (a interface amigável do aplicativo favoreceu maior interação com o entrevistado e sua participação no preenchimento de algumas respostas), favoreceu vínculo entre entrevistador/entrevistado com favorecimento da confiança e sinceridade nas respostas (favorecimento de maior contato visual) e a prevenção de erros humanos com aumento da consistência e integridade dos dados registrados (validação dos dados no momento da entrevista, tabulação automática).

7 CONCLUSÕES

A prevalência de fumantes, o grau de dependência do tabaco, a quantidade de cigarros fumados diariamente e o uso de múltiplos produtos de tabaco foram superiores na população psiquiátrica dos níveis secundário e terciário de atenção do que na população geral da rede básica de saúde.

A prevalência de fumantes no hospital psiquiátrico foi maior do que a do ambulatório de saúde mental, o que foi coerente com o perfil clínico (maior gravidade e cronicidade do transtorno mental) dos paciente atendidos nesse serviço.

Com os resultados do modelo múltiplo, os fatores independentes associados ao fumo atual foram grupo etário, religião, diagnóstico psiquiátrico principal, uso atual e pregresso de álcool e de substâncias ilícitas.

Os fatores independentes associados à intensa dependência do tabaco foram sexo, grupo etário, diagnóstico psiquiátrico e risco atual de suicídio.

A população psiquiátrica, especialmente a internada no hospital psiquiátrico, foi menos tolerante à proibição do fumo nos serviços de saúde mental, tendo refletido a cultura do tabagismo neste tipo de instituição.

Uma vez conhecidas as diferenças entre os fumantes da população psiquiátrica do nível secundário e terciário de atenção e da população geral da rede básica de saúde, este estudo fornece os elementos básicos necessários para que sejam realizadas, em um futuro próximo, pesquisas de intervenção, de modo que o Brasil possa acompanhar o notório avanço científico das pesquisas internacionais sobre esse complexo assunto, pois para intervir é preciso primeiro conhecer.

Espera-se que esses resultados contribuam para fortalecer as políticas de controle do tabagismo bem como direcionar as atividades de cuidado profissional aos portadores de transtornos mentais.

REFERÊNCIAS¹

ABRAMS, D. B. Promise and peril of e-cigarette: can disruptive technology make cigarette obsolete? **Journal of American Medical Association**, v. 311, n. 2, p. 135-136, 2014.

ADLER, L. E. et al. Schizophrenia, sensory gating, and nicotinic receptors. **Schizophrenia Bulletin**, v. 24, n. 2, p. 189-202, 1998.

AITKEN, C. K. et al. Smokers of illicit tobacco report significantly worse health than other smokers. **Nicotine & Tobacco Research**, v. 11, n. 8, p. 996-1001, 2009.

ALLEN, A. M.; ONCKEN, C.; HATSUKAMI, D. Women and smoking: the effect of gender on the epidemiology, health effects, and cessation of smoking. **Current Addictions Report**, v. 1, n. 1, p. 53-60, 2014.

ALLIANCE FOR THE MENTALLY ILL, FRIENDS & ADVOCATES OF THE MENTALLY ILL. **AMI/ FAMI Policy Paper on Nicotine Addiction and Psychiatric Patients (nº 2071540442)**. New York, 1995a. 1 p. Disponível em: <<http://legacy.library.ucsf.edu/tid/gic60c00>>. Acesso em: 8 jul. 2014.

_____. **Imagine (no 2071540428)**. New York, 1995b. 1 p. Disponível em: <<https://www.industrydocumentslibrary.ucsf.edu/tobacco/docs/#id=kljk0067>>. Acesso em: 08 jul. 2016.

ALTMAN, D. G. et al. **Statistics with confidence: Confidence intervals and statistical guidelines**. 5th ed. Malaysia: BMJ, 2008.

AMERICAN NURSES ASSOCIATION. **Tobacco Free Nurses**. 2014. Disponível em: <<http://www.nursingworld.org/MainMenuCategories/WorkplaceSafety/Healthy-Nurse/TobaccoFree.html>>. Acesso em: 1 jul. 2016.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais – DSM 5**. 5. ed. Porto Alegre: ARTMED, 2014. 948 p.

_____. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais – DSM 4**. 4. ed. Porto Alegre: ARTMED, 1994.

AMERICAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION. **Publication Manual of the American Psychological Association**. 6th ed. Washington: APA, 2010. 272 p.

AMOS, A. et al. Women and tobacco: a call for including gender in tobacco control research, policy and practice. **Tobacco Control**, v. 21, n. 2, p. 236-243, 2012.

AUBIN, H. J. et al. Smoking, quitting, and psychiatric disease: a review. **Neuroscience and Biobehavioral Reviews**, v. 36, n. 1, p. 271-284, 2012.

¹ De acordo com a Associação Brasileira de Normas Técnicas. NBR 6023.

BAILEY, Z. D. et al. Multidimensional religious involvement and tobacco smoking patterns over 9-10 years: a prospective study of middle-aged adults in the United States. *Social Science & Medicine*, v. 138, p. 128-135, 2015.

BAKER, T. B.; BRANDON, T. H.; CHASSIN, L. Motivational influence on cigarette smoking. *Annual Review of Psychology*, v. 55, p. 463-491, 2004.

BANGLADESH. Ministry of Health and Family Welfare. **Global Adult Tobacco Survey: Bangladesh Report 2009**. Bangladesh, 2009. 230 p.

BANHAM, L.; GILBODY, S. Smoking cessation in severe mental illness: what works? *Addiction*, v. 105, n. 7, p. 1176-1189, 2010.

BARROS, F. C. R. et al. Cigarette smoking among psychiatric patients in Brazil. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 30, n. 6, p. 1195-1206, 2014.

BARROS, S.; BICHAFF, R. (Org.) **Desafio para a desinstitucionalização: Censo Psicossocial dos moradores em hospitais psiquiátricos do estado de São Paulo**. São Paulo: FUNDAP, 2008.

BEAR, R. S. (Comp.). **James I. Essayes in Poesie. 1585. A Counterblast to Tobacco, 1604, Arber, 1869**. London: Renaissance Editions, 2003.

BEAUREPAIRE, R. et al. Is smoking linked to positive symptoms in acutely ill psychiatric patients? *Nordic Journal of Psychiatry*, v. 66, n. 4, p. 225-231, 2012.

BEHM, I. et al. Population use, sales, and design: a multidimensional assessment of “light” cigarettes in the United States, 2009. *American Journal of Public Health*, v. 103, n. 3, p. e93-e99, 2013.

BERATIS, S.; KATRIVANOU, A.; GOURZIS, P. Factors affecting smoking in Schizophrenia. *Comprehensive Psychiatry*, v. 42, n. 5, p. 393-402, 2001.

BERLIN, I. et al. Duration of smoking abstinence and suicide-related outcomes. *Nicotine & Tobacco Research*, v. 13, n. 10, p. 887-893, 2011.

_____. Tobacco use and suicide attempts: longitudinal analysis with retrospective reports. *PLOS ONE*, v. 10, n. 4, p. 1-13, 2015.

BERLIN, I. Monoamine oxidase inhibitors for smoking cessation. In: GEORGE, T.P. **Medication treatments for nicotine dependence**. Boca Raton: CRC, 2007. p.109-121.

BERNARD, P. P. N. et al. Counseling and exercise intervention for smoking reduction in patients with schizophrenia: a feasibility study. *Archives of Psychiatric Nursing*, v. 27, n. 1, p. 23-31, 2013.

BERO, L. Implications of the tobacco industry documents for public health and policy. *Annual Review of Public Health*, v. 24, n. 1, p. 267-288, 2003.

BERO, L. A. Tobacco industry manipulation of research. **Public Health Chronicles**, v. 120, n. 2, p. 200-208, 2005.

BERTHOLON, J. F. et al. Electronic cigarettes: a short review. **Respiration**, v. 86, n. 5, p. 433-438, 2013.

BLALOCK, J. et al. Nicotine withdrawal in smokers with current depressive disorders undergoing intensive smoking cessation treatment. **Psychology of Addictive Behaviors**, v. 22, n. 1, p. 122-128, 2008.

BOBES, J. et al. Healthy lifestyle habits and 10-year cardiovascular risk in schizophrenia spectrum disorders: an analysis of the impact of smoking tobacco in the CLAMORS schizophrenia cohort. **Schizophrenia Research**, v. 119, n. 1-3, p. 101-109, 2010.

BORGES, M. C. et al. Socioeconomic development of cities and risk factors for non-communicable diseases: a comparative study across Brazilian State Capitals. **Journal of Public Health**, 2016. In press. Disponível em: <
<http://jpubhealth.oxfordjournals.org/content/early/2016/01/19/pubmed.fdv202.abstract?sid=02f360b1-c2c3-4fd4-b8cc-166ac6524f3c>>. Acesso em: 06 jul. 2016.

BORLAND, R. et al. Use of and beliefs about light cigarettes in four countries: findings from the International Tobacco Control Policy Evaluation Survey. **Nicotine & Tobacco Research**, v. 6, p. S311-S321, 2004. Supplement 3.

BOUTAYEB, A.; BOUTAYEB, S. The burden of non communicable diseases in developing countries. **International Journal of Equity in Health**, v. 4, n. 2, p. 1-8, 2005.

BRANDT, A. M. **The cigarette century**. New York: Basic Books, 2009.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Cigarros eletrônicos**. 2014a. Disponível em:

<<http://portal.anvisa.gov.br/wps/content/Anvisa+Portal/Anvisa/Inicio/Derivados+do+Tabaco/Assuntos+de+Interesse/Danos+A+Saude/cigarro+eletronico>>. Acesso em: 8 jul. 2016.

_____. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução RDC nº 46**, de 28 de agosto de 2009. Proíbe a comercialização, a importação e a propaganda de quaisquer dispositivos eletrônicos para fumar, conhecidos como cigarro eletrônico. ANVISA, 2009a. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 31 ago. 2009. Seção 1, p. 45.

_____. Aliança de Controle do Tabagismo+Saúde. **Fumo passivo no ambiente de trabalho: prejuízo à saúde do trabalhador**. Rio de Janeiro: ACT+, 2009b. 4 p. Disponível em: <
http://actbr.org.br/uploads/conteudo/348_SAUDE_TRABALHADOR_DEZ09.pdf>. Acesso em: 7 jul. 2016.

_____. Decreto nº 5658, de 2 de janeiro de 2006. Promulga a Convenção Quadro para controle do uso do tabaco, adotado pelos países membros da Organização Mundial de Saúde em 21 de maio de 2003 e assinada pelo Brasil em 16 de junho de 2003. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 3 jan. 2006.

_____. Decreto nº 8262, de 31 de maio de 2014. Altera o Decreto nº 2018 de 1º de outubro de 1996 e Lei nº 9294, de 15 de julho de 1996. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2 jun 2014c.

_____. Decreto nº 8656 de 29 de janeiro de 2016. Exclui produtos do regime tributário de que trata o art. 1º da Lei nº 7.798, de 10 de julho de 1989, altera a Tabela de Incidência do Imposto sobre Produtos Industrializados - Tipi, aprovada pelo Decreto nº 7.660, de 23 de dezembro de 2011, e altera o Decreto nº 7.555, de 19 de agosto de 2011. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 29 jan. 2016.

_____. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Cidades@**. 2014d. Disponível em: <<http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=352900>>. Acesso em: 8 jul. 2016.

_____. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa Nacional de Saúde 2013: percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas**. Rio de Janeiro: IBGE, 2014f.

_____. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida a população brasileira**. Rio de Janeiro: IBGE, 2013.

_____. 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, 2011b.

_____. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. **Observatório da Política Nacional de Controle do Tabaco**. Rio de Janeiro, 2014b. Disponível em: <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/observatorio_controle_tabaco/site/home/convencao_quadro/o_que_e>. Acesso em: 2 jul. 2016.

_____. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. **Pesquisa Especial de Tabagismo – PETab: relatório Brasil**. Rio de Janeiro: INCA, 2011c.

_____. Lei nº 12.546, de 14 de dezembro de 2011. Altera a Lei nº 9.294 de 15 de julho de 1996. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 15 dez. 2011a.

_____. Ministério da Saúde. **Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde**. 2014e. Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br/Exibe_Ficha_Estabelecimento.asp?VCo_Unidade=3529002080990&VListar=1&VEstado=35&VMun=352900>. Acesso em: 5 jul. 2016.

_____. Ministério da Saúde. **VIGITEL BRASIL 2014: Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

BRODY, J. S. The promise and problems of e-cigarettes. **American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine**, v. 185, n. 4, p. 379-380, 2014.

BROMS, U.; KORHONEN, T.; KAPRIO, J. Smoking reduction predicts cessation: longitudinal evidence from the Finnish adult twin cohort. **Nicotine & Tobacco Research**, v. 10, n. 3, p. 423-427, 2008.

BROWN-JOHNSON, C. G. et al. Validity and reliability of the internalized stigma of smoking inventory: an exploration of shame, isolation, and discrimination in smokers with mental diagnoses. **The American Journal on Addictions**, v. 24, n. 5, p. 410-418, 2015.

BROWN-JOHNSON, C.; SANDERS-JACKSON, A.; PROCHASKA, J. J. Public commenting on inpatient psychiatry smoking ban media coverage. **Journal of Dual Diagnosis**, v. 10, n. 4, p. 204-2011, 2014.

BUCKINGHAM, J. **Cigarette request for day treatment program for mentally ill adults (nº 508467552)**. 1992. Disponível em: <<http://legacy.library.ucsf.edu/tid/vjb38c00>>. Acesso em 8 jul. 2016.

CALLAGHAN, R. C. et al. Patterns of tobacco-related mortality among individuals diagnosed with schizophrenia, bipolar disorder, or depression. **Journal of Psychiatric Research**, v. 48, n. 1, p. 102-110, 2014.

GOVERNMENT OF CANADA (Canadá). **Canadian tobacco use monitoring survey (CTUMS) 2011**. 2012. Disponível em: <<http://healthycanadians.gc.ca/publications/healthy-living-vie-saine/tobacco-monitoring-survey-2011-enquete-surveillance-tabac/index-eng.php>>. Acesso em: 07 jul. 2016.

CARCELLER-MAICAS, N. et al. El consumo de tabaco como automedicación de depresión/ansiedad entre los jóvenes: resultados de un estudio con método mixto. **Addiciones**, v. 26, n. 1, p. 34-45, 2014.

CARMO, J. T., ANDRÉS-PUEYO, A. A. Adaptation into portuguese for the Fagerström test for nicotine dependence (FTND) to evaluate the dependence and tolerance for nicotine in brazilian smokers. **Revista Brasileira de Medicina**, v. 59, n. 1/2, 73-80, 2002.

CASTALDELLI-MAIA, J. M.; VENTRIGLIO, A.; BHUGRA, D. Tobacco smoking: from 'glamour' to 'stigma'. A comprehensive review. **Psychiatry and Clinical Neuroscience**, v. 70, n. 1, p. 24-33, 2016.

CASTRO, M. G. et al. Quality of life and severity of tobacco dependence. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v. 34, n. 2, p. 61-67, 2007.

CAYRES, A. Z. F. et al. (Org.) **Caminhos para a desinstitucionalização no estado de São Paulo: Censo Psicossocial 2014**. São Paulo: FUNDAP, 2015.

CENTER OF DISEASE CONTROL AND PREVENTION. Vital signs: current cigarette smoking adults aged ≥ 18 years with mental illness – United States, 2009-2011. **Morbidity and Mortality Weekly Report**, v. 62, n. 5, p. 81-87, 2013.

_____. Current cigarette smoking among adults – United States, 2005-2014. **Morbidity and Mortality Weekly Report**, v. 64, n. 44, p. 1233-1240, 2015. Disponível em: <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/mm6444a2.htm?s_cid=mm6444a2_w>. Acesso em: 07 jul. 2016.

CHALOUPKA, F. J.; YUREKLI, A.; FONG, G. T. Tobacco taxes as a tobacco control strategy. **Tobacco Control**, v. 21, n. 3, p. 172-180, 2012.

CHAVES, L.; SHIRAKAWA, I. Nicotine use in patients with schizophrenia evaluated by the Fagerström Tolerance Questionnaire: a descriptive analysis from a Brazilian sample. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 30, n. 4, p. 350-352, 2008.

CHRISTAKIS, N. A.; FOWLER, J. H. The collective dynamics of smoking in a large social work. **The New England Journal of Medicine**, v. 358, n. 21, p. 2249-2258, 2008.

COHEN, J. **Statistical power analysis for the behavioral sciences**. 2nd ed. Hillsdale: Erlbaum, 1988.

COLE, H. M.; FIORE, M. C. The war against tobacco: 50 years and counting. **Journal of American Medical Association**, v. 311, n. 2, p. 131-132, 2014.

COLETA, J. A. D.; COLETA, M. F. D. **Escalas para medida de atitudes e outras variáveis psicossociais**. Ribeirão Preto: EERP-USP, 1996. 177 p.

COLTON, C. W.; MANDERSCHIED, R. W. Congruencies in increased mortality rates, years of potential life lost, and causes of death among public mental health clients in eight states. **Preventing Chronic Diseases**, v. 3, n. 2, p. 1-14, 2006.

COOK, B. L. et al. Trends in smoking among adults with mental illness and association between mental health treatment and smoking cessation. **Journal of the American Medical Association**, v. 311, n. 2, p. 172-182, 2014.

COVEY, L. S. et al. Smoking and suicidal behavioral in a sample of US adults with low mood: a retrospective analysis of longitudinal data. **British Medical Journal Open**, v. 2, p. 876, 2012.

CRAWFORD, D. A. **Letter to Dr. R. Suber in the Consideration Dr. Knott's Research Proposal (nº 504195870/5871)**. 1985. Disponível em: <<http://legacy.library.ucsf.edu/tid/bsr58d00>>. Acesso em: 8 jul. 2016.

CULHANE, M. A. et al. Predictors of early abstinence in smokers with schizophrenia. **Journal of Clinical Psychiatry**, v. 69, n. 11, p. 1743-1750, 2008.

CURRY, L. E. et al. Nondisclosure of smoking status to health care providers among current and former smokers in the United States. **Health Education & Behavior**, v. 40, n. 3, p. 266-273, 2013.

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, n. 2-3, p. 135-157, 2005.

_____. Genetics of schizophrenia and smoking: an approach to studying their comorbidity based on epidemiological findings. **Human genetics**, v. 131, n. 6, p. 877-901, 2012.

DICKENS, G. L.; STANIFORD, J.; LONG, C. G. Smoking behavior, motives, motivation to quit and self-efficacy among patients in a secure mental health service: comparison with staff control. **Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing**, v. 21, n. 6, p. 483-490, 2014.

DICKERSON, F. et al. Cigarette smoking among persons with schizophrenia or bipolar disorder in routine clinical settings, 1999-2011. **Psychiatric Services**, v. 64, n. 1, p. 44-50, 2013.

DICLEMENTE, C. C. et al. Stage movement following 5A's intervention in tobacco dependent individuals with serious mental illness (SMI). **Addictive Behaviors**, v. 36, n. 3, p. 261-264, 2011.

DIFRANZA, J. R. et al. Initial symptoms of nicotine dependence in adolescents. **Tobacco Control**, v. 9, p. 313-319, 2000.

_____. Tobacco acquisition and cigarette brand selection among youth. **Tobacco Control**, v. 3, p. 334-338, 1994.

DIXON, L. B. et al. Is implementation of 5A's of smoking cessation at community mental health centers effective for reduction of smoking by patients with serious mental illness? **The American Journal on Addictions**, v. 18, n. 5, p. 386-392, 2009.

DONALD, S.; CHARTRAND, H.; BOLTON, J. M. The relationship between nicotine cessation and mental disorders in a nationally representative sample. **Journal of Psychiatric Research**, v. 47, n. 11, p. 1673-1679, 2013.

DOLL, R. et al. Mortality in relation to smoking: 40 years' observations on male British doctors. **British Medical Journal**, v. 309, n.6959, p. 901-911, 1994

DOLL, R.; HILL, A. B. Smoking and carcinoma of the cancer. **British Medical Journal**, v. 30, n. 2, p. 739-748, 1950.

DUCASSE, D. et al. Increased risk of suicide attempts in bipolar patients with severe tobacco dependence. **Journal of Affective Disorders**, v. 183, p. 113-118, 2015.

DUFFY, S. A. et al. Risk of smoking and receipt cessation services among veterans with mental disorders. **Psychiatric Services**, v. 63, n. 4, p. 325-332, 2012.

ELMOR, 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.

ERIKSEN, M.; MACKAY, J.; ROSS, H. **The tobacco atlas**. 4th ed. Georgia, 2012. 132 p.

ERIKSEN, M. et al. **The Tobacco Atlas**. 5th ed. Georgia: American Cancer Society, 2015. 87 p. Disponível em: <http://3pk43x313ggr4cy0lh3tctjh.wpengine.netdna-cdn.com/wp-content/uploads/2015/03/TA5_2015_WEB.pdf>. Acesso em: 08 jul. 2016.

