

O que os pacientes psiquiátricos pensam sobre parar de fumar?

What do the psychiatric patients think about stop smoking?

¿Qué piensan los pacientes psiquiátricos sobre parar de fumar?

Renata Marques de Oliveira¹; Antonia Regina Ferreira Furegato²

Como citar este artigo:

Oliveira RM; Furegato ARF. O que os pacientes psiquiátricos pensam sobre parar de fumar? Rev Fund Care Online. 2017 abr/jun; 9(2):441-450. DOI: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2017.v9i2.441-450>

ABSTRACT

Objective: To investigate the opinion of psychiatric patients about the best time to try to quit smoking, which could help them, and knowledge about the dangers of tobacco. **Method:** An exploratory study done with 96 smokers hospitalized in psychiatry sector. Interviews with open questions and nicotine dependence test. Descriptive statistics and thematic analysis. **Results:** The best time to quit smoking divides opinion: when the mental disorder is controlled; when something important happens, and during hospitalization. For some, it is enough just decide to stop, regardless of time. Patients reported encouraging professionals to continue smoking. Although the harmful effects are known, psychological mechanisms (denial/rationalization) interfere on the decision to stop. **Conclusion:** The smoking treatment should be integrated with health services and led by a multidisciplinary team, respecting the time of each patient.

Descriptors: Smoking, Abandonment Tobacco use, Psychiatric nursing.

¹ Enfermeira. Mestre e Doutorada pelo Programa de Enfermagem Psiquiátrica da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (EERP-USP).

² Enfermeira. Professora Titular Sênior do Departamento de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (EERP-USP).

RESUMO

Objetivo: Investigar a opinião de pacientes psiquiátricos sobre o melhor momento para tentarem parar de fumar, o que poderia ajudá-los e o conhecimento sobre os malefícios do tabaco. **Método:** Estudo exploratório com 96 fumantes, internados em psiquiatria. Entrevistas com questões abertas e teste de dependência nicotínica. Estatística descritiva e análise temática. **Resultados:** O melhor momento para parar de fumar divide opiniões: quando o transtorno mental está controlado, quando algo importante acontece e durante a internação. Para alguns, basta decidir parar, independente de momento. Pacientes relataram o incentivo dos profissionais para continuarem fumando. Embora os malefícios sejam conhecidos, mecanismos psicológicos (negação/racionalização) interferem na decisão de parar. **Conclusão:** O tratamento do tabagismo deve ser integrado entre os serviços de saúde e conduzido por equipe multiprofissional, respeitando-se o momento de cada paciente.

Descritores: Tabagismo, Abandono do uso de Tabaco, Enfermagem psiquiátrica.

RESUMEN

Objetivo: Investigar la opinión de los pacientes psiquiátricos sobre el mejor momento para dejar de fumar, lo que podría ayudarlos y sus conocimientos sobre los maleficios del tabaco. **Método:** Estudio exploratorio con 96 fumadores, internados en la psiquiatria. Encuestas y test de dependencia nicotínica. Estadística descriptiva y análisis temático. **Resultados:** El mejor momento para dejar de fumar divide las opiniones: cuando el trastorno mental está controlado, cuando algo importante ocurre y durante la hospitalización. Para algunos pacientes, es sólo decidir parar. Algunos pacientes fueron incentivados por los profesionales para que siguiesen fumando. Aunque los maleficios sean conocidos, los mecanismos psicológicos (negación/racionalización) interfieren en la decisión de parar de fumar. **Conclusión:** El tratamiento debe ser integrado entre los servicios de salud y conducidos por el equipo multiprofesional, respetatrabalhindo el momento de cada paciente.

Descritores: Tabaquismo, Cese del uso de Tabaco, Enfermería psiquiátrica.