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, n. 6, p. 572-578, 2008.

EVANS, D. E.; DROBES, D. J. Nicotine self-medication of cognitive-attentional processing. **Addiction Biology**, v. 14, n. 1, p. 32-42, 2009.

EVATT, D. P.; KASSEL, J. D. Smoking, arousal and affect: the role of anxiety sensitivity. **Journal of Anxiety Disorders**, v. 24, n. 1, p. 114-123, 2010.

EVINS, A. E. et al. Maintenance treatment with varenicline for smoking cessation in patients with schizophrenia and bipolar disorder. **Journal of the American Medical Association**, v. 311, n. 2, p. 145-154, 2014.

FACULDADE DE MEDICINA DE MARÍLIA. **Protocolo de acesso ao cuidado ambulatorial**. Marília: Famema, 2014. 81 p. Disponível em: <<http://www.famema.br/institucional/documentos/ProtocoloAcessoAmbulatorialGeral%202014.pdf>>. Acesso em: 8 jul. 2016.

FAGERSTRÖM, K.; AUBIN, H. J. Management of smoking cessation in patients with psychiatric disorders. **Current Medical Research and Opinion**, v. 25, n. 2, p. 511-518, 2009.

FILIA, S. L. et al. Inpatient views and experiences before and after implementing a totally smoke-free policy in the acute psychiatry hospital setting. **International Journal of Mental Health Nursing**, v. 24, n. 4, p. 350-359, 2015.

FIGURE, M. C. et al. **Treating tobacco use and dependence: 2008 Update**. U.S. Department of Health and Human Services, 2008. 257 p.

FODERARO, L.W. **Battling demons, and nicotine hospitals' smoking bans are new anxiety for mentally ill (nº 2071540443/0444)**. New York, 1995. Disponível em: <<http://legacy.library.ucsf.edu/tid/fic60c00>>. Acesso em: 8 jul. 2016.

FRANCO, L. J.; PASSOS, A. D. C. **Fundamentos de epidemiologia**. Barueri: Manoele, 2005. 380 p.

FRIEDEN, T. R. Tobacco Control Progress and Potential. **Journal of the American Medical Association**, v. 311, n. 2, p. 133-134, 2014.

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.

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.

GIGLIOTTI, A. et al. How smokers may react to cigarette taxes and price increases in Brazil: data from a national survey. **BMC Public Health**, v. 14, p. 327, 2014.

GOLDSTEIN, A. L.; FAULKNER, B.; WEKERLE, C. The relationship among internal resilience, smoking, alcohol use, and depression symptoms in emerging adults transitioning out of child welfare. **Child Abuse & Neglect**, v. 37, n. 1, p. 22-32, 2013.

GONIEWICZ, M. L. et al. Levels of selected carcinogens and toxicants in vapour from electronic cigarettes. **Tobacco Control**, v. 23, p. 133-139, 2014.

GOPALASWAMY, A. K.; MORGAN, R. **Smoking in chronic schizophrenia correspondence (nº 508153978)**. 1986. Disponível em: <<http://legacy.library.ucsf.edu/tid/ncj13a00>>. Acesso em: 8 jul. 2016.

GORDIS, L. **Epidemiology**. 3rd ed. Philadelphia: Elsevier Saunders, 2004. 335 p.

GORENSTEIN, C.; ANDRADE, L. H. S. G.; ZUARDI, A.W. **Escalas de avaliação clínica em psiquiatria e psicofarmacologia**. São Paulo: Lemos-Editorial, 2000. 438 p.

GRANT, B. F. et al. Nicotine dependence and psychiatric disorders in the United States. **Archives of General Psychiatry**, v. 61, n. 11, p. 1107-1115, 2004.

GREAVES, L. et al. Unclean fathers, responsible men: smoking, stigma and fatherhood. **Health Sociology Review**, v. 19, n. 4, p. 522-533, 2010.

GRIFFITHS, M. et al. The tobacco addiction recovery program: initial outcome findings. **Archives of Psychiatric Nursing**, v. 24, n. 4, p. 239-246, 2010.

GRUCZA, R. A. et al. Probing the smoking-suicide association: do smoking policy interventions affect suicide risk? **Nicotine & Tobacco Research**, v. 16, n. 11, p. 1487-1494, 2014.

HAIR, J. F. et al. **Análise multivariada de dados**. 6. ed. Porto Alegre: Bookman, 2009.

HALL, M. G.; RIBISL, K. M.; BREWER, N. T. Smokers' and nonsmokers' beliefs about harmful tobacco constituents: implications for FDA communication efforts. **Nicotine & Tobacco Research**, v. 16, n. 3, p. 343-350, 2014.

HAHN, L.; RIGBY, A.; GALLETTY, C. Determinants of high rates of smoking among people with psychosis living in a socially disadvantaged region in South Australia. **Australian & New Zealand Journal of Psychiatry**, v. 48, n. 1, p. 70-79, 2014.

HAMMOND, D. et al. Revising the machine smoking regime for cigarette emissions: implications for tobacco control policy. **Tobacco Control**, v. 16, n. 1, p. 8-14, 2007.

HAHN, B. et al. A test of the cognitive self-medication hypothesis of tobacco smoking in schizophrenia. **Biological Psychiatry**, v. 74, n. 6, p. 434-443, 2013.

HARTZ, S. M. et al. Comorbidity of severe psychotic disorders with measures of substance use. **Journal of the American Medical Association**, v. 71, n. 3, p. 248-254, 2014.

HASHIMOTO, K. et al. Smoking bans in mental health hospitals in Japan: barriers to implementation. **Annals of General Psychiatry**, v. 14, n. 35, p. 1-6, 2015.

HAYWORTH, P. **Cigarette donation request for chronically mentally ill clients (n° 524108319/8322)**. New York, 1996. Disponível em: <http://legacy.library.ucsf.edu/tid/ojj70d00>>. Acesso em: 8 jul. 2016.

HE, Y. et al. Investigation of lead and cadmium in counterfeit cigarettes seized in the United States. **Food and Chemical Toxicology**, v. 81, p. 40-45, 2015.

HENNEKENS, C. H., BURING, J. E. **Epidemiology in medicine**. Boston/Toronto: Little, Brown and Company, 1987. 383 p.

HENNEKENS, C. H. et al. Schizophrenia and increased risks of cardiovascular disease. **American Heart Journal**, v. 150, n. 6, p. 1115-1121, 2005.

HEHIR, A. M. et al. Evaluation of a smoke-free forensic hospital: Patients' perspectives on issues and benefits. **Drug and Alcohol Review**, v. 31, n. 5, p. 672-677, 2012.

HERT, M. et al. Guidelines for screening and monitoring of cardiometabolic risk in schizophrenia: systematic evaluation. **The British Journal of Psychiatry**, v. 199, n. 2, p. 99-105, 2011.

HIMELHOCH, M. D.; RIDDLE, J.; GOLDMAN, H. H. Barriers to implementing evidence-based smoking cessation practices in nine community mental health sites. **Psychiatric Services**, v. 65, n.1, p. 75-80, 2014.

HIMELHOCH, S. et al. Care and management of cardiovascular risk factors among individuals with schizophrenia and type 2 diabetes who smoke. **General Hospital Psychiatry**, v. 31, n. 1, p. 30-32, 2009.

HITSMAN, B. et al. Treatment of tobacco dependence in mental health and addictive disorders. **Canadian Journal of Psychiatry**, v. 54, n. 6, p. 368-378, 2009.

HOGG, R. C. Contribution of monoamine oxidase inhibition to tobacco dependence: a review of the evidence. **Nicotine & Tobacco Research**, v. 18, n. 5, p. 509-523, 2016.

HOLFORD, T. R. et al. Tobacco control and the reduction in smoking-related premature deaths in the United States, 1964-2012. **Journal of the American Medical Association**, v. 311, n. 2, p. 164-171, 2014.

HOLTZMAN, A. **Memo to Horace Kornegay about Tax-Free Cigarettes for Patient Treatment (nº TCAL0004383)**. New York, 1975. Disponível em: <<http://legacy.library.ucsf.edu/tid/mkn96d00>>. Acesso em: 4 jul. 2016.

HUGHES, J. R. Effects of abstinence from tobacco: valid symptoms and time course. **Nicotine & Tobacco Research**, v. 9, n. 3, p. 315-327, 2007.

IGLESIAS, E. B. **Fumo**. São Paulo: Ciranda Cultural, 2008. 53 p.

IGLESIAS, R. M. et al. Estimating the size of illicit tobacco consumption in Brazil: findings from the global adult tobacco survey. **Tobacco Control**, 2016. In press. Disponível em: <<http://tobaccocontrol.bmj.com/content/early/2016/01/21/tobaccocontrol-2015-052465.abstract>>. Acesso em: 07 jul. 2016.

INDIA. Ministry of Health & Family Welfare. **Global Adult Tobacco Survey India 2009-2010**. India, 2010. 289 p.

JANCAR, J. **Cancer in the long-stay hospitals (nº 2025876464/6465)**. New York, 1979. Disponível em: <<http://legacy.library.ucsf.edu/tid/ams24e00>>. Acesso em: 8 jul. 2016.

JANOWSKY, D. S. et al. A cholinergic-adrenergic hypothesis of mania and depression. **The Lancet**, v. 2, n. 7779, p. 632-635, 1972.

JOCHELSON, K. Smoke-free legislation and mental health units: the challenges ahead. **British Journal of Psychiatry**, v. 189, n. 6, p. 479-480, 2006.

KAHLER, C. W. et al. Time-varying smoking abstinence predicts lower depressive symptoms following smoking cessation treatment. **Nicotine & Tobacco Research**, v. 13, n. 2, p. 146-150, 2011.

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. et al. A brief motivational intervention based on positive experience and temporary smoking abstinence: feasibility in a psychiatric hospital. **The European Journal of Psychiatry**, v. 26, n. 2, p. 127-134, 2012.

KELLY, D. L. et al. Cigarette smoking and mortality risk in people with schizophrenia. **Schizophrenia Bulletin**, v. 37, n. 4, p. 832-838, 2011.

_____. 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.

KENDLER, K. S. et al. Early smoking onset and risk for subsequent nicotine dependence: a monozygotic co-twin control study. **The American Journal of Psychiatry**, v. 170, n.4, p. 408-413., 2013.

KESSLER, D. A. The control and manipulation of nicotine in cigarettes. **Tobacco Control**, v. 3, n. 4, p. 362-369, 1994.

KONOPKA, H. **Note to Philip Morris (n° 2071540439)**. New York, 1995a. Disponível em: <<http://legacy.library.ucsf.edu/tid/jic60c00>>. Acesso em: 8 set. 2016.

KONOPKA, H. **Hellen Konopka AMI and FAMI Business Card (n° 2071540426)**. New York, 1995b. Disponível em: <<http://legacy.library.ucsf.edu/tid/kic60c00>>. Acesso em: 8 jul. 2016.

KNOTT, V. **Research Proposal. Tobacco Smoking as a Coping Mechanism in Psychiatric Patients: Psychological, Behavioral and Physiological Investigations (n° 504332664/2666)**. New York, 1983. Disponível em: <<http://legacy.library.ucsf.edu/tid/lrg58d00>> . Acesso em: 4 jul. 2016.

KOSMIDER, L. et al. Carbonyl compounds in electronic cigarettes vapors – effect of nicotine solvent and battery output voltage. **Nicotine & Tobacco Research**, v. 16, n. 10, p. 1319-1326, 2014.

KREDENTSER, M. S. et al. Cause and rate of death in people with schizophrenia across the lifespan: a population based study in Manitoba, Canada. **Journal of Clinical Psychiatry**, v. 75, n. 2, p. 154-161, 2014.

KRISHNADAS, R. et al. Nicotine dependence and illness severity in schizophrenia. The British **Journal of Psychiatry: the journal of mental science**, v. 201, n. 4, p. 306-312, 2012.

LAND, T. et al. Recent increases in efficiency in cigarette nicotine delivery: implications for tobacco control. **Nicotine & Tobacco Research**, v. 16, n. 6, p. 753-758, 2014.

LASSER, K. et al. Smoking and mental illness: a population based prevalence study. **JAMA**, v. 284, n. 20, p. 2606-2610, 2000.

LAW, M. R.; MORRIS, J. K.; WALD, N. J. Environmental tobacco smoke exposure and ischemic heart disease: an evaluation of the evidence. **British Medical Journal**, v. 315, n. 7114, p. 980-988, 1997.

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.

LAWN, S.; CAMPION, J. Achieving smoke-free mental health services: lessons from the past decade of implementation research. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 10, n. 9, p. 4224-4244, 2013.

LAWRENCE, D.; MITROU, F.; ZUBRICK, S. R. Non-specific psychological distress, smoking status and smoking cessation: United States National Health Interview Survey 2005. **BMC Public Health**, v. 11, n. 256, p. 1-13, 2011.

_____. Smoking and mental illness: results from populations surveys in Australia and the United States. **BMC Public Health**, v. 9, n. 284, p. 1-14, 2009.

LAWRENCE, D.; WILLIAMS, J. M. Trends in smoking rates by level of Psychological Distress – Time Series Analysis of US National Health Interview Survey Data 1997-2014. **Nicotine & Tobacco Research**, v. 18, n. 6, p. 1463-1470, 2016.

LECRUBIER, Y. et al. **MINI – Mini International Neuropsychiatric Interview, Brazilian Version 5.0.0**. Tradução P. Amorim. 2002. 25 p. Disponível: <<http://www.cosemssp.org.br/downloads/Cursos/Saude-Mental-DSM-07-03.pdf>>. Acesso em: 08 jul. 2016.

LEE, Y. O. et al. Multiple tobacco products use among adults in United States: cigarettes, cigars, electronic cigarettes, hookah, smokeless tobacco, and snus. **Preventive Medicine**, v. 62, n.1, p. 14-19, 2014.

LI, D. et al. Cigarette smoking and risk of completed suicide: a meta-analysis of prospective cohort studies. **Journal of Psychiatric Research**, v. 46, n. 10, p. 1257-1266, 2012.

LO, S. et al. Tobacco craving in smokers with and without schizophrenia. **Schizophrenia Research**, v. 127, n. 1-3, p. 241-245, 2011.

LOPEZ, M. R. A. et al. Prevalence and profile of daily smokers seen at three primary health care units in Pelotas, southern Brazil. **Trends in Psychiatry and Psychotherapy**, v. 34, n. 3, p. 154-160, 2012.

LUCAS, M. et al. Cigarette smoking and completed suicide: results from 3 prospective cohorts of American adults. **Journal of Affective Disorders**, v. 151, n. 3, p. 1053-1058, 2013.

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.

MALTA, D. C. et al. Smoking trends among Brazilian population – National Household Survey, 2008 and the National Health Survey, 2013. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 18, p. 45-56, 2015. Suplemento 2.

MANN-WROBEL, M. C. et al. Smoking history and motivation to quit in smokers with schizophrenia in a smoking cessation program. **Schizophrenia Research**, v. 126, n. 1-3, p. 277-283, 2011.

MACMAHON, B.; PUGH, T. **Principios y métodos de epidemiología**. México: Prensa Medica Mexicana, 1970. 339 p.

MARTINEZ, E. Z. **Bioestatística para os cursos de graduação a área da saúde**. São Paulo: Blucher, 2015.

MCCLAVE, A. K. et al. Smoking characteristics of adults with selected lifetime mental illnesses: results from the 2007 National Health Interview Survey. **American Journal of Public Health**, v. 100, n. 12, p. 2464-2472, 2010.

MCCOOL, J. et al. Crossing the smoking divide for young adults: expressions of stigma and identity among smokers and nonsmokers. **Nicotine & Tobacco Research**, v. 15, n. 2, p. 552-556, 2013.

MCKENZIE, M. M. et al. Religious involvement and health-related behaviors among black seventh-day Adventists in Canada. **Health promotion practice**, v. 16, n. 2, p. 264-270, 2015.

MESZAROS, Z. A. et al. Predictors of smoking severity in patients with schizophrenia and alcohol use disorders. **The American Journal on Addictions**, v. 20, n. 5, p. 462-467, 2011.

MEYER-LINDENBERG, A. et al. Neural mechanisms of genetics risk for impulsivity and violence in humans. **Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of American**, v. 103, n. 16, p. 6269-6274, 2006.

MINEUR, Y. S.; PICCIOTTO, M. R. Nicotine receptors and depression: revisiting and revising the cholinergic hypothesis. **Trends in Pharmacological Sciences**, v. 31, n. 12, p. 580-586, 2010.

MITCHELL, A. J. et al. Breast cancer screening in women with mental illness: comparative meta-analysis of mammography uptake. **The British Journal of Psychiatry**, v. 205, n. 6, p. 428-435, 2014.

_____. Guideline concordant monitoring of metabolic risk in people treated with antipsychotic medication: systematic review and meta-analysis of screening practices. **Psychological Medicine**, v. 42, n. 1, p. 125-147, 2012.

MORRIS, C. D. et al. Smoking reduction for persons with mental illnesses: 6-month results from community-based interventions. **Community Mental Health Journal**, v. 47, n. 6, p. 694-702, 2011.

MOSS, T. G. et al. Prefrontal cognitive dysfunction is associated with tobacco dependence treatment failure in smokers with schizophrenia. **Drug and Alcohol Dependence**, v. 104, n. 1-2, p. 94-99, 2009.

MURPHY, J. M. et al. Cigarette smoking in relation to depression: historical trends from the Stirling County Study. **American Journal of Psychiatry**, v. 160, n. 9, p. 1663-1669, 2003.

NATIONAL ASSOCIATION OF STATE MENTAL HEALTH PROGRAM DIRECTORS. **Tobacco-free living in psychiatric settings**. A best practices toolkit promoting wellness and recovery. Virginia: NASMHPD, 2010. 34 p. Disponível em: <<http://www.nasmhpd.org/content/tobacco-free-living-psychiatric-settings-best-practices-toolkit-promoting-wellness-and>>. Acesso em: 8 jul. 2016.

NATIONAL INSTITUTE OF HEALTH. **Severe mental illness tied to higher rates of substance use**. Maryland: NIH, 2014. Disponível: <<http://www.nih.gov/news/health/jan2014/nida-03.htm>>. Acesso em: 3 jul. 2016.

NG, M. et al. Smoking prevalence and cigarette consumption in 187 countries, 1980-2012. **Journal of the American Medical Association**, v. 311, n. 2, p. 183-192, 2014.

NORDINE, D. **Segmentation study: overview (nº 503752876-503753036)**. New York, 1981. Disponível em: <<http://legacy.library.ucsf.edu/tid/sny52d00>>. Acesso em: 4 jul. 2016.

O'BRIEN, R.M. A caution regarding rules of thumb for Variance Inflation Factors. **Quality & Quantity**, 41, n. 5, p. 673-690, 2007.

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.

OFFICE OF ENVIRONMENTAL HEALTH HAZARD ASSESSMENT. **Health effects of exposure to environmental tobacco smoke**. California: OEHHA, 1997. 66p. Disponível em: <http://www.oehha.org/air/environmental_tobacco/finalets.html>. Acesso em: 3 jul. 2016.

OLIVEIRA, R. M. et al. Desenvolvimento do aplicativo *TabacoQuest* para informatização de coleta de dados sobre tabagismo na enfermagem psiquiátrica. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, 2016. No prelo.

_____. Sociodemographic and clinical associations between nicotine dependence and mental illness. **British Journal of Medicine & Medical Research**, v. 4, n. 1, p. 125-138, 2014a.

_____. Nicotine dependence in the mental disorders, relationship with clinical indicators, and the meaning for the user. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, v. 22, n. 4, p. 685-692, 2014b.

OLIVEIRA, R. M.; FUREGATO, A. R. F. Dificuldades enfrentadas por pacientes psiquiátricos ao tentarem parar de fumar. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 20, 2016. No prelo.

_____. Esquizofrenia y dependencia del tabaco: una revisión integradora. **Revista Enfermería Global**, v. 11, n. 1, p. 381-402, 2012.

_____. The decreasing number of cigarettes during psychiatric hospitalization: intervention or punishment? **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 68, n. 1, p. 76-83, 2015.

_____. The opinion of patients with mental disorders about tobacco and its prohibition in psychiatric hospitalization. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 48, n. 3, p. 500-506, 2014.

OLIVEIRA, R. M.; SANTOS, J. L. F.; FUREGATO, A. R. F. Sociodemographic profile os smokers admitted to the psychiatric Ward of a general hospital. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 67, n. 3, p. 381-385., 2014.

_____. Factors associated with tobacco dependence in people with mental disorders. **Addiction Research & Therapy**, v. 6, n. 2, p. 231, 2015.

OLIVEIRA, R. M.; SIQUEIRA Jr., A. C.; FUREGATO, A. R. F. The meaning of smoking for patients with mental disorders. **Issues in Mental Health Nursing**, v. 36, n. 2, p. 127-134, 2015.

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.

ORELAND, L. et al. Smoking only explains part of the associations between platelet monoamine oxidase activity and personality. **Journal of neural transmission**, v. 109, n. 5-6, 2002.

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.

ORME, J. G.; COMBS-ORME, T. **Multiple regression with discrete dependent variables**. New York: Oxford University Press, 2009.

OSBORN, D. P. J. et al. Inequalities in the provision of cardiovascular screening to people with severe mental illnesses in the primary care: cohort study in the United Kingdom THIN Primary Care Database 2000-2007. **Schizophrenia Research**, v. 129, n. 2-3, p. 104-110, 2011.

PAGANO, M.; GAUVREAU, K. **Princípios de bioestatística**. São Paulo: Cengage Learning, 2011.

PANTANI, D.; PINSKY, I.; MONTEIRO, A. **Publicidade de tabaco no ponto de venda**. São Paulo: Ed. do Autor, 2011. 96 p.

PARIKH, V.; KUTLU, M. G.; GOULD, T. J. nAChR dysfunction as a common substrate for schizophrenia and comorbid nicotine addiction: current trends and perspectives. **Schizophrenia Research**, v. 171, n. 1-3, p. 1-15, 2016.

PARKS, J. et al. **Morbidity and mortality in people with serious mental illness**. Virginia: National Association of State Mental Health Program Directors, 2006. 87 p. Disponível em: <<http://www.nasmhpd.org/sites/default/files/Mortality%20and%20Morbidity%20Final%20Report%208.18.08.pdf>>. Acesso em: 8 jul. 2016.

PEDUZZI, P. et al. A simulation study of the number of events per variable in logistic regression analysis. **Journal of Clinical Epidemiology**, v. 49, n. 12, p. 1373-1379, 1996.

PEPPER, J. K. et al. How U.S. adults find out about electronic cigarettes: implications for public health messages. **Nicotine & Tobacco Research**, v. 16, n. 8, p. 1140-1144, 2014.

PÉREZ-PIÑAR, M. et al. Cardiovascular risk factors among patients with schizophrenia, bipolar, depressive, anxiety, and personality disorders. **European Psychiatry**, v. 35, p. 8-15, 2016.

PHILIP MORRIS COLLECTION. **Advertisement: schizophrenic. The new merit. We've got flavor down to a science (n° 2040270976)**. New York, 1986. Disponível em: <<http://legacy.library.ucsf.edu/tid/qrz74e00>>. Acesso em: 4 jul. 2016.

_____. Mental illness advocacy group battling hospital smoking ban in New York. **Psychiatric News**, v. XXIX, n. 18, p. 9-9, 1994. Disponível em: <<http://legacy.library.ucsf.edu/tid/nic60c00;jsessionid=956B52958CADCBD1A18029B6CF6F8743.tobacco03>>. Acesso em: 4 jul. 2016.

PHILLIPS, K. M.; BRANDON, T. H. Do psychologists adhere to the clinical practice guidelines for tobacco cessation? A survey of practitioners. **Professional Psychology: Research and Practice**, v. 35, n. 3, p. 281-285, 2004.

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, 2002.

PICCIOTTO, M. R. et al. It is not “either/or”: activation and desensibilization 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.

POIRIER, M. F. et al. Prevalence of smoking in psychiatric patients. **Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry**, v. 26, n. 3, p. 529-537, 2002.

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.

POPOVA, L.; LING, P. M. Alternative tobacco product use and smoking cessation: a national study. **American Journal of Public Health**, v. 103, n. 5, p. 923-930, 2013.

POST, A. et al. Symptoms of nicotine dependence in a cohort of Swedish youths: a comparison between smokers, smokeless tobacco users and dual tobacco use. **Addiction**, v. 105, n. 4, p. 740-746, 2010.

PROCHASKA, J. J. Smoking and mental illness: breaking the link. **The New England Journal of Medicine**, v. 365, n. 3, p. 196-198, 2011.

PROCHASKA, J. J. et al. An online survey of tobacco use, intentions to quit, and cessation strategies among people living with bipolar disorder. **Bipolar Disorders**, v. 13, n. 5-6, p. 466-473, 2011.

_____. Efficacy of initialing tobacco dependence treatment in inpatient psychiatry: a randomized controlled trial. **American Journal of Public Health**, v. 104, n. 8, p. 1557-1565, 2014.

_____. Likelihood of unemployed smokers vs nonsmokers attaining reemployment in a one-year observational study. **JAMA Internal Medicine**, v. 176, n. 5, p. 662-670, 2016.

_____. Tobacco use and its treatment among young people in mental health settings: a qualitative analysis. **Nicotine & Tobacco Research**, v. 15, n. 8, p. 1427-1435, 2013.

_____. 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.; HALL, S. M.; BERO, L. Tobacco use among individuals with schizophrenia: what role has the tobacco industry played? **Schizophrenia Bulletin**, v. 34, n. 3, p. 555-567, 2008.

RABE-HESKETH, S.; EVERITT, B. **A handbook of Statistical Analyses using Stata**. 3rd edition. New York: Chapman & Hall, 2004. 304 p.

RATSCHEN, E.; BRITTON, J.; MCNEILL, A. The smoking culture in psychiatry: time for change. **The British Journal of Psychiatry**, v. 198, n. 1, p. 6-7, 2011.

RATSCHEN, E. et al. Tobacco dependence, treatment and smoke-free policies: a survey of mental health professionals' knowledge and attitudes. **General Hospital Psychiatry**, v. 31, p. 576-582, 2009.

REGAN, A. K. et al. Electronic nicotine delivery system: adult use and awareness of the "e-cigarette" in the USA. **Tobacco Control**, v. 22, n. 1, p. 19-23, 2013.

RITCHIE, D.; AMOS, A.; MARTIN, C. "But it just has that sort of feel about it, a leper" – Stigma, smoke-free legislation and public health. **Nicotine & Tobacco Research**, v. 12, n. 6, p. 622-629, 2010.

RITSNER, M. S. et al. Ten-year quality of life outcomes among patients with schizophrenia and schizoaffective disorders II. Predictive value of psychosocial factors. **Quality of Life Research**, v. 21, n. 6, p. 1075-1084, 2012.

ROBERSON, E. S. **Hawaii State Hospital Request to RJ Reynolds for Cigarettes** (nº 522700931/0932). New York, 2000. Disponível em: <<http://legacy.library.ucsf.edu/tid/xsm70d00>>. Acesso em: 4 jul. 2016.

RODGMAN, A.; PERFETTI, T. A. **The chemical components of tobacco and tobacco smoke**. 2nd ed. New York, 2013. 2332 p.

ROSE, J. E. Nicotine and nonnicotine factors in cigarette addiction. **Psychopharmacology**, v. 184, n. 3-4, p. 274-285, 2006.

ROSEMBERG, J. **Nicotina: droga universal**. São Paulo: SES/CVE, 2003. 174 p.

_____. **Pandemia do tabagismo: enfoques históricos e atuais**. São Paulo: S.E.S., 2002. 184 p.

_____. **Tabagismo, sério problema de saúde pública**. São Paulo: ALMED, 1987. 370 p.

ROTHMAN, K. J., GREELAND, S., TIMOTHY, L. L. **Modern Epidemiology**. 3rd ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2008. 758 p.

ROYAL COLLEGE OF PHYSICIANS. **Smoking and mental health: a joint report by the Royal College of Physicians and the Royal College of Psychiatrists**. London: RC PSYCH, 2013. 200p.

ROYAL COLLEGE OF PSYCHIATRISTS. **Whole-person care: from rhetoric to reality. Achieving parity between mental and physical health**. London: RC PSYCH, 2013. 12 p.

RUFFINO-NETTO, A.; PASSOS, A. D. C. Epidemiologia: conceitos e usos. In: FRANCO, L. J.; PASSOS, A. D. C. **Fundamentos de Epidemiologia**. Barueri: Manole, 2005. 380 p.

RUTHER, T. et al. EPA guidance on tobacco dependence and strategies for smoking cessation in people with mental illness. **European Psychiatry**, v. 29, n. 2, p. 65-82, 2014.

SADOCK, B.J.; SADOCK, V.A. **Compêndio de psiquiatria: ciência do comportamento e psiquiatria clínica**. 9. ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.

SALIN-PASCUAL, R. J. Nicotine antidepressant effects as a predictor response to desimipramine or fluoxetine in non-smoking major depressed patients. **Salud Mental**, v. 25, n. 2, p. 16-20, 2002.

_____. Antidepressant effect of transdermal nicotine patches in nonsmoking patients with major depression. **The Journal of Clinical Psychiatry**, v. 57, n. 9, p. 387-389, 1996.

SÃO PAULO (Estado). Conselho Regional de Enfermagem. **Parecer COREN-SP GAB nº 063/2011**. São Paulo: COREN, 2011. Disponível em: <http://inter.coren-sp.gov.br/sites/default/files/063_2011_equipe_enfermagem_fornecer_cigarros_pacientes_internados_instituicao_psiquiatrica.pdf>. Acesso em: 8 Jul. 2016.

SCHACHT, L.; ORTIZ, G.; LANE, M. **Smoking policies and practices in state psychiatric facilities: survey results from 2011**. Falls Church: National Association of State Mental Health Program Directors Research Institute, 2012.

SCHERER, E. A.; SCHERER, Z. A. P. Patients', families', and staff's opinion within a psychiatric infirmary. **Revista Enfermagem UERJ**, v. 22, n. 3, p. 376-382, 2014.

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.

SCHROEDER, S. A. A 51-year-old woman with bipolar disorder who wants to quit smoking. **Journal of the American Medical Association**, v. 301, n. 5, p. 522-5531, 2009.

_____. How clinicians can help smokers to quit. **Journal of American Medical Association**, v. 308, n. 15, p. 1586-1587, 2012.

_____. Smoking cessation should be an integral part of serious mental illness treatment. **World Psychiatry**, v. 15, n. 2, p. 175-176, 2016.

_____. Stranded in the periphery – the increasing marginalization of smokers. **The New England Journal of Medicine**, v. 358, n. 21, p. 2284-2286, 2008.

SCHROEDER, S. A.; KOH, H. K. Tobacco control 50 years after the 1964 Surgeon General's Report. **Journal of the American Medical Association**, v. 311, n. 2, p. 141-143, 2014.

SCHROEDER, S. A.; MORRIS, C. D. Confronting a neglected epidemic: tobacco cessation for persons with mental illnesses and substance abuse problems. **Annual Review of Public Health**, v. 31, p. 297-314, 2010.

SEGARRA, R. et al. Cognitive performance and smoking in first-episode psychosis: the self-medication hypothesis. **European archives of psychiatry and clinical neuroscience**, v. 261, n. 4, p. 241-250, 2011.

SHIRAKAWA, I. **O ajustamento social na esquizofrenia**. São Paulo: Casa Leitura, 2009. 143 p.

SHOPIK, N. A. et al. Impact of smoke-free hospital grounds policies: patient experiences and perceptions. **Health Policy**, v. 108, n. 1, p. 93-99, 2012.

SILVA, C. P.; VOIGT, C. L.; CAMPOS, S. X. Determinação de íons metálicos em cigarros contrabandeados no Brasil. **Revista Virtual de Química**, v. 6, n. 5, p. 1249-1259, 2014.

SIRU, R. et al. Motivation to quit smoking among hospitalized individuals with and without mental health disorders. **The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry**, v. 44, n. 7, p. 640-647, 2010.

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.

SMITH, A. L.; CHAPMAN, S. Quitting smoking unassisted: the 50 year research neglect of a major public health phenomenon. **Journal of the American Medical Association**, v. 311, n. 2, p. 137-138, 2014.

SMITH, P. H. et al. Cigarette smoking and mental illness: a study of nicotine withdrawal. **American Journal of Public Health**, v. 104, n. 2, p. 127-133, 2014.

SMITH, P. H.; MAZURE, C. M.; MCKEE, S. A. Smoking and mental illness in the US Population. **Tobacco Control**, v. 23, p. e147-e153, 2014.

SOARES, M. F. et al. Individual and collective empowerment and associated factors among Brazilian adults: a cross-sectional study. **BMC Public Health**, v. 15, n. 775 1-11, 2015.

SOUZA, E.S.T. et al. Escala razões para fumar modificada: tradução e adaptação cultural para o português para uso no Brasil e avaliação da confiabilidade teste-reteste. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, v. 35, n. 7, p. 683-689, 2009.

SRIHARI, V. H. et al. Cardiovascular mortality in schizophrenia: defining a critical period for prevention. **Schizophrenia Research**, v. 146, n. 1-3, p. 64-68, 2013.

STAHL, S. M. **Psicofarmacologia: bases neurocientíficas e aplicações práticas**. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013.

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.

STEVENSON, T.; PROCTOR, R. N. The secret and soul of Marlboro: Phillip Morris and the origins, spread, and denial of nicotine freebasing. **American Journal of Public Health**, v. 98, n. 7, p. 1184-1194, 2008.

STEWART, D. W. et al. Smoking topography and outcome expectancies among individuals with schizotypy. **Psychiatry Research**, v. 205, n. 3, p. 205-212, 2013.

STUBER, J.; GALEA, S. Who conceals their smoking status from their health care provider? **Nicotine & Tobacco Research**, v. 11, n. 3, p. 303-307, 2009.

SZATKOWSKI, L.; MCNEILL, A. Diverging trends in smoking behaviors according to mental health status. **Nicotine & Tobacco Research**, v. 17, n. 3, p. 356-360, 2015.

_____. The delivery of smoking cessation interventions to primary care patients with mental health problems. **Addiction**, v. 108, n. 8, p. 1487-1494, 2013.

SZKLO, A. S. et al. A snapshot of the striking decrease in cigarette smoking prevalence in Brazil between 1989 and 2008. **Preventive Medicine**, v. 54, n. 2, p. 162-167, 2012a.

_____. Changes in cigarette consumption patterns among Brazilians smokers between 1989 and 2008. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 28, n. 11, p. 2211-2215, 2012b.

SZKLO, M.; NIETO, J. **Epidemiology: beyond the basics**. 3rd ed. Massachusetts: Jones & Bartlett Learning, 2014.

TALATI, A. et al. Smoking and psychological increasingly associated in recent births cohorts. **Drug and Alcohol Dependence**, v. 133, n. 2, p. 724-733, 2013.

TAYLOR, G. et al. Change in mental health after smoking cessation: systematic review and meta-analysis. **British Medical Journal**, v. 348, p. 1-22, 2014.

THOMPSON, L.; PEARCE, J.; BARNETT, J. R. Moralising geographies: stigma, smoking islands and responsible subjects. **Area**, v. 39, n. 4, p. 508-517, 2007.

TIDEY, J. W.; CASSIDY, R. N.; MILLER, M. E. Smoking topography characteristics of very low nicotine content cigarettes, with and without nicotine replacement, in smokers with schizophrenia and controls. **Nicotine & Tobacco Research**, 2016. In press. Disponível em: < <http://ntr.oxfordjournals.org/content/early/2016/03/31/ntr.ntw089.abstract> >. Acesso em: 07 Jul. 2016.

TIDEY, J. W.; ROHSENOW, D. J. Smoking expectancies and intention to quit in smokers with schizophrenia, schizoaffective disorder and non-psychiatric disorder. **Schizophrenia Research**, v. 115, n. 2-3, p. 310-316, 2009.

TORRES, L. D. et al. Quitting smoking does not increase the risk of major depressive episodes among users of internet smoking cessation interventions. **Psychological Medicine**, v. 40, n. 3, p. 441-449, 2010.

TSOI, D. T.; PORWAL, M.; WEBSTER, A. C. Interventions for smoking cessation and reduction in individuals with schizophrenia (Review). **The Cochrane Library**, n. 2, 2013.

TVERDAL, A. et al. Mortality in relation to smoking history: 13 years' follow-up of 68,000 Norwegian men and women 35-49 years. **Journal of Clinical Epidemiology**, v. 46, n. 5, p. 475-487, 1993.

UNIVERSITY OF CALIFORNIA. **Legacy Tobacco Documents Library**. São Francisco, 2014. Disponível em: < <http://legacy.library.ucsf.edu/> >. Acesso em: 4 jul. 2016.

U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES. **The health consequences of smoking – 50 years of progress**. Rockville: USDHHS, 2014. 943 p.

_____. **A report of the Surgeon General: How tobacco smoke cause disease: what it means to you**. Rockville: USDHHS, 2010a. 18 p. Disponível em: <https://www.cdc.gov/tobacco/data_statistics/sgr/2010/consumer_booklet/pdfs/consumer.pdf>. Acesso em: 8 jul. 2016.

_____. **How tobacco smoke cause disease: the biology and behavioral basis for smoking-attributable disease**. Rockville: USDHHS, 2010b. 706 p.

_____. **Preventing tobacco use among youth and young adults**. Rockville: USDHHS, 2012a. 899 p.

_____. Harmful and potentially harmful constituents in tobacco products and tobacco smoke: established list. **Federal Register**, v. 77, n. 64, p. 20034-20037, 2012b. Disponível em:

<<http://www.fda.gov/downloads/TobaccoProducts/Labeling/RulesRegulationsGuidance/UCM297981.pdf>>. Acesso em: 8 jul. 2016.

_____. **Risks associated with smoking cigarettes with low machine-measured yields of tar and nicotine**. 2001. 236 p. Disponível em:

<http://cancercontrol.cancer.gov/brp/TCRB/monographs/13/m13_complete.pdf>. Acesso em: 8 jul. 2016.

_____. **The health consequences of involuntary exposure to tobacco smoke**. Atlanta: USDHHS, 2006. 709 p.

U.S. DEPARTMENT OF HEALTH, EDUCATION, AND WELFARE. **Smoking and Health**: report of the advisory committee to the surgeon general of the public health service. 1964. 387 p. Disponível em: <<https://profiles.nlm.nih.gov/ps/access/nnbbmq.pdf>>. Acesso em: 8 jul. 2016.

U.S. FOOD AND DRUG ADMINISTRATION. **FDA Issues Public Health Advisory on Chantix**. 2008. Disponível em:

<<http://www.fda.gov/NewsEvents/Newsroom/PressAnnouncements/2008/ucm116849.htm>>. Acesso em: 8 jul. 2016.

VOCI, S. et al. Impact of smoke-free policy in a large psychiatric hospital on staff attitudes and patient behavior. **General Hospital Psychiatry**, v. 32, n. 6, p. 623-630, 2010.

VOGEL, R. I. et al. Sex differences in response to reduced nicotine content cigarettes. **Addictive Behaviors**, v. 39, n. 7, p. 1197-1204, 2014.

VOLKER, M. A. Reporting effect size estimates in school psychology research. **Psychology in the Schools**, v. 43, n. 6, p. 653-672, 2006.

WARD, P. R. et al. Additive and subtractive resilience strategies as enablers of biographical reinvention: a qualitative study of ex-smokers and never smokers. **Social Science & Medicine**, v. 72, n. 7, p. 1140-1148, 2011.

WEINBERGER, A. H. et al. Examining antidepressant drug response by smoking status: why it is important and how often is it done? **Journal of Psychopharmacology**, v. 25, n. 10, p. 1269-1276, 2011.

WEINBERGER, A. H.; GEORGE, T. P.; MCKEE, S. A. Differences in smoking expectancies in smokers with and without a history of major depression. **Addictive Behavior**, v. 36, n. 4, p. 434-437, 2011.

WIJESUNDERA, H.; HANWELLA, R.; SILVA, V. A. Antipsychotic medication and tobacco use among outpatients with schizophrenia: a cross-sectional study. **Annals of General Psychiatry**, v. 13, n. 1, p. 7, 2014.

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.

WITSCHI, H. Profiles in toxicology: a short history of lung cancer. **Toxicological Sciences**, v. 64, n. 1, p. 4-6, 2001.

WYE, P. M. et al. Smoking restrictions and treatment for smoking: policies and procedures in psychiatric inpatient units in Australia. **Psychiatric Services**, v. 60, n. 1, p. 100-107, 2009.

WYNDER, E. L.; GRAHAM, E. A. Tobacco smoking as a possible etiologic factor in bronchiogenic carcinoma. **Journal of the American Medical Association**, v. 143, n. 4, p. 329-336, 1950.

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: 8 jul. 2016.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Constitution of the World Health Organization**. Geneva: WHO, 1946. Disponível em:

<http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf>. Acesso em: 8 jul. 2016.

_____. **Global action plan: for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013-2020**. Geneva: WHO, 2013c.

_____. **Global Adult Tobacco Survey (GATS)**. Quick links. 2016. Disponível em: <<http://www.who.int/tobacco/surveillance/survey/gats/en/>> . Acesso em: 06 jul. 2016.

_____. **Parties to the WHO Framework Convention on Tobacco Control**. 2014. Disponível em: < http://www.who.int/fctc/signatories_parties/en/>. Acesso em: 2 jul. 2016.

_____. **The European Mental Health Action Plan**. Dinamarca: WHO, 2013a. Disponível em: <http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/194107/63wd11e_MentalHealth-3.pdf?ua=1>. Acesso em: 8 jul. 2016.