INTRODUÇÃO

O controle do tabagismo é uma ação prioritária de saúde pública, visto que uma em cada cinco pessoas, da população mundial, usa tabaco. Frente ao quadro atual, no final do século XXI, as mortes em decorrência de doenças causadas ou agravadas pelo tabagismo poderão somar um bilhão. Para cada fumante que morre, 20 são diagnosticados com doenças graves, associadas ao fumo.¹⁻³

Entre os pacientes psiquiátricos, esses números são mais expressivos. No Brasil, estudo com portadores de transtornos mentais crônicos (n= 2461), provenientes de 26 serviços públicos de saúde, identificou que 53% eram fumantes. Atualmente, a prevalência de fumantes na população brasileira, ≥ 18 anos de idade, é de 11,3%.⁴⁻⁵

Em uma metanálise, realizada a partir de 42 estudos, foi comparada a prevalência de fumantes entre pacientes diagnosticados com esquizofrenia e a população geral de 20 países. A prevalência total de fumantes entre os esquizofrênicos foi de 62%, ou seja, 5,3 vezes maior do que a encontrada na população geral⁶. Nos Estados Unidos, estima-se que das

443.000 mortes anuais relacionadas ao tabaco, 200.000 ocorrem em pacientes psiquiátricos.²

Apesar dos números alarmantes, há evidências de que a maioria dos pacientes psiquiátricos almeja parar de fumar e obtém resultados positivos quando submetida aos tratamentos para dependência, inclusive aqueles conduzidos por enfermeiros.⁷⁻⁹ A prevalência elevada de fumantes sugere, portanto, que eles são excluídos das intervenções.

Essa exclusão se mostra desumana, uma vez que os pacientes psiquiátricos não deixam de ser expostos à proibição do fumo nos locais públicos e ao aumento do preço dos cigarros. Isso os leva ao isolamento social (necessidade de fumar escondido), à compra de cigarros contrabandeados, ao fumo de bitucas, furto e prostituição para conseguir cigarros.¹⁰⁻¹¹

Por ser a dependência do tabaco um diagnóstico definido na Classificação Internacional de Doenças (CID 10) e no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-V), todos os fumantes devem ter acesso ao tratamento do tabagismo nos serviços de saúde.¹² Reconhece-se, contudo, que na maioria das vezes o diagnóstico de dependência não é sequer registrado no prontuário dos pacientes psiquiátricos internados.¹³⁻¹⁴

A equipe de enfermagem é importante no processo de parar de fumar, pois são os profissionais que passam a maior parte do tempo junto aos pacientes durante a internação. Se capacitados, os enfermeiros podem utilizar esses momentos de proximidade para identificar as motivações de cada indivíduo para tentar parar de fumar, as dificuldades e os recursos que possui para enfrentar esse processo, elaborando com ele um plano de cuidado de acordo com suas necessidades. O planejamento de intervenções para cessar o uso do tabaco pode ser integrado às ações cotidianas de enfermagem.¹⁵⁻¹⁶ Um estudo com 1037 americanos revelou que na opinião da população os enfermeiros são os profissionais mais honestos e éticos, na sua relação com as pessoas.¹⁷ A confiança que a população tem nos enfermeiros pode ser mais um elemento favorável na abordagem do tabagismo.

A elevada prevalência de fumantes somada à exclusão dos pacientes psiquiátricos dos tratamentos para dependência ressalta a importância de se investigar o que eles pensam sobre parar de fumar. Este estudo partiu dos questionamentos: 1) Existe um momento certo para os pacientes psiquiátricos tentarem parar de fumar? 2) O que poderia ser feito para ajudá-los? 3) O conhecimento sobre os malefícios do tabaco à saúde interfere na decisão de parar de fumar?

Este estudo teve por objetivo investigar a opinião de pacientes psiquiátricos fumantes sobre o melhor momento para tentarem parar de fumar, o que poderia ser feito para ajudá-los e o conhecimento sobre os malefícios do tabaco à saúde.

MÉTODO

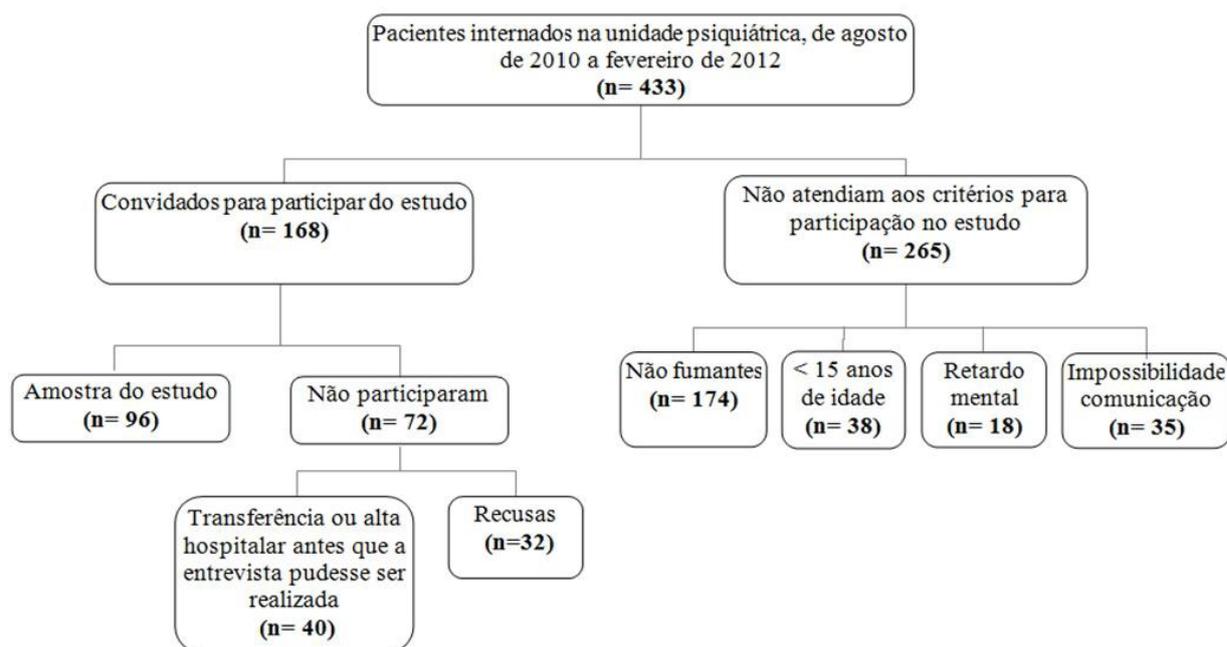
Estudo exploratório em unidade psiquiátrica de hospital geral, estadual, do interior paulista. Na unidade, estão disponíveis 18 leitos para internação breve de portadores de transtornos mentais. Em média, 15 leitos são ocupados, diariamente, sendo o tempo médio de internação de 16 dias.

Participaram 96 pacientes psiquiátricos (amostra probabilística aleatória simples – precisão de 95% e erro máximo de 10%), internados de agosto de 2010 a fevereiro de 2012. Critérios de inclusão: ser fumante. Critérios de exclusão: 1) menores de 15 anos de idade; 2) diagnóstico de retardo

mental; 3) impossibilidade de comunicação verbal. Estudo aprovado por Comitê de Ética em Pesquisa (EERP/USP 1173/2010). Assinatura de duas vias do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Durante o período da coleta dos dados, todos os pacientes que se internaram na unidade e atendiam aos critérios para participação foram convidados. A inclusão dos sujeitos ocorreu por conveniência, sendo primeiramente abordados os pacientes internados há mais tempo. O total de paciente internados no período e as exclusões são descritos na Figura 1.

Figura 1 – Pacientes internados na unidade psiquiátrica durante o período da coleta dos dados



Os 96 sujeitos foram entrevistados, individualmente, em um consultório da unidade. Foram utilizadas dez variáveis para identificação e três questões abertas de um questionário elaborado pelas autoras (Instrumento de Identificação de Tabagistas em Unidade Psiquiátrica de hospital geral - ITUP) para um projeto amplo que investiga diferentes aspectos relacionados ao tabagismo entre pacientes psiquiátricos. As entrevistas foram gravadas.

Variáveis: sexo; idade; escolaridade; estado civil; diagnóstico psiquiátrico principal; tempo de diagnóstico; há quanto tempo começou a fumar; quantidade diária de cigarros; gasto mensal com cigarros; tentativas anteriores de parar de fumar; métodos utilizados para tentar parar de fumar; se sente capaz de parar de fumar. Questões: 1) Em sua opinião, qual o momento ideal para tentar parar de fumar? 2) O que os profissionais podem fazer para te ajudar a parar de fumar? 3) O que você sabe sobre o tabaco? Além do ITUP, foi aplicado o Teste de Dependência Nicotínica de Fagerström a fim de descrever o grau de dependência dos sujeitos¹⁸.

Ferramentas de estatística descritiva. Análise temática de conteúdo para as respostas às questões abertas, tendo seguido quatro etapas: 1) leitura flutuante; 2) destaque dos

núcleos de sentido; 3) identificação dos temas e 4) definição das categorias.¹⁹

RESULTADOS

Apresentados em dois tópicos: A) Caracterização da amostra e B) Análise temática.