_____. **The GATS Atlas: Global Adult Tobacco Survey**. Geneva: WHO, 2015b.

_____. **Who report on the Global Tobacco Epidemic, 2013: Enforcing bans on tobacco advertising, promotion and sponsorship**. Geneva: WHO, 2013b.

_____. **WHO report on the Global Tobacco Epidemic, 2015: Raising taxes on tobacco.** Geneva: WHO, 2015a.

WU, Q. et al. Economic cost of smoking in people with mental disorders in the UK. **Tobacco Control**, v. 24, n. 5, 2014.

WU, T.H. et al. Pharmacokinetics of olanzapine in Chinese male schizophrenic patients with various smoking behaviors. **Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry**, v. 32, n. 8, p. 1889-93, 2008.

YAWORSKI, D. et al. The relationship between nicotine dependence and suicide attempts in the general population. **Canadian Journal of Psychiatry**, v. 56, n. 3, p. 161-170, 2011.

ZEVIN, S.; BENOWITZ, N. L. Drug interactions with tobacco smoking: an update. **Clinical Pharmacokinetics**, v. 36, n. 6, p. 425-438, 1999.

ZHU, S. H. et al. The use and perception of electronic cigarette and snus among the U.S. Population. **PLoS One**, v. 8, n. 10, e79332, 2013.

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.

ZORTÉA, K. et al. Nutritional status of patients with schizophrenia who attend the Psychosocial Care Center (CAPS), Hospital de Clínicas de Porto Alegre. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 59, n. 2, p. 126-130, 2010.

APÊNDICE A

QUESTIONÁRIO DE IDENTIFICAÇÃO DOS PACIENTES QUE FREQUENTAM OS SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL E DE ATENÇÃO BÁSICA

Número do questionário: _____
 Local do estudo: ①ASM ②Hospital Psiquiátrico ③UBS
 Data da entrevista: ____/____/____

A) IDENTIFICAÇÃO PESSOAL

A1	Iniciais				
A2	Data de nascimento	____/____/19____			
A3	Sexo	①Feminino		②Masculino	
A4	Escolaridade	①Analfabeto		⑥Superior incompleto	
		②Fundamental incompleto		⑦Superior completo	
		③Fundamental completo		⑧Pós-graduação	
		④Médio incompleto			
		⑤Médio completo			
A5	Estado civil	①Solteiro		④Viúvo	
		②Casado			
		③Separado/divorciado			
A6	Arranjo domiciliar	①Vive só		④Com companheiro apenas	
		②Sem companheiro, com Familiares		⑤Com companheiro e familiares	
		③Sem companheiro, com outras Pessoas		⑥Com companheiro e outras pessoas	
A7	Filhos	①Sim		②Não	
A8	Nº de filhos	____			
A9	Religião autorreferida	①Católica		④Outra	
		②Evangélica		⑤Sem religião	
		③Espírita			
A10	Prática religiosa	①Sim		③Não se aplica	
		②Não			

B) IDENTIFICAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA

B1	Ocupação atual	①Aposentado	⑥Empregado sem carteira de trabalho assinada
		②Do lar	
		③Estudante	
		④Empregador	
		⑤Empregado com carteira de trabalho assinada	
B2	Benefícios do governo	①Aposentadoria por idade e/ ou tempo de contribuição	⑤Lei Orgânica de Assistência Social (LOAS)
		②Aposentadoria por invalidez	⑥Programa de volta pra casa
		③Auxílio doença	⑦Outro
		④Bolsa Família	⑧Não recebe
B3	Trabalhava antes do transtorno mental?	①Sim	③Não se aplica
		②Não	
B4	Deixou de trabalhar devido ao transtorno?	①Sim	③Não se aplica
		②Não	

E) OPINIÃO SOBRE O FUMO E SUA PROIBIÇÃO NOS SERVIÇOS DE SAÚDE

Em relação às afirmações:		Concordo	Discordo	Não sabe
E1	Fumar nos serviços de saúde é um direito dos pacientes	①	②	③
E2	Permitir o fumo nos serviços de saúde é uma omissão de cuidados	①	②	③
E3	Permitir o fumo nos serviços de saúde é uma falta de respeito para com os pacientes e os profissionais que não fumam	①	②	③
E4	O fumo de tabaco deveria ser proibido em todos os serviços de saúde	①	②	③
E5	O fumo de tabaco deveria ser proibido em todos os serviços de saúde, exceto naqueles que atendem pacientes psiquiátricos	①	②	③
E6	Se o fumo de tabaco fosse proibido, não voltaria a frequentar este estabelecimento de saúde (ASM, HP ou UBS)	①	②	③
E7	Proibir o uso de tabaco nos serviços de saúde mental pode agravar os sintomas dos pacientes psiquiátricos	①	②	③
E8	Permitir que o paciente psiquiátrico fume, é uma forma dos profissionais se sentirem seguros quanto a agressões	①	②	③
E9	O cigarro é usado nos serviços de saúde para facilitar o diálogo entre os pacientes e os profissionais	①	②	③
E10	O cigarro é usado nos serviços de saúde mental para incentivar o paciente psiquiátrico a tomar os medicamentos	①	②	③
E11	O cigarro é usado nos serviços de saúde mental para incentivar o paciente psiquiátrico a participar das atividades terapêuticas (grupos, oficinas, etc).	①	②	③

Inserir para aplicação apenas com os fumantes:

- **F1 – F8** - Teste de Dependência à Nicotina de Fagerström (Anexo F);
- **G1 – G6** – Ladder Scale;
- **H1 – H22** - Escala Razões para fumar Modificada (ERPFM) (Anexo G).

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Estamos realizando uma pesquisa em três serviços de saúde de Marília: Ambulatório de saúde mental; Hospital Espírita de Marília; e, UBS Nova Marília. Com esta pesquisa, queremos saber o número de fumantes de cigarros que existe em cada um desses serviços e conhecer quem são essas pessoas. Você e os outros pacientes atendidos nestes serviços estão sendo convidados a participarem como voluntários da pesquisa “Prevalência e perfil do tabagismo entre portadores de transtorno mental e a população geral”.

Se você concordar em participar, serão feitas algumas perguntas para te identificar, por exemplo, quando nasceu, se estudou, estado civil, com quem mora, se tem filhos, religião, se trabalha atualmente, se tem algum problema de saúde físico ou psiquiátrico, se já foi internado, se fuma cigarros. Também serão feitas algumas perguntas para saber o que você pensa sobre proibir que os pacientes fumem enquanto estão internados ou quando estão aguardando consulta no ambulatório ou no posto de saúde. Se você for fumante, serão feitas algumas perguntas para saber o quanto o seu organismo precisa do cigarro (dependência), os motivos que levam você a fumar e se tem vontade de deixar de fumar. Peço permissão para anotar do seu prontuário os diagnósticos médicos e as medicações que você está usando, no momento. Essa anotação será feita depois que terminarmos a nossa conversa.

A entrevista terá duração de mais ou menos 60 minutos e será realizada em um único encontro, em uma sala desse serviço. Suas respostas serão anotadas, se você permitir.

Sua participação é voluntária. Você pode recusar participar da pesquisa ou interromper sua participação mesmo depois de iniciada a entrevista, sem qualquer prejuízo. As suas respostas vão se juntar com as respostas de outros pacientes para escrevermos um trabalho que será apresentado em revistas científicas da área de enfermagem. O seu nome nunca será revelado.

Se você sentir algum desconforto ao falar sobre suas experiências pessoais, você poderá interromper a entrevista ou não responder as perguntas que te incomodarem. Você também poderá se sentir cansado devido à longa duração da entrevista. Embora esteja previsto um único encontro, poderemos marcar outro encontro para continuarmos. Sua participação nesta pesquisa não te trará benefícios. Você não receberá nenhum tipo de pagamento ou recompensa e também não terá nenhum tipo de vantagem no atendimento neste serviço. Com sua participação você apenas estará ajudando os profissionais a entenderem melhor quem são as pessoas que fumam e frequentam os serviços de saúde de Marília, contribuindo para melhorar o cuidado para todos os pacientes. As dúvidas que você tiver sobre esta pesquisa serão respondidas. Você não terá gastos para participar do estudo. Não está previsto nenhum tipo de risco para você. Entretanto, se ocorrer qualquer tipo de dano, devido a sua participação nesta pesquisa, você será indenizado, de acordo com as leis vigentes no país.

Se concordar em participar, pedimos que assine duas vias desse documento. Uma via original assinada ficará com você para contato conosco quando necessário.

Eu, _____, aceito participar de uma entrevista para a pesquisa “Prevalência e perfil do tabagismo entre portadores de transtorno mental e a população geral”, após ter sido orientado (a) sobre os aspectos éticos da minha participação. Sei que minha participação é voluntária, que meu nome não será revelado e que posso desistir de participar da pesquisa a qualquer momento.

_____, ____ de _____ de 2014

(assinatura do participante)

(assinatura do responsável, se necessário)

Pesquisadores

Renata Marques de Oliveira
Doutoranda da EERP-USP
E-mail: renatamarques@ymail.com

Antonia Regina Ferreira Furegato
Professora titular Sênior da EERP-USP
E-mail: furegato@eerp.usp.br

Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (EERP/USP)

Função: Acompanhar o desenvolvimento das pesquisas. Garantir que os aspectos éticos sejam respeitados pelo pesquisador e que não haja qualquer tipo de prejuízo para os participantes

Horário de funcionamento: 2ª a 6ª feira, das 8h às 17h.

Contato: Av. Bandeirantes, 3900, CEP: 14040-902, Ribeirão Preto/SP.

(16) 3602-3386, e-mail: cep@eerp.usp.br

TERMO DE ASSENTIMENTO

Estamos realizando uma pesquisa em três serviços de saúde de Marília: Ambulatório de saúde mental; Hospital Espírita de Marília; e, UBS Nova Marília. Com esta pesquisa, queremos saber o número de fumantes de cigarros que existe em cada um desses serviços e conhecer quem são essas pessoas. Você e os outros pacientes atendidos nestes serviços estão sendo convidados a participarem como voluntários da pesquisa “Prevalência e perfil do tabagismo entre portadores de transtorno mental e a população geral”.

Como você ainda não tem 18 anos, se aceitar participar da pesquisa, o seu responsável precisará assinar um documento dizendo que autoriza que você participe. Esse documento só será entregue a ele se você quiser participar.

Se você concordar em participar, serão feitas algumas perguntas para te identificar, por exemplo, quando nasceu, se estudou, estado civil, com quem mora, se tem filhos, religião, se trabalha atualmente, se tem algum problema de saúde físico ou psiquiátrico, se já foi internado, se fuma cigarros. Também serão feitas algumas perguntas para saber o que você pensa sobre proibir que os pacientes fumem enquanto estão internados ou quando estão aguardando consulta no ambulatório ou no posto de saúde. Se você for fumante, serão feitas algumas perguntas para saber o quanto o seu organismo precisa do cigarro (dependência), os motivos que levam você a fumar e se tem vontade de deixar de fumar. Peço permissão para anotar do seu prontuário os diagnósticos médicos e as medicações que você está usando, no momento. Essa anotação será feita depois que terminarmos a nossa conversa.

A entrevista terá duração de mais ou menos 60 minutos e será realizada em um único encontro, em uma sala desse serviço. Suas respostas serão anotadas, se você e o seu responsável permitirem.

Sua participação é voluntária. Você e seu responsável podem recusar participar da pesquisa ou interromper sua participação mesmo depois de iniciada a entrevista, sem qualquer prejuízo. As suas respostas vão se juntar com as respostas de outros pacientes para escrevermos um trabalho que será apresentado em revistas científicas da área de enfermagem. O seu nome nunca será revelado.

Se você sentir algum desconforto ao falar sobre suas experiências pessoais, você poderá interromper a entrevista ou não responder as perguntas que te incomodarem. Você também poderá se sentir cansado devido à longa duração da entrevista. Embora esteja previsto um único encontro, poderemos marcar outro encontro para continuarmos. Sua participação nesta pesquisa não trará benefícios diretos a você nem ao seu responsável. Vocês não receberão nenhum tipo de pagamento ou recompensa e também não terão nenhum tipo de vantagem no atendimento neste serviço. Com sua participação você apenas estará ajudando os profissionais a entenderem melhor quem são as pessoas que fumam e frequentam os serviços de saúde de Marília, contribuindo para melhorar o cuidado para todos os pacientes. As dúvidas que vocês tiverem sobre esta pesquisa serão respondidas. Vocês não terão gastos com sua participação no estudo. Não está previsto nenhum tipo de risco para você. Entretanto, se ocorrer qualquer tipo de dano, devido a sua participação nesta pesquisa, você será indenizado, de acordo com as leis vigentes no país.

Se concordar em participar, pedimos que assine duas vias desse documento. Uma via original assinada ficará com você para contato conosco quando necessário.

Eu, _____, aceito participar de uma entrevista para a pesquisa “Prevalência e perfil do tabagismo entre portadores de transtorno mental e a população geral”, após ter sido orientado (a) sobre como

será minha participação. Sei que minha participação é voluntária, que meu nome não será revelado e que posso desistir de participar da pesquisa a qualquer momento.

_____, ____ de _____ de 2014

(assinatura do menor de idade)

Pesquisadores

Renata Marques de Oliveira
Doutoranda da EERP-USP
E-mail: renatamarques@ymail.com

Antonia Regina Ferreira Furegato
Professora Titular Sênior da EERP-USP
E-mail: furegato@eerp.usp.br

Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (EERP/USP)

Função: Acompanhar o desenvolvimento das pesquisas. Garantir que os aspectos éticos sejam respeitados pelo pesquisador e que não haja qualquer tipo de prejuízo para os participantes

Horário de funcionamento: 2ª a 6ª feira, das 8h às 17h.

Contato: Av. Bandeirantes, 3900, CEP: 14040-902, Ribeirão Preto/SP.

(16) 3602-3386, e-mail: cep@eerp.usp.br

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Estamos realizando uma pesquisa em três serviços de saúde de Marília: Ambulatório de saúde mental; Hospital Espírita de Marília; e, UBS Nova Marília. Com esta pesquisa, queremos saber o número de fumantes de cigarros que existe em cada um desses serviços e conhecer quem são essas pessoas. O menor de idade _____

_____ e os outros pacientes estão sendo convidado para participarem como voluntários da pesquisa **“Prevalência e perfil do tabagismo entre portadores de transtorno mental e a população geral”**. Para que ele participe, precisamos de sua autorização como seu responsável.

Se você concordar que ele participe, serão feitas algumas perguntas para identifica-lo, por exemplo, quando nasceu, se estudou, com quem mora, se tem filhos, religião, se trabalha atualmente, se tem algum problema de saúde físico ou psiquiátrico, se já foi internado, se fuma cigarros. Também serão feitas algumas perguntas para saber o que ele pensa sobre proibir que os pacientes fumem enquanto estão internados ou quando estão aguardando consulta no ambulatório ou no posto de saúde. Se ele for fumante, serão feitas algumas perguntas para saber o quanto o organismo dele precisa do cigarro (dependência), os motivos que o levam a fumar e se tem vontade de deixar de fumar. Peço sua permissão para anotar do prontuário os diagnósticos médicos e as medicações que ele está usando no momento. Essa anotação será feita depois que terminarmos a entrevista.

A entrevista terá duração de mais ou menos 60 minutos e será realizada em um único encontro, em uma sala desse serviço. As respostas serão anotadas, se você permitir.

A participação é voluntária. Você pode recusar que ele participe da pesquisa ou interromper a participação mesmo depois de iniciada a entrevista, sem qualquer prejuízo. As respostas dele vão se juntar com as respostas de outros pacientes para escrevermos um trabalho que será apresentado em revistas científicas da área de enfermagem. O nome dele nunca será revelado.

Se ele sentir algum desconforto ao falar sobre suas experiências pessoais, ele poderá interromper a entrevista ou não responder as perguntas que o incomodarem. Ele também poderá se sentir cansado, pela longa duração da entrevista. Embora esteja previsto um único encontro, se ele quiser, poderemos marcar outro encontro para continuarmos. A participação nesta pesquisa não trará benefícios diretos a ele nem a você. Vocês não receberão nenhum tipo de pagamento ou recompensa e também não terão nenhum tipo de vantagem no atendimento neste serviço. Com a participação, ele apenas estará ajudando os profissionais a entenderem melhor quem são as pessoas que fumam e frequentam os serviços de saúde de Marília, contribuindo para melhorar o cuidado para todos os pacientes. As dúvidas que vocês tiverem sobre esta pesquisa serão respondidas. Você não terá gastos com participação dele no estudo. Não está previsto nenhum tipo de risco para ele. Entretanto, se ocorrer qualquer tipo de dano, devido à participação nesta pesquisa, ele será indenizado, de acordo com as leis vigentes no país.

Pedimos que assine duas vias desse documento. Uma via original assinada ficará com você para contato conosco quando necessário.

Eu, _____, responsável legal pelo (a) menor _____, aceito que ele (a) participe de uma entrevista para a pesquisa “Prevalência e perfil do tabagismo entre portadores de transtorno mental e a população geral”, após ter sido orientado (a) sobre os aspectos éticos de sua participação. Sei que a participação é voluntária, que o nome dele não será revelado e que ele pode deixar de participar da pesquisa a qualquer momento.

_____, ____ de _____ de 2014

(assinatura do responsável pelo menor de idade)

Renata Marques de Oliveira
Doutoranda da EERP-USP
E-mail: renatamarques@ymail.com

Antonia Regina Ferreira Furegato
Professora titular Sênior da EERP-USP
E-mail: furegato@eerp.usp.br

Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (EERP/USP)

Função: Acompanhar o desenvolvimento das pesquisas. Garantir que os aspectos éticos sejam respeitados pelo pesquisador e que não haja qualquer tipo de prejuízo para os participantes

Horário de funcionamento: 2ª a 6ª feira, das 8h às 17h.

Contato: Av. Bandeirantes, 3900, CEP: 14040-902, Ribeirão Preto/SP.

(16) 3602-3386, e-mail: cep@eerp.usp.br

Ribeirão Preto, 10 de março de 2014

Prezado Pesquisador (a),

Tendo em vista a sua competência profissional, nesta área, você está sendo convidado a participar como **juiz da avaliação de um instrumento de pesquisa**, elaborado para o projeto “**Prevalência e perfil do tabagismo entre portadores de transtornos mentais e a população geral**”, desenvolvido no Programa de Doutorado em Enfermagem Psiquiátrica, da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (EERP-USP).

Sua participação consiste em avaliar o conteúdo e a forma de apresentação dos itens de nove questionários, constituído por 110 questões no total. Neste conjunto, há algumas escalas validadas por outros autores que serão avaliadas a respeito da sua pertinência na pesquisa. Os questionários estão organizados em oito blocos: A) Identificação pessoal; B) Identificação sociodemográfica; C) Identificação clínica; D) Identificação do uso de tabaco; E) Grau de dependência do tabaco; F) Prontidão para mudança do uso de tabaco; G) Razões para fumar e H) Proibição do fumo de tabaco nos serviços de saúde.

Para realizar esta tarefa, você receberá três impressos: o resumo do projeto, o questionário do estudo e um formulário para escrever suas observações. Além de preencher o formulário de avaliação, você poderá indicar no próprio questionário os itens passíveis de modificações.

Junto com o projeto, enviamos duas vias do Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) para serem assinadas, caso concorde em participar deste estudo.

Solicitamos que retorne, no **prazo de 30 dias**, o questionário do estudo com as devidas observações, o formulário de avaliação e uma via do TCLE assinada.

Colocamo-nos à disposição para os esclarecimentos que se fizerem necessários.

Ficaremos honradas em poder contar com sua contribuição. Nossos sinceros agradecimentos,

Renata Marques de Oliveira
*Doutoranda do Programa de Enfermagem
Psiquiátrica da EERP-USP
Contato: renatamarques@usp.br*

Profa. Dra. Antonia Regina Ferreira Furegato
*Professor Titular do Departamento Enfermagem
Psiquiátrica e Ciências Humanas da EERP-USP
Contato: furegato@erp.usp*

A7	①Sim ②Não	①Sim ②Não	①Sim ②Não	①Sim ②Não	①Sim ②Não	①Sim ②Não
A8	①Sim ②Não	①Sim ②Não	①Sim ②Não	①Sim ②Não	①Sim ②Não	①Sim ②Não
A9	①Sim ②Não	①Sim ②Não	①Sim ②Não	①Sim ②Não	①Sim ②Não	①Sim ②Não
A10	①Sim ②Não	①Sim ②Não	①Sim ②Não	①Sim ②Não	①Sim ②Não	①Sim ②Não

Como cada item pode ser melhorado? Por favor, não se esqueça de indicar o código da variável.