A) Caracterização da amostra

As principais características dos 96 fumantes são sumarizadas na Tabela 1.

Tabela 1 – Caracterização dos 96 fumantes

Variáveis		%
Sexo	Feminino	61,5
Média etária	38,2 anos (15 – 88)	
Estado civil	Solteiros	43,8
	Casados	33,3
	Separados/divorciados	17,7
	Viúvos	5,2

(Continua)

(Continuação)

Variáveis		%
Escolaridade	Ensino fundamental	53,1
	Médio	34,4
	Superior	12,5
Diagnóstico	Transtornos mentais severos e persistentes	80,2
Tempo de diagnóstico	≤ 4 anos	51
Há quanto tempo fuma tabaco	≥ 21 anos	52
Média diária de cigarros	24,2 cigarros (1 - 100)	
Gasto médio mensal com cigarros	R\$ 86 (5 a 333)	
Tentativas de parar de fumar	Sim	84,4
Métodos utilizados para tentar parar de fumar	Grupo e medicamentos	19,8
	Sozinho	80,2
É capaz de parar de fumar	Sim	56,3
Grau de dependência nicotínica	Elevado/muito elevado	53,1
	Médio	13,5
	Baixo/muito baixo	33,3

B) Análise temática

Foram identificadas três categorias temáticas que retratam o dilema sobre o melhor momento para os pacientes psiquiátricos pararem de fumar, o que conhecem sobre os malefícios do tabaco à saúde e o que poderia ser feito para ajudá-los.

1) O melhor momento para tentar parar de fumar

Na opinião de 22 sujeitos, não existe um momento ideal para tentarem parar de fumar, desde que haja força de vontade e determinação.

“Se a pessoa realmente quiser, ela para de fumar em qualquer momento da vida dela.” (F12)

“É a hora de pegar no bicho e falar: ‘hoje eu não te fumo!’” (F32)

“Não é momento. É atitude.” (F55)

Para 15 sujeitos, o melhor momento é quando a vida está tranquila, sem problemas. Destacam que os sintomas do transtorno mental devem estar controlados.

“Estou com a mente confusa. Quando souber quem sou, tiver mais controle das minhas emoções [...] Primeiro preciso por os pés no chão, para depois tentar parar de fumar.” (F19)

“Quando me curar, aí sim vou ver se largo o cigarro. Quando eu sair daqui, tenho certeza que vou ter mais força para não fumar porque vou estar curado do meu problema.” (F29)

“É o momento em que está vivendo uma vida normal.” (F65)

“A gente tem que estar em uma fase tranquila, sem aquele tumulto, não tendo muito problema dentro de casa. A vida tem que estar controlada, a depressão também tem de estar controlada.” (F69)

Dez sujeitos acreditam que o momento certo é quando aparecem prejuízos à saúde.

“Quando estiver fazendo mal para a saúde. Para mim, isso já começou.” (F35)

“Acho que é quando a pessoa está à beira da morte.” (F66)

“É aquele momento que te pega de surpresa. O médico fala: ‘Ou você para ou morre’.” (F81)

Oito sujeitos disseram que cada pessoa tem o seu momento. Um sujeito expressou que seu momento ainda não chegou, pois trocava qualquer coisa pelo cigarro.

“Cada um tem o seu momento, depende de cada um.” (F45)

“Eu não quero parar de fumar. O cara chegou para mim e falou: ‘Se você largar o cigarro, eu caso com você.’ Ele casou com outra porque eu escolhi ficar com o cigarro.” (F72)

“Eu ainda não senti que chegou a hora de parar de fumar.” (F75)

Para dois sujeitos, o momento ideal é quando algo importante acontece na vida.

“Um momento ideal? Para mim, foi na gravidez.” (F25)

“O nascimento do meu primeiro neto é um estímulo. Já pensou pegar meu neto cheirando cigarro? Quando acontecem fatos importantes ajuda porque há um incentivo.” (F60)

Dois sujeitos ressaltaram a importância de não começar a fumar.

“O ideal seria não começar. Entrar é fácil, agora pra sair é bem complicado.” (F6)

“Não começar. Depois que começa é muito difícil parar.” (F24)

Sete sujeitos comentaram que a internação pode ser um bom momento devido ao suporte da equipe e às medicações em uso.

“Na internação não deve ter só o tratamento psicológico, mas também do tabagismo. Os dois deveriam ser tratados aqui. Por já estarmos aqui, deveria aproveitar a oportunidade.” (F80)

“Estou tomando antidepressivo, então é mais fácil iniciar o tratamento do tabagismo. Acredito que é mais simples parar de fumar durante o tratamento [psiquiátrico].” (F86)

Por outro lado, oito sujeitos disseram que durante a internação não é um momento adequado, refletindo a fragmentação do cuidado.

“Aqui na enfermaria é outro problema, tratam de outra questão.” (F17)

“Estou passando por um problema médico. O médico está focado em acertar a medicação, ver o que está acontecendo para depois pensar no cigarro. Estamos indo por etapas.” (F30)

“Acho que aqui [na internação] não convém esse tipo de tratamento porque aqui é mais a parte psiquiátrica. O melhor momento seria depois que foi de alta.” (F66)

“Ainda não entramos nessa questão do fumo. Talvez não seja prioridade. O que me trouxe até aqui é mais sério do que o cigarro. Eles estão tratando o meu psicológico primeiro.” (F44)

Em dez relatos é possível perceber que os profissionais da saúde têm dúvidas quanto ao melhor momento para orientarem o paciente psiquiátrico a parar de fumar. Quatro sujeitos relataram que os profissionais transferem para o cigarro o papel de ajuda, como se os pacientes precisassem do cigarro para se sentir bem.

“Fiquei cinco anos sem fumar, mas busquei ajuda no cigarro de novo. O médico falou que não é minha culpa, que é devido à necessidade que eu estou tendo por causa da depressão.” (F9)

“A doutora falou: ‘Não vou tirar o cigarro agora porque você está dependendo muito dele.’ Disse que não aconselha parar agora porque estou muito agitada. Concordei com ela.” (F19)

“A médica me deixou fumar na internação, ela respeita. Ela quer que eu fique bem. Se ela sabe que para mim faz bem fumar [...]” (F20)

“Ele [auxiliar de enfermagem] odeia cigarro, só que ele fala assim: ‘Quer fumar? Fuma sim, você vai ficar melhor.’” (F46)

Em seis relatos, ficou evidente que tanto os profissionais como os pacientes têm receio de que o transtorno mental agrave com a retirada do tabaco. Alguns profissionais incentivaram o paciente psiquiátrico continuar fumando.

“A médica do posto perguntou se eu ficava nervosa sem o cigarro. Então ela sabe, né!” (F5)

“O médico não vai mexer com isso [tabagismo] porque ele acha que pode piorar a situação. Não vai pegar no meu pé sobre o cigarro porque pode prejudicar [o transtorno mental].” (F30)

“Tenho medo de parar e pirar. Falei pra médica do posto: ‘Vou morrer de tanto cigarro!’ Ela falou: ‘Calma! Não é a hora [de parar de fumar].’ Eu estava muito nervosa.” (F18)

“O médico me falou: ‘sua depressão aprofundou porque você fumava e parou.’ Passou alguns dias e eu voltei a fumar.” (F61)

“Falei pra médica: ‘Doutora, parei de fumar.’ Ela falou: ‘Não estou te incentivando a voltar a fumar, mas você está agitado. Isso é a abstinência.’ Depois disso, desisti de parar.” (F29)

“O médico falou que se eu parar de fumar, meu quadro piora. No meu trabalho é proibido fumar, então ele fez uma carta falando que eu não posso ficar sem cigarro se não minha ansiedade aumenta. Arrumaram um lugarzinho separado para eu continuar fumando.” (F43)

2) Conhecimento sobre os malefícios

92 fumantes acreditam que o tabaco traga prejuízos à saúde física. Esse conhecimento foi obtido por meio de campanhas do governo e informações nos maços de cigarros.

“O cigarro tem 4700 substâncias tóxicas que causam dependência física e psíquica. Em 15 segundos, a gente consome todas elas! São cancerígenas e afetam o cérebro.” (F4)

“Quando você fuma, automaticamente seu coração bombeia mais rápido, podendo causar infarto e AVC. No maço de cigarros fala o que ele faz de mal.” (F29)

“O fumo tem várias substâncias tóxicas. Quando fuma, você ingere a nicotina e o alcatrão. O Ministério da Saúde adverte tal, tal e tal. Fiquei sabendo pelas campanhas do governo.” (F55)

“Rádio, televisão, a mídia toda está falando que o cigarro prejudica. Às vezes eu pego o cigarro, vejo a foto no verso do maço e não acendo. Eu deixo pra lá, é menos um.” (F60)

Apesar de temerem os malefícios do cigarro, dos 54 sujeitos que não se sentem capazes de parar de fumar, 30 acreditam que a dependência seja mais forte.