B) Identificação sociodemográfica

Variáveis	Sua utilização é pertinente?	É fácil de compreender?	As opções de respostas são claras?	As opções de respostas são suficientes?	A formatação está adequada?	Este item pode ser melhorado?
B1	①Sim ②Não	①Sim ②Não	①Sim ②Não	①Sim ②Não	①Sim ②Não	①Sim ②Não
B2	①Sim ②Não	①Sim ②Não	①Sim ②Não	①Sim ②Não	①Sim ②Não	①Sim ②Não
B3	①Sim ②Não	①Sim ②Não	①Sim ②Não	①Sim ②Não	①Sim ②Não	①Sim ②Não
B4	①Sim ②Não	①Sim ②Não	①Sim ②Não	①Sim ②Não	①Sim ②Não	①Sim ②Não
B5	①Sim ②Não	①Sim ②Não			①Sim ②Não	

Como cada item pode ser melhorado? Por favor, não se esqueça de indicar o código da variável.

C) Identificação clínica

Variável	Sua utilização é pertinente?	É fácil de compreender?	As opções de respostas são claras?	As opções de respostas são suficientes?	A formatação está adequada?	Este item pode ser melhorado?
C1	① Sim ② Não	① Sim ② Não	① Sim ② Não	① Sim ② Não	① Sim ② Não	① Sim ② Não
C2	① Sim ② Não	① Sim ② Não	① Sim ② Não	① Sim ② Não	① Sim ② Não	① Sim ② Não
C3	① Sim ② Não	① Sim ② Não	① Sim ② Não	① Sim ② Não	① Sim ② Não	① Sim ② Não
C4	① Sim ② Não	① Sim ② Não	① Sim ② Não	① Sim ② Não	① Sim ② Não	① Sim ② Não
C5	① Sim ② Não	① Sim ② Não	① Sim ② Não	① Sim ② Não	① Sim ② Não	① Sim ② Não
C6	① Sim ② Não	① Sim ② Não	① Sim ② Não	① Sim ② Não	① Sim ② Não	① Sim ② Não
C7	① Sim ② Não	① Sim ② Não	① Sim ② Não	① Sim ② Não	① Sim ② Não	① Sim ② Não
C8	① Sim ② Não	① Sim ② Não	① Sim ② Não	① Sim ② Não	① Sim ② Não	① Sim ② Não
C9	① Sim ② Não	① Sim ② Não	① Sim ② Não	① Sim ② Não	① Sim ② Não	① Sim ② Não
C10	① Sim ② Não	① Sim ② Não	① Sim ② Não	① Sim ② Não	① Sim ② Não	① Sim ② Não
C11	① Sim ② Não	① Sim ② Não	① Sim ② Não	① Sim ② Não	① Sim ② Não	① Sim ② Não
C12	① Sim ② Não	① Sim ② Não			① Sim ② Não	
C13 a C31	① Sim ② Não	① Sim ② Não			① Sim ② Não	
C32	① Sim ② Não	① Sim ② Não			① Sim ② Não	

Como cada item pode ser melhorado? Por favor, não se esqueça de indicar o código da variável.

D) Identificação do uso de tabaco

Variável	Sua utilização é pertinente?	É fácil de compreender?	As opções de respostas são claras?	As opções de respostas são suficientes?	A formatação está adequada?	Este item pode ser melhorado?
D1	① Sim ② Não	① Sim ② Não	① Sim ② Não	① Sim ② Não	① Sim ② Não	① Sim ② Não
D2	① Sim ② Não	① Sim ② Não	① Sim ② Não	① Sim ② Não	① Sim ② Não	① Sim ② Não
D3	① Sim ② Não	① Sim ② Não	① Sim ② Não	① Sim ② Não	① Sim ② Não	① Sim ② Não
D4	① Sim ② Não	① Sim ② Não	① Sim ② Não	① Sim ② Não	① Sim ② Não	① Sim ② Não
D5	① Sim ② Não	① Sim ② Não	① Sim ② Não	① Sim ② Não	① Sim ② Não	① Sim ② Não
D6	① Sim ② Não	① Sim ② Não	① Sim ② Não	① Sim ② Não	① Sim ② Não	① Sim ② Não
D7	① Sim ② Não	① Sim ② Não	① Sim ② Não	① Sim ② Não	① Sim ② Não	① Sim ② Não
D8	① Sim ② Não	① Sim ② Não	① Sim ② Não	① Sim ② Não	① Sim ② Não	① Sim ② Não
D9	① Sim ② Não	① Sim ② Não	① Sim ② Não	① Sim ② Não	① Sim ② Não	① Sim ② Não
D10	① Sim ② Não	① Sim ② Não	① Sim ② Não	① Sim ② Não	① Sim ② Não	① Sim ② Não
D11	① Sim ② Não	① Sim ② Não	① Sim ② Não	① Sim ② Não	① Sim ② Não	① Sim ② Não
D12	① Sim	① Sim	① Sim	① Sim	① Sim	① Sim

	②Não	②Não	②Não	②Não	②Não	②Não
D13	①Sim ②Não	①Sim ②Não	①Sim ②Não	①Sim ②Não	①Sim ②Não	①Sim ②Não
D14	①Sim ②Não	①Sim ②Não	①Sim ②Não	①Sim ②Não	①Sim ②Não	①Sim ②Não
D15	①Sim ②Não	①Sim ②Não	①Sim ②Não	①Sim ②Não	①Sim ②Não	①Sim ②Não
D16	①Sim ②Não	①Sim ②Não	①Sim ②Não	①Sim ②Não	①Sim ②Não	①Sim ②Não
D17	①Sim ②Não	①Sim ②Não	①Sim ②Não	①Sim ②Não	①Sim ②Não	①Sim ②Não
D18	①Sim ②Não	①Sim ②Não	①Sim ②Não	①Sim ②Não	①Sim ②Não	①Sim ②Não
D19	①Sim ②Não	①Sim ②Não	①Sim ②Não	①Sim ②Não	①Sim ②Não	①Sim ②Não
D20	①Sim ②Não	①Sim ②Não	①Sim ②Não	①Sim ②Não	①Sim ②Não	①Sim ②Não
D21	①Sim ②Não	①Sim ②Não	①Sim ②Não	①Sim ②Não	①Sim ②Não	①Sim ②Não
D22	①Sim ②Não	①Sim ②Não	①Sim ②Não	①Sim ②Não	①Sim ②Não	①Sim ②Não
D23	①Sim ②Não	①Sim ②Não	①Sim ②Não	①Sim ②Não	①Sim ②Não	①Sim ②Não

Como cada item pode ser melhorado? Por favor, não se esqueça de indicar o código da variável.

E) Proibição do fumo de tabaco nos serviços de saúde

Variável	Sua utilização é pertinente?	É fácil de compreender?	As opções de respostas são claras?	As opções de respostas são suficientes?	A formatação está adequada?	Este item pode ser melhorado?
E1	① Sim ② Não	① Sim ② Não	① Sim ② Não	① Sim ② Não	① Sim ② Não	① Sim ② Não
E2	① Sim ② Não	① Sim ② Não	① Sim ② Não	① Sim ② Não	① Sim ② Não	① Sim ② Não
E3	① Sim ② Não	① Sim ② Não	① Sim ② Não	① Sim ② Não	① Sim ② Não	① Sim ② Não
E4	① Sim ② Não	① Sim ② Não	① Sim ② Não	① Sim ② Não	① Sim ② Não	① Sim ② Não
E5	① Sim ② Não	① Sim ② Não	① Sim ② Não	① Sim ② Não	① Sim ② Não	① Sim ② Não
E6	① Sim ② Não	① Sim ② Não	① Sim ② Não	① Sim ② Não	① Sim ② Não	① Sim ② Não
E7	① Sim ② Não	① Sim ② Não	① Sim ② Não	① Sim ② Não	① Sim ② Não	① Sim ② Não
E8	① Sim ② Não	① Sim ② Não	① Sim ② Não	① Sim ② Não	① Sim ② Não	① Sim ② Não
E9	① Sim ② Não	① Sim ② Não	① Sim ② Não	① Sim ② Não	① Sim ② Não	① Sim ② Não
E10	① Sim ② Não	① Sim ② Não	① Sim ② Não	① Sim ② Não	① Sim ② Não	① Sim ② Não
E11	① Sim ② Não	① Sim ② Não	① Sim ② Não	① Sim ② Não	① Sim ② Não	① Sim ② Não

Como cada item pode ser melhorado? Por favor, não se esqueça de indicar o código da variável.

F) Grau de dependência do tabaco

Variável	Sua utilização é pertinente?	É fácil de compreender?	As opções de respostas são claras?	As opções de respostas são suficientes?	A formatação está adequada?	Este item pode ser melhorado?
F1 a F8	① Sim ② Não	① Sim ② Não			① Sim ② Não	

Comentários/sugestões:

G) Prontidão para a mudança do uso de tabaco

Variável	Sua utilização é pertinente?	É fácil de compreender?	As opções de respostas são claras?	As opções de respostas são suficientes?	A formatação está adequada?	Este item pode ser melhorado?
G1 a G6	① Sim ② Não	① Sim ② Não			① Sim ② Não	

Comentários/sugestões:

H) Razões para fumar

Variável	Sua utilização é pertinente?	É fácil de compreender?	As opções de respostas são claras?	As opções de respostas são suficientes?	A formatação está adequada?	Este item pode ser melhorado?
H1 a H22	① Sim ② Não	① Sim ② Não			① Sim ② Não	

Comentários/sugestões:

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Versão dos juízes

Você está sendo convidado a participar como **juiz da avaliação de um instrumento de pesquisa**, elaborado para o projeto **“Estudo epidemiológico comparando a prevalência e o perfil do tabagismo entre portadores de transtorno mental e a população geral”**, desenvolvido no Programa de Doutorado em Enfermagem Psiquiátrica, da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (EERP-USP). O **estudo tem por objetivo**, medir a prevalência e identificar o perfil epidemiológico do uso de tabaco entre portadores de transtorno mental e a população geral dos serviços de saúde mental e da atenção básica do município de Marília – São Paulo.

Sua participação consiste em avaliar o conteúdo e a forma de apresentação dos itens do **“Questionário de investigação do uso de tabaco entre pacientes que frequentam os serviços de saúde mental e a atenção básica”**, constituído por 110 questões. Para realizar esta tarefa, você receberá três impressos: o resumo do projeto, o questionário do estudo e um formulário para escrever suas observações. Além de preencher o formulário de avaliação, você poderá indicar no próprio questionário os itens passíveis de modificações. Estima-se que você precisará de aproximadamente 30 minutos para realizar essa atividade.

Sua participação é voluntária, sendo-lhe garantido o direito de se retirar do estudo a qualquer instante, sem qualquer tipo de prejuízo pessoal ou profissional. O conteúdo da avaliação será utilizado para fins científicos, com garantia do seu anonimato. Esclarecemos que sua participação não envolverá riscos, desconfortos, custos (despesas) ou ganhos financeiros. As dúvidas que você tiver em relação ao estudo serão respondidas.

Eu, _____, aceito participar como juiz na avaliação do questionário elaborado para o “Estudo epidemiológico comparando a prevalência e o perfil do tabagismo entre portadores de transtorno mental e a população geral”, após ter sido orientado (a) sobre os aspectos éticos da minha participação. Sei que minha participação é voluntária, que meu anonimato será garantido e que posso desistir de participar da pesquisa a qualquer momento.

_____, ____ de _____ de 2014

(assinatura do participante)

Pesquisadores

Renata Marques de Oliveira
Doutoranda do Programa de Enfermagem
Psiquiátrica da Escola de Enfermagem de Ribeirão
Preto (EERP-USP)

Antonia Regina Ferreira Furegato
Professora Titular Sênior do Departamento de
Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas da
EERP-USP

DICIONÁRIO DE VARIÁVEIS

IDENTIFICAÇÃO DOS SUJEITOS NO ESTUDO			
Variáveis no instrumento		Categorias para análise	Variáveis no Epi Info
Número do questionário		Digitar n° de identificação do questionário	ID
Local do estudo		①ASM ②Hospital Psiquiátrico ③UBS	local
Data da entrevista		Digitar data da entrevista: dia/mês/ano	data
IDENTIFICAÇÃO PESSOAL			
Variáveis no instrumento		Categorias para análise	Variáveis no Epi Info
Código	Nome da variável		
A1	Iniciais	Digitar iniciais do nome	iniciais
A2	Data de nascimento	Digitar data de nascimento: dia/mês/ano	nasci
A3	Sexo	①feminino ②masculino	sexo
A4	Escolaridade	①Analfabeto ②Fundamental incompleto ③Fundamental completo ④Médio incompleto ⑤Médio completo ⑥Superior incompleto ⑦Superior completo ⑧Pós-graduação	escola
A5	Estado civil	①Solteiro ②Casado ③Separado/divorciado ④Viúvo	estcivil
A6	Arranjo domiciliar	①Vive só ②Sem companheiro, com familiares ③Sem companheiro, com outras pessoas ④Com companheiro apenas ⑤Com companheiro e familiares ⑥Com companheiro e outras pessoas	arranjo
A7	Filhos	①Sim ②Não	filhos
A8	N° de filhos	Digitar número de filhos	numfilhos
A9	Religião autorreferida	①Católica ②Evangélica ③Espírita ④Outra ⑤Sem religião	religião
A10	Prática religiosa	①Sim ②Não ③Não se aplica	pratica

IDENTIFICAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA			
B1	Ocupação atual	①Aposentado ②Do lar ③Estudante ④Empregador ⑤Empregado com carteira de trabalho assinada ⑥Empregado sem carteira de trabalho assinada ⑦Trabalhador por conta própria ⑧Desempregado ⑨Sem ocupação	ocupação
B2	Benefícios do governo	①Aposentadoria por idade e/ou tempo de contribuição ②Aposentadoria por invalidez ③Auxílio doença ④Bolsa Família ⑤Lei Orgânica de Assistência Social (LOAS) ⑥Programa de volta pra casa ⑦Outro ⑧Não recebe	benefícios
B3	Trabalhava antes do transtorno mental?	①Sim ②Não ③Não se aplica	trabantes
B4	Deixou de trabalhar devido ao transtorno?	①Sim ②Não ③Não se aplica	deixoutrab
B5	Ponto de corte CCEB	① Estrato 1 (43-100 pontos) ② Estrato 2 (37-42 pontos) ③ Estrato 3 (26-36 pontos) ④ Estrato 4 (19-25 pontos) ⑤ Estrato 5 (15-18 pontos) ⑥ Estrato 6 (11-14 pontos) ⑦ Estrato 7 (0-10 pontos)	CCEB
IDENTIFICAÇÃO CLÍNICA			
C1	Diagnóstico psiquiátrico principal, registrado no prontuário (CID 10)	①Esquizofrenia (F20) ②Transtorno esquizoafetivo (F25) ③Transtorno afetivo bipolar (F31) ④Episódio depressivo (F32) ⑤Transtorno depressivo recorrente (F33) ⑥Transtornos ansiosos (F41) ⑦Transtorno da personalidade (F60) ⑧Outro ⑨Não se aplica	diagnost
C2	Duração do transtorno mental, a partir do diagnóstico (meses)	Digitar em meses completos	duracao

C3	Medicações psiquiátricas em uso no momento	①Anticonvulsivantes ②Antidepressivos ③Antiparkinsonianos ④Ansiolíticos ⑤Hipnótico-sedativos ⑥Antipsicóticos de 1ª geração ⑦Antipsicóticos de 2ª geração ⑧Estabilizadores do humor ⑨Não se aplica	med
C4	História de internação psiquiátrica	①Sim ②Não	historiaintern
C5	Número internações psiquiátricas na vida	Digitar nº total de internações psiquiátricas, ao longo da vida, incluindo a atual no caso dos pacientes internados	numerointern
C6	História de tentativas de suicídio	①Sim ②Não	historiasuici
C7	Número de tentativas de suicídio	Digitar nº total de tentativas de suicídio ao longo da vida	numerosuici
C8	Doenças somáticas crônicas	①Cardiovasculares ②Digestórias ③Endócrinas ④Infecciosas ⑤Neoplásicas ⑥Neurológicas ⑦Respiratórias ⑧Outras ⑨Não se aplica	comorb
C9	Fumo de tabaco	①Fumante atual ②Ex-fumante ③Nunca fumante	fumo
C10	Bebida alcoólica	①Bebe ②Bebeu ③Nunca bebeu	álcool
C11	Substâncias ilícitas	①Usa ②Usou ③Nunca usou	subilici
C12	Risco de suicídio atual	①Baixo (1-5 pontos) ②Moderado (6-9 pontos) ③Alto (≥ 10 pontos) ④Não se aplica (sem risco)	riscosuici
C13	Preocupações somáticas	①Ausente ①Muito leve ou presença duvidosa ②Leve ③Moderado ④Severo/extremo	preocupasoma

C14	Ansiedade psíquica	① Ausente ① Muito leve ou presença duvidosa ② Leve ③ Moderado ④ Severo/extremo	ansiedadepsiq
C15	Retraimento emocional	① Ausente ① Muito leve ou presença duvidosa ② Leve ③ Moderado ④ Severo/extremo	retraimento
C16	Desorganização conceitual	① Ausente ① Muito leve ou presença duvidosa ② Leve ③ Moderado ④ Severo/extremo	desorg
C17	Sentimento de culpa	① Ausente ① Muito leve ou presença duvidosa ② Leve ③ Moderado ④ Severo/extremo	culpa
C18	Ansiedade	① Ausente ① Muito leve ou presença duvidosa ② Leve ③ Moderado ④ Severo/extremo	ansiedade
C19	Distúrbios motores específicos	① Ausente ① Muito leve ou presença duvidosa ② Leve ③ Moderado ④ Severo/extremo	Motor
C20	Autoestima exagerada	① Ausente ① Muito leve ou presença duvidosa ② Leve ③ Moderado ④ Severo/extremo	autoestima
C21	Humor deprimido	① Ausente ① Muito leve ou presença duvidosa ② Leve ③ Moderado ④ Severo/extremo	humor
C22	Hostilidade	① Ausente ① Muito leve ou presença duvidosa ② Leve ③ Moderado ④ Severo/extremo	hostilidade

C23	Desconfiança	① Ausente ① Muito leve ou presença duvidosa ② Leve ③ Moderado ④ Severo/extremo	desconfiança
C24	Alucinações	① Ausente ① Muito leve ou presença duvidosa ② Leve ③ Moderado ④ Severo/extremo	alucinações
C25	Retardo psicomotor	① Ausente ① Muito leve ou presença duvidosa ② Leve ③ Moderado ④ Severo/extremo	retardo
C26	Falta de cooperação	① Ausente ① Muito leve ou presença duvidosa ② Leve ③ Moderado ④ Severo/extremo	cooperação
C27	Conteúdo incomum do pensamento	① Ausente ① Muito leve ou presença duvidosa ② Leve ③ Moderado ④ Severo/extremo	pensamento
C28	Afeto embotado ou inapropriado	① Ausente ① Muito leve ou presença duvidosa ② Leve ③ Moderado ④ Severo/extremo	afeto
C29	Agitação psicomotora	① Ausente ① Muito leve ou presença duvidosa ② Leve ③ Moderado ④ Severo/extremo	agitação
C30	Desorientação e confusão	① Ausente ① Muito leve ou presença duvidosa ② Leve ③ Moderado ④ Severo/extremo	desorientação
C31	Escore total BPRS	Digitar escore total	totalBPRS
C32	Escore total IDATE	Digitar escore total	IDATE
PESQUISA ESPECIAL DE TABAGISMO – PETAB			
TABACO FUMADO			
D1	Atualmente, você fuma algum produto do tabaco?	① Diariamente ② Menos que diariamente ③ Não fuma	fumoatual

D2	No passado, você fumou algum produto do tabaco diariamente?	①Sim ②Não ③Não se aplica (para sujeitos que atualmente fumam diariamente D1→① e sujeitos que não fumam atualmente D1→③)	fumoantes1
D3	No passado, você fumou algum produto do tabaco:	①Diariamente ②Menos que diariamente ③Nunca fumou ④Não se aplica (para sujeitos que atualmente fumam diariamente D1→① e ocasionalmente D1→②)	fumoantes2
D4	Somando todos os cigarros que você fumou na vida inteira, o total chega a 5 maços ou 100 cigarros?	①Sim ②Não ③Nunca fumou cigarros ④Não se aplica (para sujeitos que nunca fumaram qualquer produto de tabaco D3→③)	totalcig
USUÁRIO DIÁRIO DE TABACO FUMADO			
D5	Que idade tinha quando começou a fumar algum produto do tabaco, mesmo que de vez em quando?	Digitar idade em anos completos. Se não souber ou não lembrar digitar a alternativa: ①Não sabe/Não lembra ②Não se aplica (para fumantes atuais ocasionais D1→②, ex-fumantes diários D3→①, ex-fumantes ocasionais D3→② e sujeitos que nunca fumaram D3→③)	iniciotab1
D6	Que idade tinha quando começou fumar algum produto do tabaco, diariamente?	Digitar idade em anos completos. Se não souber ou não lembrar digitar a alternativa: ①Não sabe/Não lembra ②Não se aplica (para fumantes atuais ocasionais D1→②, ex-fumantes diários D3→①, ex-fumantes ocasionais D3→② e sujeitos que nunca fumaram D3→③)	iniciodiario1
D7	Em média, quantos dos seguintes você fuma por dia, atualmente?		
	Cigarros industrializados	①1 ou mais por dia ②Menos que 1 por dia e mais que 0 por semana ou mês ③Não fuma ④Não sabe ⑤Não se aplica (para fumantes atuais ocasionais D1→②, ex-fumantes diários D3→①, ex-fumantes ocasionais D3→② e sujeitos que nunca fumaram D3→③)	cigarros1
	Quantidade cigarros industrializados	Digitar quantidade/dia	quantcig1

Cigarros de cravo ou de Bali	①1 ou mais por dia ②Menos que 1 por dia e mais que 0 por semana ou mês ③Não fuma ④Não sabe ⑤Não se aplica (para fumantes atuais ocasionais D1→②, ex-fumantes diários D3→①, ex-fumantes ocasionais D3→② e sujeitos que nunca fumaram D3→③)	bali1
Quantidade cigarros de cravo ou de Bali	Digitar quantidade/dia	quantbali1
Cachimbos	①1 ou mais por dia ②Menos que 1 por dia e mais que 0 por semana ou mês ③Não fuma ④Não sabe ⑤Não se aplica (para fumantes atuais ocasionais D1→②, ex-fumantes diários D3→①, ex-fumantes ocasionais D3→② e sujeitos que nunca fumaram D3→③)	cachimbo1
Quantidade cachimbos	Digitar quantidade/dia	quantcachi1
Narguilé	①1 ou mais sessões por dia ②Menos que 1 por dia e mais que 0 por semana ou mês ③Não fuma ④Não sabe ⑤Não se aplica (para fumantes atuais ocasionais D1→②, ex-fumantes diários D3→①, ex-fumantes ocasionais D3→② e sujeitos que nunca fumaram D3→③)	narguilé1
Quantidade narguilé	Digitar quantidade de sessões/dia	quantnarg1
Cigarros de palha ou enrolados à mão	①1 ou mais por dia ②Menos que 1 por dia e mais que 0 por semana ou mês ③Não fuma ④Não sabe ⑤Não se aplica (para fumantes atuais ocasionais D1→②, ex-fumantes diários D3→①, ex-fumantes ocasionais D3→② e sujeitos que nunca fumaram D3→③)	cigpalha1
Quantidade cigarros de palha ou enrolados à mão	Digitar quantidade/dia	quantpalha1

	Bidis ou cigarros indianos	① 1 ou mais por dia ② Menos que 1 por dia e mais que 0 por semana ou mês ③ Não fuma ④ Não sabe ⑤ Não se aplica (para fumantes atuais ocasionais D1→②, ex-fumantes diários D3→①, ex-fumantes ocasionais D3→② e sujeitos que nunca fumaram D3→③)	bidis1
	Quantidade bidis ou cigarros indianos	Digitar quantidade/dia	quantbidis1
	Charutos ou cigarrilhas	① 1 ou mais por dia ② Menos que 1 por dia e mais que 0 por semana ou mês ③ Não fuma ④ Não sabe ⑤ Não se aplica (para fumantes atuais ocasionais D1→②, ex-fumantes diários D3→①, ex-fumantes ocasionais D3→② e sujeitos que nunca fumaram D3→③)	charuto1
	Quantidade charutos ou cigarrilhas	Digitar quantidade/dia	quantcharuto1
	Outros	① 1 ou mais por dia ② Menos que 1 por dia e mais que 0 por semana ou mês ③ Não fuma ④ Não sabe ⑤ Não se aplica (para fumantes atuais ocasionais D1→②, ex-fumantes diários D3→①, ex-fumantes ocasionais D3→② e sujeitos que nunca fumaram D3→③)	outrotabaco1
	Quantidade outros	Digitar quantidade/dia	quantoutro1
	Nome outros	Especificar o nome dos outros produtos de tabaco usados	outronometabaco1
USUÁRIO OCASIONAL DE TABACO FUMADO			
D8	Durante os últimos 30 dias (último mês), em quantos dias você fumou algum produto do tabaco?	Digitar dias. Se não souber ou não lembrar digitar a alternativa: ① Não sabe/Não lembra ② Não se aplica (para fumantes atuais diários D1→①, ex-fumantes diários D3→①, ex-fumantes ocasionais D3→② e sujeitos que nunca fumaram D3→3)	dias

D9	Que idade você tinha quando começou a fumar algum produto do tabaco, mesmo que de vez em quando?	<p>Digitar idade em anos completos. Se não souber ou não lembrar digitar a alternativa:</p> <p>① Não sabe/Não lembra</p> <p>② Não se aplica (para fumantes atuais diários D1 → ①, ex-fumantes diários D3 → ①, ex-fumantes ocasionais D3 → ② e sujeitos que nunca fumaram D3 → ③)</p>	iniciotab2
D10	Que idade você tinha quando começou a fumar algum produto do tabaco, diariamente?	<p>Digitar idade em anos completos. Se não souber ou não lembrar digitar a alternativa:</p> <p>① Não sabe/Não lembra</p> <p>② Não se aplica (para fumantes atuais diários D1 → ①, ex-fumantes diários D3 → ①, ex-fumantes ocasionais D3 → ② e sujeitos que nunca fumaram D3 → ③)</p>	iniciodiario2
D11	Em média, quantos dos seguintes produtos você fuma por semana, atualmente?		
	Cigarros industrializados	<p>① 1 ou mais por semana</p> <p>② Menos que 1 por semana e mais que 0 por mês</p> <p>③ Não fuma</p> <p>④ Não sabe</p> <p>⑤ Não se aplica (para fumantes atuais diários D1 → ①, ex-fumantes diários D3 → ①, ex-fumantes ocasionais D3 → ② e sujeitos que nunca fumaram D3 → ③)</p>	cigarros2
	Quantidade cigarros industrializados	Digitar quantidade/semana	quantcig2
	Cigarros de cravo ou de Bali	<p>① 1 ou mais por semana</p> <p>② Menos que 1 por semana e mais que 0 por mês</p> <p>③ Não fuma</p> <p>④ Não sabe</p> <p>⑤ Não se aplica (para fumantes atuais diários D1 → ①, ex-fumantes diários D3 → ①, ex-fumantes ocasionais D3 → ② e sujeitos que nunca fumaram D3 → ③)</p>	bali2
	Quantidade cigarros de cravo ou de Bali	Digitar quantidade/semana	quantbali2

Cachimbos	①1 ou mais por semana ②Menos que 1 por semana e mais que 0 por mês ③Não fuma ④Não sabe ⑤Não se aplica (para fumantes atuais diários D1→①, ex-fumantes diários D3→①, ex-fumantes ocasionais D3→② e sujeitos que nunca fumaram D3→③)	cachimbo2
Quantidade cachimbos	Digitar quantidade/semana	quantcachi2
Narguilé	①1 ou mais por semana ②Menos que 1 por semana e mais que 0 por mês ③Não fuma ④Não sabe ⑤Não se aplica (para fumantes atuais diários D1→①, ex-fumantes diários D3→①, ex-fumantes ocasionais D3→② e sujeitos que nunca fumaram D3→③)	narguilé2
Quantidade narguilé	Digitar quantidade/semana	quantnarg2
Cigarros de palha ou enrolados à mão	①1 ou mais por semana ②Menos que 1 por semana e mais que 0 por mês ③Não fuma ④Não sabe ⑤Não se aplica (para fumantes atuais diários D1→①, ex-fumantes diários D3→①, ex-fumantes ocasionais D3→② e sujeitos que nunca fumaram D3→③)	cigpalha2
Quantidade cigarros de palha ou enrolados à mão	Digitar quantidade/semana	quantpalha2
Bidis ou cigarros indianos	①1 ou mais por semana ②Menos que 1 por semana e mais que 0 por mês ③Não fuma ④Não sabe ⑤Não se aplica (para fumantes atuais diários D1→①, ex-fumantes diários D3→①, ex-fumantes ocasionais D3→② e sujeitos que nunca fumaram D3→③)	bidis2
Quantidade bidis ou cigarros indianos	Digitar quantidade/semana	quantbidis2

	Charutos ou cigarrilhas	①1 ou mais por semana ②Menos que 1 por semana e mais que 0 por mês ③Não fuma ④Não sabe ⑤Não se aplica (para fumantes atuais diários D1→①, ex-fumantes diários D3→①, ex-fumantes ocasionais D3→② e sujeitos que nunca fumaram D3→③)	charuto2
	Quantidade charutos ou cigarrilhas	Digitar quantidade/semana	quantcharuto2
	Outros	①1 ou mais por semana ②Menos que 1 por semana e mais que 0 por mês ③Não fuma ④Não sabe ⑤Não se aplica (para fumantes atuais diários D1→①, ex-fumantes diários D3→①, ex-fumantes ocasionais D3→② e sujeitos que nunca fumaram D3→③)	outrotabaco2
	Quantidade outros	Digitar quantidade/semana	quantoutros2
	Nome outros	Especificar o nome do outro produto de tabaco usado	outronometabaco2
EX-USUÁRIO DE TABACO FUMADO			
D12	Que idade você tinha quando começou a fumar algum produto do tabaco, mesmo que de vez em quando?	Digitar idade em anos completos. Se não souber ou não lembrar digitar a alternativa: ①Não sabe/Não lembra ②Não se aplica (para fumantes atuais diários D1→①, fumantes atuais ocasionais D1→② e sujeitos que nunca fumaram D3→③)	iniciotab3
D13	Que idade você tinha quando começou a fumar algum produto do tabaco, diariamente?	Digitar idade em anos completos. Se não souber ou não lembrar digitar a alternativa: ①Não sabe/Não lembra ②Não se aplica (para fumantes atuais diários D1→①, fumantes atuais ocasionais D1→②, ex-fumantes ocasionais D3→② e sujeitos que nunca fumaram D3→③)	iniciodiario3
D14	Há quanto tempo você parou de fumar?	Digitar em dias ③Não se aplica (para fumantes atuais diários D1→①, fumantes atuais ocasionais D1→② e nunca fumantes D3→③)	tempoparou

D15	Usou algum dos seguintes procedimentos para parar de fumar:		
	Aconselhamento por profissional de saúde incluindo clínicas de cessação de fumar	①Sim ②Não ③Não se aplica (para fumantes atuais diários D1→①, fumantes atuais ocasionais D1→② e nunca fumantes D3→③)	profissional1
	Reposição de nicotina com: adesivo, pastilha, spray, inalador ou goma de mascar	①Sim ②Não ③Não se aplica (para fumantes atuais diários D1→①, fumantes atuais ocasionais D1→② e nunca fumantes D3→③)	reposição1
	Outros medicamentos com receita médica?	①Sim ②Não ③Não se aplica (para fumantes atuais diários D1→①, fumantes atuais ocasionais D1→② e nunca fumantes D3→③)	receitamed1
	Homeopatia, acupuntura?	①Sim ②Não ③Não se aplica (para fumantes atuais diários D1→①, fumantes atuais ocasionais D1→② e nunca fumantes D3→③)	homeopatia1
	Chás, ervas ou plantas medicinais?	①Sim ②Não ③Não se aplica (para fumantes atuais diários D1→①, fumantes atuais ocasionais D1→② e nunca fumantes D3→③)	chás1
	Serviços de ajuda por telefone para parar de fumar?	①Sim ②Não ③Não se aplica (para fumantes atuais diários D1→①, fumantes atuais ocasionais D1→② e nunca fumantes D3→③)	telefone1
	Trocou por outro produto do tabaco que não faz fumaça?	①Sim ②Não ③Não se aplica (para fumantes atuais diários D1→①, fumantes atuais ocasionais D1→② e nunca fumantes D3→③)	semfumaça1
	Algum outro	①Sim ②Não ③Não se aplica (para fumantes atuais diários D1→①, fumantes atuais ocasionais D1→② e nunca fumantes D3→③)	outroproced1

	Nome do outro procedimento	Especificar o nome do outro procedimento	outro nome procedimento 1
CESSAÇÃO DE FUMAR			
D16	Nos últimos 12 meses, durante algum atendimento por um médico ou outro profissional de saúde, foi perguntado se você fumava?	① Sim ② Não ③ Não se aplica (para pessoas que não foram atendidas por profissional da saúde nos últimos 12 meses, ex-fumantes diários D3→①, ex-fumantes ocasionais D3→② e pessoas que nunca fumaram D3→③)	pergunta fumo
D17	Durante algum desses atendimentos, nos últimos 12 meses, você foi aconselhado a parar de fumar?	① Sim ② Não ③ Não se aplica (para pessoas que não foram atendidas por profissional da saúde nos últimos 12 meses, ex-fumantes diários D3→①, ex-fumantes ocasionais D3→② e nunca fumantes D3→③)	conselho
D18	Durante os últimos 12 meses, você tentou parar de fumar?	① Sim ② Não ③ Não se aplica (ex-fumantes diários D3→①, ex-fumantes ocasionais D3→② e nunca fumantes D3→③)	tentativa
D19	Pensando na última vez que você tentou parar de fumar, por quanto tempo permaneceu sem fumar?	Registrar em dias. Registre 0 (zero) caso a resposta seja menos de 24 horas (-1) Não se aplica (pessoas que não tentaram parar de fumar nos últimos 12 meses D18→②, ex-fumantes diários D3→①, ex-fumantes ocasionais D3→② e nunca fumantes D3→③)	quanto tempo
D20	Nos últimos 12 meses, você usou algum dos seguintes procedimentos para parar de fumar:		
	Aconselhamento por profissional de saúde incluindo clínicas de cessação de fumar	① Sim ② Não ③ Não se aplica (pessoas que não tentaram parar de fumar nos últimos 12 meses D18→②, ex-fumantes diários D3→①, ex-fumantes ocasionais D3→② e nunca fumantes D3→③)	profissional 2
	Reposição de nicotina com: adesivo, pastilha, spray, inalador ou goma de mascar	① Sim ② Não ③ Não se aplica (pessoas que não tentaram parar de fumar nos últimos 12 meses D18→②, ex-fumantes diários D3→①, ex-fumantes ocasionais D3→② e nunca fumantes	reposição 2

		D3→③)	
	Outros medicamentos com receita médica?	①Sim ②Não ③Não se aplica (pessoas que não tentaram parar de fumar nos últimos 12 meses D18→②, ex-fumantes diários D3→①, ex-fumantes ocasionais D3→② e nunca fumantes D3→③)	receitamed2
	Homeopatia, acupuntura?	①Sim ②Não ③Não se aplica (pessoas que não tentaram parar de fumar nos últimos 12 meses D18→②, ex-fumantes diários D3→①, ex-fumantes ocasionais D3→② e nunca fumantes D3→③)	homeopatia2
	Chás, ervas ou plantas medicinais?	①Sim ②Não ③Não se aplica (pessoas que não tentaram parar de fumar nos últimos 12 meses D18→②, ex-fumantes diários D3→①, ex-fumantes ocasionais D3→② e nunca fumantes D3→③)	chás2
	Serviços de ajuda por telefone para parar de fumar?	①Sim ②Não ③Não se aplica (pessoas que não tentaram parar de fumar nos últimos 12 meses D18→②, ex-fumantes diários D3→①, ex-fumantes ocasionais D3→② e nunca fumantes D3→③)	telefone2
	Trocou por outro produto do tabaco que não faz fumaça?	①Sim ②Não ③Não se aplica (pessoas que não tentaram parar de fumar nos últimos 12 meses D18→②, ex-fumantes diários D3→①, ex-fumantes ocasionais D3→② e nunca fumantes D3→③)	semfumaça2
	Algum outro	①Sim ②Não ③Não se aplica (pessoas que não tentaram parar de fumar nos últimos 12 meses D18→②, ex-fumantes diários D3→①, ex-fumantes ocasionais D3→② e nunca fumantes D3→③)	outroproced2

	Nome outro procedimento	Especificar o nome do outro procedimento utilizado	outro nome procedimento2
ECONOMIA E PREÇOS			
D21	Quanto você gasta por mês na compra de produtos de tabaco para consumo próprio?	Digitar em reais (-1) Não se aplica	gastotab
D22	Comprometimento da renda mensal na compra de produtos de tabaco (%)	Digitar porcentagem (-1) Não se aplica	compromettab
D23	Indique na régua acima o quanto o cigarro é importante para você	Digitar nº de 0 a 10 indicado pelos sujeitos	Importância
OPINIÃO SOBRE O FUMO E SUA PROIBIÇÃO NOS SERVIÇOS DE SAÚDE			
E1	Fumar nos serviços de saúde é um direito dos pacientes	①Concordo ②Discordo ③Não sabe	opinião1
E2	Permitir o fumo nos serviços de saúde é uma omissão de cuidados	①Concordo ②Discordo ③Não sabe	opinião2
E3	Permitir o fumo nos serviços de saúde é uma falta de respeito para com os pacientes e os profissionais que não fumam	①Concordo ②Discordo ③Não sabe	opinião3
E4	O fumo de tabaco deveria ser proibido em todos os serviços de saúde	①Concordo ②Discordo ③Não sabe	opinião4
E5	O fumo de tabaco deveria ser proibido em todos os serviços de saúde, exceto naqueles que atendem pacientes psiquiátricos	①Concordo ②Discordo ③Não sabe	opinião5
E6	Se o fumo de tabaco fosse proibido, não voltaria a frequentar este estabelecimento de saúde (ASM, HP ou UBS)	①Concordo ②Discordo ③Não sabe	opinião6
E7	Proibir o uso de tabaco nos serviços de saúde mental pode agravar os sintomas dos pacientes psiquiátricos	①Concordo ②Discordo ③Não sabe	opinião7

E8	Permitir que o paciente psiquiátrico fume, é uma forma dos profissionais se sentirem seguros quanto a agressões	①Concordo ②Discordo ③Não sabe	opinião8
E9	O cigarro é usado nos serviços de saúde mental para facilitar o diálogo entre os pacientes e os profissionais	①Concordo ②Discordo ③Não sabe	opinião9
E10	O cigarro é usado nos serviços de saúde mental para incentivar o paciente psiquiátrico a tomar os medicamentos	①Concordo ②Discordo ③Não sabe	opinião10
E11	O cigarro é usado nos serviços de saúde mental para incentivar o paciente psiquiátrico a participar das atividades terapêuticas (grupos, oficinas, etc)	①Concordo ②Discordo ③Não sabe	opinião11
TESTE DE DEPENDÊNCIA À NICOTINA DE FAGERSTRÖM – FTDN			
F1	Quanto tempo depois de acordar você fuma o primeiro cigarro?	①Após 60 minutos ①Entre 31 e 60 minutos ②Entre 6 e 30 minutos ③Nos primeiros 5 minutos	tempoacord
F2	Você acha difícil não fumar em lugares proibidos como igrejas, ônibus, etc.?	①Não ①Sim	dificproib
F3	Qual o cigarro do dia que traz mais satisfação?	①O primeiro da manhã ①Qualquer outro	melhorcig
F4	Quantos cigarros você fuma por dia?	①Menos de 10 cigarros ①Entre 11 e 20 cigarros ②Entre 21 e 30 cigarros ③Mais de 31 cigarros	quantos
F5	Você fuma mais frequentemente pela manhã?	①Não ①Sim	maismanha
F6	Você fuma mesmo doente?	①Não ①Sim	tabdoente
F7	Pontos obtidos	Digitar número total de pontos	pontosFTDN
F8	Conclusão sobre o grau de dependência nicotínica	①Muito baixo (0 a 2 pontos) ②Baixo (3 a 4 pontos) ③Médio (5 pontos) ④Elevado (6 a 7 pontos) ⑤Muito elevado (8 a 10 pontos)	FTDN