“O fim de um fumante é uma cama. Eu fumo mesmo com medo. Eu gostaria de parar.” (F18)

“Me preocupo com a minha saúde, mas como faço para parar? É difícil.” (F43)

“Preciso parar porque não quero ter trombose, infarto ou câncer por causa do cigarro, mas a vontade de fumar é mais forte.” (F19)

Embora a maioria acredite que o tabaco prejudique a saúde, foi identificada ambivalência nos relatos de sete sujeitos.

“Às vezes eu me importo com a minha saúde, às vezes não estou nem aí.” (F30)

“Cada cigarro que você fuma é um dia perdido da sua vida, mas eu não entendo por que ao mesmo tempo em que ele faz mal, ele te dá um alívio.” (F36)

“A razão diz que fumar faz mal, mas o vício diz: ‘Cara, como fumar faz mal se quando você está nervoso, estressado, você acende o cigarro e relaxa?’ Me preocupo com a minha saúde, mas meus atos negam isso.” (F49)

“Ele me faz mal, mas faz bem também. É um meio termo.” (F58)

Oito sujeitos utilizaram os mecanismos de defesa negação e racionalização.

“Eu sei que pode causar problema pulmonar. Meu avô morreu de enfisema pulmonar. Eu sei tudo isso, mas quando precisar eu paro.” (F25)

“Já tive infarto. Não consigo parar de fumar e não pretendo. Acho que o infarto não foi devido ao fumo porque estou fumando mais do que antes. Já teria tido outro infarto se fosse o cigarro.” (F28)

“O cigarro não vai prejudicar porque morre um lá que não bebia, não fumava e nem nada, então não vai acontecer nada comigo por causa do cigarro.” (T34)

“Vi um vídeo de câncer de pulmão e fiquei horrorizada. Fiquei dois dias sem fumar. Depois você fala assim: ‘Tanta gente morre e nunca fumou!’ Você pensa no momento e pronto.” (F81)

3) O que poderia ser feito para ajudá-los parar de fumar

31 sujeitos mencionaram que a prescrição de medicamentos e adesivo de nicotina poderia ajudá-los a parar de fumar.

“Se tivesse um remédio que não desse vontade de fumar, eu gostaria de parar de fumar.” (F5)

“Se tivesse algum remedinho, algum pozinho mágico para fazer parar de fumar [...]” (F44)

“Falam que tem uma nicotina que cola no corpo e engana a vontade de fumar.” (F81)

23 sujeitos comentaram a importância de receber orientações e informações por meio de palestras.

“Deveria ter palestras. Sei os malefícios, mas quanto mais a gente souber, melhor.” (F13)

“Dar orientações, explicar o que o cigarro causa, colocar cartazes. Eu já sei os malefícios do cigarro, mas é bom ir colocando aos poucos na cabeça o que ele causa.” (F82)

“Palestra. As pessoas sabem [o que o cigarro causa], mas muitos não têm consciência. A palestra seria para ajudar a criar consciência.” (F57)

14 sujeitos disseram que gostariam de participar de grupos.

“Sou meio vergonhoso em grupo, mas seria bom pra falar as coisas que o cigarro causa.” (F38)

“Se aqui tivesse um grupo de tabagismo para dar uma orientação para ajudar a gente, eu concordaria. Eu participaria numa boa.” (F67)

Oito sujeitos ressaltaram a importância de um tratamento para o fumo de cigarros integrado entre os diferentes serviços de saúde, desde a atenção básica até a internação.

“Um grupo sobre cigarro poderia ajudar, desde o ambulatório até a internação. Deveria começar no ambulatório e continuar aqui.” (T19)

“Deveria ter alguma coisa que começasse na internação e continuasse lá fora.” (T60)

Apenas dois sujeitos reconheceram a importância de prevenir que nunca fumantes comecem a fumar.