LADDER SCALE			
G1	Não penso em parar	Digitar nº de 1 a 10	nãopenso
G2	Penso que será necessário parar algum dia	Digitar nº de 1 a 10	algumdia
G3	Penso em parar, mas ainda não estou pronto	Digitar nº de 1 a 10	aindanao
G4	Estou começando a pensar em como mudar meu hábito de fumar	Digitar nº de 1 a 10	pensando
G5	Estou fazendo alguma coisa para parar de fumar	Digitar nº de 1 a 10	fazendoalgo
G6	Pontuação final	Digitar pontuação final	totalladder
ESCALA RAZÕES PARA FUMAR MODIFICADA – ERPFM			
H1	Eu fumo cigarros para me manter alerta	①Nunca ②Raramente ③Às vezes ④Frequentemente ⑤Sempre	alerta
H2	Manusear um cigarro é parte do prazer de fumá-lo	①Nunca ②Raramente ③Às vezes ④Frequentemente ⑤Sempre	manuseio
H3	Fumar dá prazer e é relaxante	①Nunca ②Raramente ③Às vezes ④Frequentemente ⑤Sempre	relaxante
H4	Eu acendo um cigarro quando estou bravo com alguma coisa	①Nunca ②Raramente ③Às vezes ④Frequentemente ⑤Sempre	bravo
H5	Quando meus cigarros acabam, acho isso quase insuportável até conseguir outro	①Nunca ②Raramente ③Às vezes ④Frequentemente ⑤Sempre	insuportável
H6	Eu fumo cigarros automaticamente sem mesmo me dar conta disso	①Nunca ②Raramente ③Às vezes ④Frequentemente ⑤Sempre	automático
H7	É mais fácil conversar e me relacionar com outras	①Nunca ②Raramente	conversar

	peessoas quando estou fumando	③ Às vezes ④ Frequentemente ⑤ Sempre	
H8	Eu fumo para me estimular, para animar	① Nunca ② Raramente ③ Às vezes ④ Frequentemente ⑤ Sempre	animar
H9	Parte do prazer de fumar um cigarro vem dos passos que eu tomo para acendê-lo	① Nunca ② Raramente ③ Às vezes ④ Frequentemente ⑤ Sempre	passos
H10	Eu acho os cigarros prazerosos	① Nunca ② Raramente ③ Às vezes ④ Frequentemente ⑤ Sempre	prazerosos
H11	Quando eu me sinto desconfortável ou chateado com alguma coisa, eu acendo um cigarro	① Nunca ② Raramente ③ Às vezes ④ Frequentemente ⑤ Sempre	chateado
H12	Quando eu não estou fumando um cigarro, eu fico muito atento a isso	① Nunca ② Raramente ③ Às vezes ④ Frequentemente ⑤ Sempre	atento
H13	Eu acendo um cigarro sem perceber que ainda tenho um outro aceso no cinzeiro	① Nunca ② Raramente ③ Às vezes ④ Frequentemente ⑤ Sempre	semperceber
H14	Enquanto estou fumando me sinto mais seguro com outras pessoas	① Nunca ② Raramente ③ Às vezes ④ Frequentemente ⑤ Sempre	seguro
H15	Eu fumo cigarros para me “por pra cima”	① Nunca ② Raramente ③ Às vezes ④ Frequentemente ⑤ Sempre	prcima
H16	Quando eu fumo um cigarro, parte do prazer é ver a fumaça que eu solto	① Nunca ② Raramente ③ Às vezes ④ Frequentemente ⑤ Sempre	fumaça
H17	Eu desejo um cigarro especialmente quando	① Nunca ② Raramente	confortável

	estou confortável e relaxado	③ Às vezes ④ Frequentemente ⑤ Sempre	
H18	Eu fumo cigarros quando me sinto triste ou quando quero esquecer minhas obrigações ou preocupações	① Nunca ② Raramente ③ Às vezes ④ Frequentemente ⑤ Sempre	triste
H19	Eu sinto uma vontade enorme de pegar um cigarro se fico um tempo sem fumar	① Nunca ② Raramente ③ Às vezes ④ Frequentemente ⑤ Sempre	vontade
H20	Eu já me peguei com um cigarro na boca sem lembrar de tê-lo colocado lá	① Nunca ② Raramente ③ Às vezes ④ Frequentemente ⑤ Sempre	semlembrar
H21	Eu fumo mais quando estou com outras pessoas	① Nunca ② Raramente ③ Às vezes ④ Frequentemente ⑤ Sempre	outras pessoas
H22	Escore total ERF	Digitar escore total	ERF
	Duração da entrevista	Digitar duração da entrevista em minutos	duraçaoentrevi

ANEXO A

ESCALA DE MONITORAMENTO DE RISCO DE SUICÍDIO

Durante o último mês:			Pontos para respostas afirmativas
Pensou que seria melhor estar morto ou desejou estar morto?	☐ Não	☐ Sim	1
Quis fazer mal a si mesmo?	☐ Não	☐ Sim	2
Pensou em suicídio?	☐ Não	☐ Sim	6
Pensou numa maneira de se suicidar?	☐ Não	☐ Sim	10
Tentou o suicídio?	☐ Não	☐ Sim	10
Ao longo da sua vida:			
Já fez alguma tentativa de suicídio?	☐ Não	☐ Sim	4
Pontuação final		<input type="text"/>	<input type="text"/>
C12	Risco de suicídio atual	① Baixo (1-5 pontos)	
		② Moderado (6-9 pontos)	
		③ Alto (≥ 10 pontos)	
		④ Não se aplica (sem risco)	

Escala Breve de Avaliação Psiquiátrica (BPRS)		
C13	Preocupações somáticas	② Atenção normal com a saúde física
		① Grau mínimo ou duvidoso de preocupação excessiva com a saúde física
		② O paciente expressa ideias de ter uma doença orgânica (p. ex., câncer ou doença cardíaca), mas sem interpretações delirantes
		③ As queixas são bizarras (p.ex., de estar apodrecendo por dentro), mas pode-se conseguir que o paciente, por breves períodos, admita que esse não é o seu caso
		④ Está convencido, p.ex., de que seus órgãos estão podres ou desaparecendo, ou de que vermes estão devorando seu cérebro. Nem por breves períodos se pode fazê-lo admitir que esse não é o seu caso
C14	Ansiedade psíquica	② O paciente não se encontra nem mais nem menos inseguro ou irritável do que o habitual
		① É duvidoso se o paciente está mais inseguro ou irritável do que o habitual
		② O paciente expressa mais claramente estar em um estado de ansiedade, apreensão ou irritabilidade, que pode achar difícil de controlar. Isso ocorre sem influir no dia a dia do paciente, porque a preocupação ainda diz respeito a coisas sem importância
		③ A ansiedade ou insegurança é, às vezes, mais difícil de controlar porque a preocupação diz respeito a perdas ou danos importantes que podem ocorrer no futuro. Por exemplo, a ansiedade pode ser vivenciada como pânico, ou seja, como pavor subjugante. Ocasionalmente essa ansiedade já interferiu no dia a dia do paciente
		④ A sensação de pavor está tão frequentemente presente que interfere acentuadamente no dia a dia do paciente
C15	Retraimento emocional	② Contato emocional normal
		① Alguma (ou duvidosa) distância emocional
		② Reações emocionais reduzidas, como, por exemplo, contato visual duvidoso
		③ Reações emocionais mais limitadas, como, por exemplo, contato visual ocasionalmente inadequado
		④ Quando o contato emocional está fortemente reduzido ou quase ausente, como, por exemplo, quando evita o contato visual
C16	Desorganização conceitual (incoerência)	② Ausência de desorganização conceitual
		① O pensamento é caracterizado por uma certa imprecisão, mas a fala não é gramaticalmente inusual
		② Distúrbio moderado do pensamento. As palavras podem estar ligadas por meio de uma forma gramaticalmente inusual e particular e a informação que comunica parece vazia
		③ Acentuada desorganização conceitual. Ocasionalmente, torna-se difícil entender o paciente, podendo surgir neologismos ou bloqueio
		④ Desorganização conceitual extremamente grave. Apenas fragmentos da fala são compreensíveis
C17	Autodepreciação e sentimento de culpa	② Ausência de autodepreciação e sentimentos de culpa
		① É duvidoso se sentimentos de culpa estão presentes, pois o paciente está apenas preocupado com o fato de que ele, durante a doença atual, seja um peso para a família ou os colegas, devido a sua reduzida capacidade de trabalho
		② Autodepreciação ou sentimentos de culpa estão mais claramente presentes, pois o paciente está preocupado com incidentes do passado, anteriores ao episódio atual. Por exemplo, o paciente acusa-se de pequenas omissões ou falhas, de ter não cumprido com o seu dever ou de haver prejudicado outras Pessoas
		③ O paciente experimenta sentimentos de culpa mais graves. Ele pode afirmar que sente que o seu sofrimento atual é algum tipo de punição. Assinale três, desde que o paciente possa perceber intelectualmente que sua opinião é Infundada
		④ Os sentimentos de culpa são firmemente mantidos e resistem a qualquer argumentação, de modo que se converteram em ideias paranoides
C18	Ansiedade	② Quando o paciente não está nem mais nem menos propenso que o habitual a

	somática	<p>experimental concomitantes somáticos de estados de ansiedade</p> <p>① Quando o paciente ocasionalmente apresenta leves manifestações, como sintomas abdominais, sudorese ou tremores. Entretanto, a descrição desses sintomas é vaga e questionável</p> <p>② Quando o paciente ocasionalmente apresenta sintomas abdominais, sudorese, tremores, etc. Os sinais e sintomas são claramente descritos, porém não são acentuados nem incapacitantes</p> <p>③ Os concomitantes emocionais dos estados subjetivos de ansiedade são acentuados, às vezes, muito preocupantes</p> <p>④ Os concomitantes fisiológicos dos estados subjetivos de ansiedade são numerosos, persistentes e frequentemente incapacitantes</p>
C19	Distúrbios motores específicos	<p>① Ausente</p> <p>① Leve ou de presença duvidosa durante a entrevista</p> <p>② Moderada. Presente durante a maior parte da entrevista</p> <p>③ Severa. Anormalidades motoras contínuas. Podem ser interrompidas.</p> <p>④ Extremamente severa. Anormalidades motoras persistentes e incontroláveis. Entrevista difícil.</p>
C20	Autoestima exagerada	<p>① Autoestima normal</p> <p>① Autoestima aumentada levemente ou de maneira duvidosa, como, por exemplo: ocasionalmente superestima suas próprias capacidades habituais</p> <p>② Autoestima moderadamente aumentada. Por exemplo, superestima mais constantemente suas próprias capacidades habituais ou insinua possuir capacidades incomuns</p> <p>③ Ideias acentuadamente irreais, como, por exemplo, de que tem habilidades, poderes ou conhecimentos (científicos, religiosos, etc.) extraordinários, mas pode, por breves períodos, ser corrigido</p> <p>④ Ideias de grandeza que não podem ser corrigidas</p>
C21	Humor deprimido	<p>① Humor neutro</p> <p>① O paciente indica vagamente que está mais desanimado e deprimido que o Habitual</p> <p>② Quando o paciente está mais claramente preocupado com vivências desagradáveis, embora ainda não esteja se sentindo desamparado ou Desesperançado</p> <p>③ O paciente exhibe sinais não verbais claros de depressão e/ou, às vezes, sente-se dominado pelo desamparo ou desesperança</p> <p>④ As observações do paciente sobre desânimo e desamparo, ou as suas manifestações não verbais, dominam a entrevista, não sendo possível afastá-lo dessa temática</p>
C22	Hostilidade	<p>① Ausência de sinais de impaciência, irritabilidade, crítica ou hostilidade</p> <p>① Esteve um pouco impaciente ou irritável, mas o controle foi mantido</p> <p>② Esteve moderadamente impaciente ou irritável, mas tolerou as provocações</p> <p>③ Esteve verbalmente hostil, faz ameaças e quase chegou a ser fisicamente destrutivo, mas ainda pôde ser acalmado</p> <p>④ Extremamente hostil, com violência física manifesta. Fisicamente destrutivo</p>
C23	Desconfiança	<p>① Ausente</p> <p>① Vagas ideias de referência. Tende a suspeitar que as outras pessoas estão falando ou rindo de si. Sente que “alguma coisa está ocorrendo”. Responde ao reasseguramento; portanto, fica duvidoso se existem ideias de referência ou Delírios</p> <p>② Ideias de referência com delírios vagos, não-sistematizados, de perseguição. “Alguém pode ter más intenções”. Isso é insinuado pela televisão ou pelos jornais. Ainda se trata de uma vivência do tipo “como se”</p> <p>③ Delírios com alguma sistematização. Reasseguramento difícil</p> <p>④ Delírios paranóides sistematizados, floridos, de perseguição. Correção Impossível</p>
C24	Alucinações	<p>① Ausente</p> <p>① Em grau leve ou de presença duvidosa. Vivências alucinatórias hipnagógicas</p>

		ou vivências alucinatórias elementares isoladas (ouvir sons, ver luzes)
		② Alucinações ocasionais, mas plenamente desenvolvidas (ouvir vozes, ver formas), que não afetam o comportamento
		③ Alucinações ocasionais que influenciam o comportamento
		④ Mais ou menos constantemente absorto em vivências alucinatórias
C25	Retardo psicomotor	① Atividade verbal normal, atividade motora normal, com expressão facial adequada
		① Velocidade de conversação duvidosa ou levemente reduzida e expressão facial duvidosa ou levemente diminuída
		② Velocidade de conversação claramente reduzida, com pausas; gestos reduzidos e movimentação lenta
		③ A entrevista é claramente prolongada devido às longas latências e respostas curtas; todos os movimentos estão muito lentos
		④ A entrevista não pode ser completada; o retardo se aproxima de (e inclui) Estupor
C26	Falta de cooperação	① Atitude cooperativa natural
		① Excessivamente formal e reservado na situação de entrevista. Responde um pouco resumidamente
		② Resistência moderada. Responde evasivamente ou opõe-se a determinadas perguntas. Atitude acentuadamente hostil para com o entrevistador
		③ Resistência pronunciada. Responde inapropriadamente ou recusa-se a responder. Atitude abertamente hostil. Entrevista completa não é possível
		④ Entrevista impossível. O paciente recusa-se a permanecer na situação de Entrevista
C27	Conteúdo do pensamento incomum	① Ausente
		① Grau leve ou presença duvidosa (por exemplo, ideias supervalorizadas)
		② Grau moderado (por exemplo, ideias com alguma qualidade delirante, mas ainda se constituindo em uma vivência do tipo “como se”)
		③ Os delírios delimitam a maior parte do conteúdo do pensamento e ocasionalmente influenciam o comportamento
		④ Delírios subjugantes delimitam o conteúdo do pensamento e o Comportamento
C28	Afeto embotado ou inapropriado	① Reações e envolvimento emocionais inapropriados
		① Reações emocionais escassas ou questionavelmente inapropriadas. Por exemplo, menor desejo ou capacidade de estar em companhia de pessoas que conhece há mais ou menos tempo
		② Afeto perceptivelmente embotado. Não apresenta necessidade ou capacidade de estabelecer contato mais íntimo com pessoas não pertencentes ao seu ciclo familiar (companheiros de trabalho, outros pacientes, equipe terapêutica)
		③ Emocionalmente indiferente e apático, mesmo em relação aos amigos íntimos e à família
		④ Emocionalmente ausente, ou então os afetos manifestados são grosseiramente inapropriados, sem qualquer motivação para o contato humano
C29	Agitação psicomotora	① Atividade motora normal. Expressão facial adequada e atividade verbal Normal
		① Atividade motora duvidosa ou levemente aumentada; por exemplo, expressão facial vívida ou certa loquacidade
		② Atividade motora moderadamente aumentada; por exemplo, gestos vívidos, grande loquacidade ou fala em voz alta e rapidamente
		③ Atividade motora claramente excessiva, movimentando-se durante a maior parte do tempo. Levanta-se uma ou várias vezes durante a entrevista. Fuga de ideias. Dificuldade para compreendê-lo
		④ Constante e incansavelmente ativo. Fala desintegrada. Comunicação significativa impossível
C30	Desorientação e confusão	① O paciente está completamente orientado no tempo, no espaço e quanto aos dados pessoais
		① O paciente ocasionalmente tem algumas dificuldades, mas pode corrigir espontaneamente sua afirmação sobre a orientação no tempo, e/ou no espaço, e/ou quanto aos dados pessoais

		②O paciente apresenta falhas que não são corrigidas espontaneamente. Por exemplo, não sabe o dia da semana ou do mês, embora saiba o mês e o ano corretamente, e/ou tem dificuldades espaciais, embora esteja orientado na enfermaria (ou em sua casa), e/ou tem dificuldades para recordar nomes, embora ainda saiba seu próprio nome
		③O paciente está acentuadamente desorientado. Por exemplo, não sabe o mês e o ano corretamente, embora ainda se localize quanto a períodos significativos do ano (carnaval, festas juninas, natal), e/ou tem dificuldades para localizar o banheiro ou a sua casa sem auxílio, e/ou lembra seu próprio nome apenas por meio de alguma ajuda
		④Está completamente desorientado no tempo e/ou no espaço, e/ou quanto aos dados pessoais
C31	Escore total	

ENTREVISTA CLÍNICA ESTRUTURADA PARA ESCLA BREVE DE AVALIAÇÃO PSIQUIÁTRICA

1. Contato inicial

ITEM BPRS	PERGUNTAS-GUIA
	Entrevista inicial
Orientação	Qual o seu nome completo? E sua idade? Onde você mora? Com quem você mora? Está trabalhando atualmente?
Preocupação somática	Como costuma ser sua saúde física (do corpo)? Como esteve a sua saúde no último ano? Você está preocupado com algum problema de saúde agora?
Orientação	Quanto tempo faz que você está aqui? Conte-me porque motivo você foi internado. Quando isso começou? O que aconteceu depois? Você pode me dizer que dia é hoje? (semana, mês, ano)
	Reentrevista
Triagem	Como tem passado desde a nossa última conversa? O que o tem incomodado mais nos últimos dias? (Além disso, o que mais incomoda você?)
Orientação	Você pode me dizer que dia é hoje? (semana, mês, ano). Você pode me dizer o que tinha ontem no jantar?
Preocupação somática	Você está preocupado com algum problema de saúde agora?

2. Entrevista

ITEM BPRS	PERGUNTAS-GUIA
Orientação	Você tem conseguido se concentrar? Como está sua memória?
Ansiedade psíquica	Você está preocupado com alguma coisa? Você tem se sentido tenso ou ansioso a maior parte do tempo? (Quando se sente assim, você consegue saber o porquê? De que forma as suas ansiedades ou preocupações afetam o seu dia-a-dia? Existe algo que ajuda a melhorar essa sensação?)
Sentimentos de culpa	Nos últimos dias você tem se sentido um peso para sua família ou colegas? Você tem se sentido culpado por alguma coisa feita no passado? Você acha que o que você está passando agora é um tipo de castigo? (Por que você acha isso?)
Humor deprimido	Como tem estado o seu humor (alegre, triste, irritável)? Você acredita que pode melhorar? (Como esse sentimento tem afetado o seu dia-a-dia?)
Desconfiança	Você tem tido a impressão de que as outras pessoas estão falando ou rindo de você? (De que forma você percebe isso?) Você tem achado que tem alguém com más intenções contra você ou se esforçando para lhe causar problemas? (Quem? Por quê? Como você sabe disso?)
Autoestima exagerada (hostilidade)	Nos últimos dias você tem se sentido com algum talento ou habilidade que a maioria das pessoas não tem? (Como você sabe disso?) Você acha que as pessoas têm tido inveja de você? Você tem acreditado que tenha alguma coisa importante para fazer no mundo? Nos últimos dias tem estado impaciente ou irritável com as outras pessoas? (Conseguiu manter o controle? Tolerou as provocações? Chegou a agredir alguém ou a quebrar objetos?)
Conteúdo incomum do	Você tem acreditado que alguém ou alguma coisa fora de você esteja

pensamento (preocupação somática)	controlando seus pensamentos ou suas ações contra sua vontade? Você tem a impressão de que o rádio ou a televisão mandem mensagens para você? Você sente que alguma coisa incomum esteja acontecendo ou está para acontecer? Você sente que tem alguma coisa incomum acontecendo no seu corpo ou cabeça?
Alucinações	Você tem tido experiências incomuns, que a maioria das pessoas não tem? Você tem escutado coisas que as outras pessoas não podem ouvir? (Você estava acordado neste momento? O que você ouvia [barulhos, cochichos, vozes conversando com você ou conversando entre si]? Com que frequência? Interferem no seu dia-a-dia?) Você tem visto coisas que as outras pessoas não podem ver? (Você estava acordado nesse momento? O que você via [luzes, formas, imagens]? Com que frequência? Interferem no seu dia-a-dia?)

INVENTÁRIO DE ANSIEDADE-TRAÇO (IDATE)

	Quase nunca	Às vezes	Bastante	Quase sempre
Sinto-me bem	④	③	②	①
Canso-me facilmente	①	②	③	④
Tenho vontade de chorar	①	②	③	④
Gostaria de poder ser tão feliz quanto os outros parecem ser	①	②	③	④
Perco oportunidades porque não consigo tomar decisões rapidamente	①	②	③	④
Sinto-me descansado(a)	④	③	②	①
Sou calmo(a)	④	③	②	①
Sinto que as dificuldades estão se acumulando de tal forma que não consigo resolver	①	②	③	④
Preocupo-me demais com coisas sem importância	①	②	③	④
Sou feliz	④	③	②	①
Deixo-me afetar muito pelas coisas	①	②	③	④
Não tenho muita confiança em mim mesmo(a)	①	②	③	④
Sinto-me seguro(a)	④	③	②	①
Evito ter que enfrentar crises ou problemas	①	②	③	④
Sinto-me deprimido(a)	①	②	③	④
Estou satisfeito(a)	④	③	②	①
Às vezes ideias sem importância me entram na cabeça e ficam me preocupando	①	②	③	④
Levo os desapontamentos tão a sério que não consigo tirá-los da cabeça	①	②	③	④
Sou uma pessoa estável	④	③	②	①
Fico tenso(a) e perturbado(a) quando penso em meus problemas no momento	①	②	③	④
C32 Score total IDATE				

TABACO FUMADO

Por favor, não responda sobre produtos de tabaco que não fazem fumaça, como rapé e fumo para mascar.

Não considere, também, cigarros de maconha.