“O certo é dar conselho para não fumar, para nunca viciar porque o vício não é fácil.” (T37)

“Não deve deixar pegar esse vício.” (T41)

DISCUSSÃO

Embora a maioria da amostra seja classificada com grau de dependência elevado ou muito elevado, de cada cinco fumantes, quatro tentaram parar de fumar ao menos uma vez ao longo da vida. Estudo com a população geral brasileira mostrou que quase a metade dos usuários de tabaco tentou parar de fumar no último ano.²⁰

O momento ideal para o paciente psiquiátrico parar de fumar gera controvérsias. Aproximadamente um quarto dos sujeitos acredita que não exista um momento, desde que se almeje parar. Pesquisa realizada com ex-fumantes americanos mostrou que embora 48% não tenham buscado ajuda profissional ao parar de fumar, conseguiram se manter abstinentes porque haviam decidido que era a hora certa de realizar a tentativa.²¹

Houve relatos de que o melhor momento é quando algo importante acontece na vida como o nascimento de um filho ou de um neto. Nesse sentido, pesquisadores desta temática defendem a importância de se ter um motivo para decidir parar de fumar.²²

Há quem acredite que o momento ideal é quando os sintomas do transtorno mental estão controlados. De modo semelhante, estudo com 685 portadores de transtorno bipo-

lar, de diferentes países, identificou que 96% dos fumantes concordam que a saúde mental deve estar preservada quando se tenta parar de fumar.²³

Nos relatos dos fumantes, identificou-se que muitos profissionais de saúde deixam transparecer sua dúvida sobre qual seria o melhor momento para intervirem na dependência do tabaco, como se os pacientes psiquiátricos precisassem do tabaco para se manter estáveis. Alguns relataram já terem sido desencorajados a parar de fumar por profissionais, tendo, inclusive, um médico emitido um atestado para que o paciente pudesse fumar no seu local de trabalho. Resultados semelhantes foram encontrados em estudos realizados em outras culturas, mostrando que os profissionais desencorajam o paciente psiquiátrico a parar de fumar, pois temem que os sintomas do transtorno mental sejam agravados.²³⁻²⁴

O receio de que os sintomas psiquiátricos sejam agravados com a retirada do tabaco não encontra sustentação na literatura científica. Ao contrário, estudos realizados nos Estados Unidos e em Israel identificaram melhora dos sintomas psiquiátricos entre os pacientes que pararam de fumar.²⁵⁻²⁷

Embora a Associação Nacional de Diretores dos Programas de Saúde Mental dos Estados Unidos admita que não se conheça o momento certo de intervir no uso de tabaco dos pacientes psiquiátricos, esclarece que durante o surto psiquiátrico a abordagem ao tabagismo não é prioridade.²⁸

Os relatos mostram que esse pensamento se traduz na prática do cuidado como uma armadilha. Se por um lado, os profissionais dos serviços de internação psiquiátrica justificam que a internação não é o melhor momento para se intervir no uso de tabaco devido ao risco de agravo do surto psiquiátrico, por outro lado, nos serviços de atenção básica os profissionais argumentam que também não é o momento certo, pois, uma vez que os pacientes estão estáveis, temem as recaídas. Enquanto cada serviço da rede de cuidados argumenta o que lhe parece mais conveniente e, dessa forma, aparentemente justificada, o paciente psiquiátrico que almeja parar de fumar é esquecido.

Esse comportamento dos profissionais retrata a fragmentação do cuidado ao portador de transtorno mental. Alguns pacientes não acreditam que durante a internação psiquiátrica seja momento adequado para abordar a dependência do tabaco porque no hospital a equipe multiprofissional lida com questões “mais sérias” do que o tabagismo. É urgente que essa concepção seja revista, uma vez que o tabaco interfere na produção dos sintomas psiquiátricos (delírios, alucinações e ansiedade) e na terapêutica medicamentosa. Desse modo, o tabaco não pode ser considerado uma ferramenta do cuidado e sim uma fonte de mais problemas para o paciente psiquiátrico.^{11,28-29}

Vale ressaltar algumas expressões utilizadas em referência ao momento mais adequado para tentarem parar de fumar: “quando eu me curar”; “vida normal”; “a vida tem que estar controlada”. Destaca-se que de cada 10 fumantes do presente estudo, oito são diagnosticados com transtornos mentais severos e persistentes, portanto, o risco de novos surtos sem-