D1	Atualmente, você fuma algum produto do tabaco:	①Diariamente → (passe para a questão D4)	
		②Menos que diariamente → (siga para a questão D2)	
		③Não fuma → (passe para a questão D3)	
D2	No passado, você fumou algum produto do tabaco diariamente?	①Sim → (passe para a questão D4)	
		②Não → (passe para a questão D4)	
		③Não se aplica	
D3	No passado, você fumou algum produto do tabaco:	①Diariamente → (siga para a questão D4)	
		②Menos que diariamente → (siga para a questão D4)	
		③Nunca fumou → (passe para a questão D23)	
		④Não se aplica	
		(Caso o informante responda que já usou “diariamente” e também, “menos que diariamente” no passado, assinale “diariamente”)	
D4	Somando todos os cigarros que você fumou na vida inteira, o total chega a 5 maços ou 100 cigarros?	①Sim	
		②Não	
		③Nunca fumou cigarros (apenas charuto, cachimbo ou narguilé)	
		④Não se aplica	
		Se na questão D1 respondeu: ① → (siga para a questão D5)	
		② → (passe para a questão D8)	
		③ → (passe para a questão D12)	
USUÁRIO DIÁRIO DE TABACO FUMADO			
D5	Que idade tinha quando começou a fumar algum produto do tabaco, mesmo que de vez em quando?	<input type="text"/> <input type="text"/> Anos	→ (siga para a questão D6)
		①Não sabe/Não lembra → (siga para a questão D6)	
		③Não se aplica	
D6	Que idade tinha quando começou fumar algum produto do tabaco, diariamente?	<input type="text"/> <input type="text"/> Anos	→ (siga para a questão D7)
		①Não sabe/Não lembra → (siga para a questão D7)	
		③Não se aplica	
D7	Em média, quantos dos seguintes produtos você fuma por dia, atualmente?		
	Cigarros industrializados (não incluir cigarros de cravo ou de Bali e cigarros indianos ou bidis):	Cigarros de palha ou cigarros enrolados à mão:	
	① 1 ou mais por dia <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> cigarro(s)	① 1 ou mais por dia <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> cigarro(s)	
	② Menos que 1 por dia e mais que 0 por semana ou mês	② Menos que 1 por dia e mais que 0 por semana ou mês	
	③ Não fuma	③ Não fuma	
	④ Não sabe	④ Não sabe	
	⑤ Não se aplica	⑤ Não se aplica	
	Cigarros de cravo ou de Bali:	Bidis ou cigarros indianos:	
	① 1 ou mais por dia <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> cigarro(s)	① 1 ou mais por dia <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> cigarro(s)	
	② Menos que 1 por dia e mais que 0 por semana ou mês	② Menos que 1 por dia e mais que 0 por semana ou mês	
	③ Não fuma	③ Não fuma	
	④ Não sabe	④ Não sabe	
	⑤ Não se aplica	⑤ Não se aplica	
	Cachimbos (considere cachimbos cheios):	Charutos ou cigarrilhas:	
	① 1 ou mais por dia <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> cachimbo(s)	① 1 ou mais por dia <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> charuto(s)/cigarilha(s)	
	② Menos que 1 por dia e mais que 0 por	② Menos que 1 por dia e mais que 0 por	

	semana ou mês		semana ou mês
	③Não fuma		③Não fuma
	④Não sabe		④Não sabe
	⑩Não se aplica		⑩Não se aplica
	Narguilé:		Outros (especifique): _____
	①1 ou mais por dia		①1 ou mais por dia
	②Menos que 1 por dia e mais que 0 por semana ou mês		②Menos que 1 por dia e mais que 0 por semana ou mês
	③Não fuma		③Não fuma
	④Não sabe		④Não sabe
	⑩Não se aplica		⑩Não se aplica
	(Passe para a questão D16)		
USUÁRIO OCASIONAL DE TABACO FUMADO			
D8	Durante os últimos 30 dias (último mês), em quantos dias você fumou algum produto do tabaco?		Dias → (siga para a questão D9)
			①Não sabe/Não lembra → (siga para a questão D9)
			⑩Não se aplica
D9	Que idade você tinha quando começou a fumar algum produto do tabaco, mesmo que de vez em quando?		Anos
			①Não sabe/Não lembra
			⑩Não se aplica
			Se na questão D2 respondeu: ① → (siga para a questão D10) ② → (passe para a questão D11)
D10	Que idade você tinha quando começou a fumar algum produto do tabaco, diariamente?		Anos → (siga para a questão D11)
			①Não sabe/Não lembra → (siga para a questão D11)
			⑩Não se aplica
D11	Quantos dos seguintes produtos você fuma por semana , atualmente?		
	Cigarros industrializados (não incluir cigarros de cravo ou de Bali e cigarros indianos ou bidis):		Cigarros de palha ou cigarros enrolados à mão:
	①1 ou mais por semana		①1 ou mais por semana
	②Menos que 1 por semana e mais que 0 por Mês		②Menos que 1 por semana e mais que 0 por Mês
	③Não fuma		③Não fuma
	④Não sabe		④Não sabe
	⑩Não se aplica		⑩Não se aplica
	Cigarros de cravo ou de Bali:		Bidis ou cigarros indianos:
	①1 ou mais por semana		①1 ou mais por semana
	②Menos que 1 por semana e mais que 0 por Mês		②Menos que 1 por semana e mais que 0 por Mês
	③Não fuma		③Não fuma
	④Não sabe		④Não sabe
	⑩Não se aplica		⑩Não se aplica
	Cachimbo(s) (considere cachimbo(s) cheios):		Charutos ou cigarrilhas:
	①1 ou mais por semana		①1 ou mais por semana
	②Menos que 1 por semana e mais que 0 por Mês		②Menos que 1 por semana e mais que 0 por Mês
	③Não fuma		③Não fuma
	④Não sabe		④Não sabe
	⑩Não se aplica		⑩Não se aplica
	Narguilé:		Outros (especifique): _____
	①1 ou mais por semana		①1 ou mais por semana
	②Menos que 1 por semana e mais que 0 por		②Menos que 1 por semana e mais que 0 por

	mês	Mês																																																																																							
	③ Não fuma	③ Não fuma																																																																																							
	④ Não sabe	④ Não sabe																																																																																							
	⑤ Não se aplica	⑤ Não se aplica																																																																																							
	(Passe para questão D16)																																																																																								
EX-USUÁRIO DE TABACO FUMADO																																																																																									
D12	Que idade você tinha quando começou a fumar algum produto do tabaco, mesmo que de vez em quando?	<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td>Anos</td></tr> <tr> <td colspan="3">① Não sabe/Não lembra</td></tr> <tr> <td colspan="3">⑤ Não se aplica</td></tr> <tr> <td colspan="3">Se na questão D3 respondeu: ① → (siga para a questão D13)</td></tr> <tr> <td colspan="3">② → (passe para a questão D14)</td></tr> </table>			Anos	① Não sabe/Não lembra			⑤ Não se aplica			Se na questão D3 respondeu: ① → (siga para a questão D13)			② → (passe para a questão D14)																																																																										
		Anos																																																																																							
① Não sabe/Não lembra																																																																																									
⑤ Não se aplica																																																																																									
Se na questão D3 respondeu: ① → (siga para a questão D13)																																																																																									
② → (passe para a questão D14)																																																																																									
D13	Que idade você tinha quando começou a fumar algum produto de tabaco diariamente?	<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td>Anos</td><td>→ (siga para a questão D14)</td></tr> <tr> <td colspan="2">① Não sabe/Não lembra</td><td colspan="2">→ (siga para a questão D14)</td></tr> <tr> <td colspan="4">⑤ Não se aplica</td></tr> </table>			Anos	→ (siga para a questão D14)	① Não sabe/Não lembra		→ (siga para a questão D14)		⑤ Não se aplica																																																																														
		Anos	→ (siga para a questão D14)																																																																																						
① Não sabe/Não lembra		→ (siga para a questão D14)																																																																																							
⑤ Não se aplica																																																																																									
D14	Há quanto tempo você parou de fumar?	<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td>Anos</td></tr> <tr> <td></td><td></td><td></td><td>Meses</td></tr> <tr> <td></td><td></td><td></td><td>Semanas</td></tr> <tr> <td></td><td></td><td></td><td>Dias</td></tr> <tr> <td colspan="4">⑤ Não se aplica</td></tr> <tr> <td colspan="4">Registre apenas os tempos em que o informante parou de fumar regularmente. Não inclua ocasiões excepcionais em que ele usou.</td></tr> <tr> <td colspan="4">(Siga para a questão D15)</td></tr> </table>				Anos				Meses				Semanas				Dias	⑤ Não se aplica				Registre apenas os tempos em que o informante parou de fumar regularmente. Não inclua ocasiões excepcionais em que ele usou.				(Siga para a questão D15)																																																														
			Anos																																																																																						
			Meses																																																																																						
			Semanas																																																																																						
			Dias																																																																																						
⑤ Não se aplica																																																																																									
Registre apenas os tempos em que o informante parou de fumar regularmente. Não inclua ocasiões excepcionais em que ele usou.																																																																																									
(Siga para a questão D15)																																																																																									
D15	Usou algum dos seguintes procedimentos para parar de fumar:	<table border="1"> <tr> <td colspan="3">Aconselhamento por profissional de saúde incluindo clínicas de cessação de fumar?</td></tr> <tr> <td colspan="3">① Sim</td></tr> <tr> <td colspan="3">② Não</td></tr> <tr> <td colspan="3">⑤ Não se aplica</td></tr> <tr> <td colspan="3">Reposição de nicotina com: adesivo, pastilha, spray, inalador ou goma de mascar?</td></tr> <tr> <td colspan="3">① Sim</td></tr> <tr> <td colspan="3">② Não</td></tr> <tr> <td colspan="3">⑤ Não se aplica</td></tr> <tr> <td colspan="3">Outros medicamentos com receita médica?</td></tr> <tr> <td colspan="3">① Sim</td></tr> <tr> <td colspan="3">② Não</td></tr> <tr> <td colspan="3">⑤ Não se aplica</td></tr> <tr> <td colspan="3">Homeopatia, acupuntura?</td></tr> <tr> <td colspan="3">① Sim</td></tr> <tr> <td colspan="3">② Não</td></tr> <tr> <td colspan="3">⑤ Não se aplica</td></tr> <tr> <td colspan="3">Chás, ervas ou plantas medicinais?</td></tr> <tr> <td colspan="3">① Sim</td></tr> <tr> <td colspan="3">② Não</td></tr> <tr> <td colspan="3">⑤ Não se aplica</td></tr> <tr> <td colspan="3">Serviços de ajuda por telefone para parar de fumar?</td></tr> <tr> <td colspan="3">① Sim</td></tr> <tr> <td colspan="3">② Não</td></tr> <tr> <td colspan="3">⑤ Não se aplica</td></tr> <tr> <td colspan="3">Trocou por outro produto do tabaco que não faz fumaça?</td></tr> <tr> <td colspan="3">① Sim</td></tr> <tr> <td colspan="3">② Não</td></tr> <tr> <td colspan="3">⑤ Não se aplica</td></tr> <tr> <td colspan="3">Algum outro? Especifique: _____</td></tr> </table>	Aconselhamento por profissional de saúde incluindo clínicas de cessação de fumar?			① Sim			② Não			⑤ Não se aplica			Reposição de nicotina com: adesivo, pastilha, spray, inalador ou goma de mascar?			① Sim			② Não			⑤ Não se aplica			Outros medicamentos com receita médica?			① Sim			② Não			⑤ Não se aplica			Homeopatia, acupuntura?			① Sim			② Não			⑤ Não se aplica			Chás, ervas ou plantas medicinais?			① Sim			② Não			⑤ Não se aplica			Serviços de ajuda por telefone para parar de fumar?			① Sim			② Não			⑤ Não se aplica			Trocou por outro produto do tabaco que não faz fumaça?			① Sim			② Não			⑤ Não se aplica			Algum outro? Especifique: _____		
Aconselhamento por profissional de saúde incluindo clínicas de cessação de fumar?																																																																																									
① Sim																																																																																									
② Não																																																																																									
⑤ Não se aplica																																																																																									
Reposição de nicotina com: adesivo, pastilha, spray, inalador ou goma de mascar?																																																																																									
① Sim																																																																																									
② Não																																																																																									
⑤ Não se aplica																																																																																									
Outros medicamentos com receita médica?																																																																																									
① Sim																																																																																									
② Não																																																																																									
⑤ Não se aplica																																																																																									
Homeopatia, acupuntura?																																																																																									
① Sim																																																																																									
② Não																																																																																									
⑤ Não se aplica																																																																																									
Chás, ervas ou plantas medicinais?																																																																																									
① Sim																																																																																									
② Não																																																																																									
⑤ Não se aplica																																																																																									
Serviços de ajuda por telefone para parar de fumar?																																																																																									
① Sim																																																																																									
② Não																																																																																									
⑤ Não se aplica																																																																																									
Trocou por outro produto do tabaco que não faz fumaça?																																																																																									
① Sim																																																																																									
② Não																																																																																									
⑤ Não se aplica																																																																																									
Algum outro? Especifique: _____																																																																																									

		① Sim												
		② Não												
		③ Não se aplica												
(Passe para a questão D23)														
CESSAÇÃO DE FUMAR														
As próximas perguntas são sobre as tentativas de parar de fumar que você fez nos últimos doze meses.														
D16	Nos últimos doze meses, durante algum atendimento por um médico ou outro profissional de saúde, foi perguntado se você fumava?	① Sim ② Não ③ Não se aplica (Siga para a questão D17)												
D17	Durante algum desses atendimentos, nos últimos 12 meses, você foi aconselhado a parar de fumar?	① Sim ② Não ③ Não se aplica (siga para a questão D18)												
D18	Durante os últimos 12 meses, você tentou parar de fumar?	① Sim → (siga para a questão D19) ② Não → (passe para a questão D21) ③ Não se aplica												
D19	Pensando na última vez que você tentou parar de fumar, por quanto tempo permaneceu sem fumar?	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 10px;"></td><td style="width: 10px;"></td><td style="width: 10px;"></td><td>Meses</td></tr> <tr> <td></td><td></td><td></td><td>Semanas</td></tr> <tr> <td></td><td></td><td></td><td>Dias (Marcar 0 (zero) se for < 24 horas)</td></tr> </table> (00) Não se aplica <i>Registre apenas os tempos em que o informante parou de fumar regularmente. Não inclua ocasiões excepcionais em que ele fumou.</i> (siga para a questão D20)				Meses				Semanas				Dias (Marcar 0 (zero) se for < 24 horas)
			Meses											
			Semanas											
			Dias (Marcar 0 (zero) se for < 24 horas)											
D20	Nos últimos 12 meses você usou algum dos seguintes procedimentos para parar de fumar:	Aconselhamento por profissional de saúde incluindo clínicas de cessação de fumar? ① Sim ② Não ③ Não se aplica Reposição de nicotina com: adesivo, pastilha, spray, inalador ou goma de mascar? ① Sim ② Não ③ Não se aplica Outros medicamentos com receita médica? ① Sim ② Não ③ Não se aplica Homeopatia, acupuntura? ① Sim ② Não ③ Não se aplica Chás, ervas ou plantas medicinais? ① Sim ② Não ③ Não se aplica Serviços de ajuda por telefone para parar de fumar? ① Sim ② Não ③ Não se aplica Trocou por outro produto do tabaco que não faz fumaça? ① Sim												

		② Não ① Não se aplica Algum outro? Especifique: _____ ① Sim ② Não ① Não se aplica (Siga para questão 21)
ECONOMIA E PREÇOS		
D21	Quanto você gasta por mês na compra de produtos de tabaco para consumo próprio?	R\$ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (-1) Não se aplica (siga para a questão D22)
D22	Comprometimento da renda mensal na compra de produtos de tabaco (%)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> % (-1) Não se aplica (Multiplicar o valor da questão D21 por 100% e dividir pelo valor da renda mensal) (siga para a questão D23)

	<div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="flex: 1; border-bottom: 1px solid black; position: relative; height: 20px;"> <div style="position: absolute; left: 0; top: 0; bottom: 0; right: 0; border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black;"></div> </div> <div style="margin-left: 5px;"> <div style="display: flex; justify-content: space-between; width: 100%;"> 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 </div> </div> </div>
D23	Indique na régua acima o quanto o cigarro é importante para você

TESTE DE DEPENDÊNCIA À NICOTINA DE FAGERSTRÖM

		Resposta	Pontuação
F1	Quanto tempo depois de acordar você fuma o primeiro cigarro?	Após 60 minutos	①
		Entre 31 e 60 minutos	①
		Entre 6 e 30 minutos	②
		Nos primeiros 5 minutos	③
F2	Você acha difícil não fumar em lugares proibidos, como igrejas, ônibus, etc.?	Não	①
		Sim	②
F3	Qual o cigarro do dia que traz mais satisfação?	O primeiro da manhã	①
		Qualquer outro	②
F4	Quantos cigarros você fuma por dia?	Menos de 10 cigarros	①
		Entre 11 e 20 cigarros	②
		Entre 21 e 30 cigarros	③
		Mais de 31 cigarros	④
F5	Você fuma mais frequentemente pela manhã?	Não	①
		Sim	②
F6	Você fuma mesmo doente?	Não	①
		Sim	②
F7	Pontos obtidos FTDN	<input type="text"/>	<input type="text"/>
F8	Conclusão sobre o grau de dependência nicotínica	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)	

ESCALA RAZÕES PARA FUMAR MODIFICADA – ERPFM

		Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Sempre
H1	Eu fumo cigarros para me manter alerta	①	②	③	④	⑤
H2	Manusear um cigarro é parte do prazer de fumá-lo	①	②	③	④	⑤
H3	Fumar dá prazer e é relaxante	①	②	③	④	⑤
H4	Eu acendo um cigarro quando estou bravo com alguma coisa	①	②	③	④	⑤
H5	Quando meus cigarros acabam, acho isso quase insuportável até eu conseguir outro	①	②	③	④	⑤
H6	Eu fumo cigarros automaticamente sem mesmo me dar conta disso	①	②	③	④	⑤
H7	É mais fácil conversar e me relacionar com outras pessoas quando estou fumando	①	②	③	④	⑤
H8	Eu fumo para me estimular, para me animar	①	②	③	④	⑤
H9	Parte do prazer de fumar um cigarro vem dos passos que eu tomo para acendê-lo	①	②	③	④	⑤
H10	Eu acho os cigarros prazerosos	①	②	③	④	⑤
H11	Quando eu me sinto desconfortável ou chateado com alguma coisa, eu acendo um cigarro	①	②	③	④	⑤
H12	Quando eu não estou fumando um cigarro, eu fico muito atento a isso	①	②	③	④	⑤
H13	Eu acendo um cigarro sem perceber que ainda tenho um outro aceso no cinzeiro	①	②	③	④	⑤
H14	Enquanto estou fumando me sinto mais seguro com outras pessoas	①	②	③	④	⑤
H15	Eu fumo cigarros para me “por pra cima”	①	②	③	④	⑤
H16	Quando eu fumo um cigarro, parte do prazer é ver a fumaça que eu solto	①	②	③	④	⑤
H17	Eu desejo um cigarro especialmente quando estou confortável e relaxado	①	②	③	④	⑤
H18	Eu fumo cigarros quando me sinto triste ou quando quero esquecer minhas obrigações ou preocupações	①	②	③	④	⑤
H19	Eu sinto uma vontade enorme de pegar um cigarro se fico um tempo sem fumar	①	②	③	④	⑤
H20	Eu já me peguei com um cigarro na boca sem lembrar de tê-lo colocado lá	①	②	③	④	⑤
H21	Eu fumo mais quando estou com outras pessoas	①	②	③	④	⑤
H22	Escore total ERF

ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem

Avenida Bandeirantes, 3500 - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil - CEP: 14040-902 - Fone: 55 16 3602.3382 - 55 16 3602.5381 - Fax: 55 16 3602.3381
www.eerp.usp.br - eerp@edu.usp.br

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA EERP/USP

Of.CEP-EERP/USP – 308/2013

Ribeirão Preto, 17 de dezembro de 2013

Prezada Senhora,

Comunicamos que o projeto de pesquisa, abaixo especificado, foi analisado e considerado **APROVADO AD REFERENDUM** pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, em 17 de dezembro de 2013.

Protocolo: 21101113.3.0000.5393

Projeto: Prevalência e perfil do tabagismo entre portadores de transtorno mental e a população geral.

Pesquisadores: Antônia Regina Ferreira Furegato
Renata Marques de Oliveira

Em atendimento à Resolução 466/12, deverá ser encaminhado ao CEP o relatório final da pesquisa e a publicação de seus resultados, para acompanhamento, bem como comunicada qualquer intercorrência ou a sua interrupção.

Atenciosamente,

Profª. Drª. Claudia Benedita dos Santos
Coordenadora do CEP-EERP/USP

Ilma. Sra.

Profª. Drª. Antônia Regina Ferreira Furegato
Departamento de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP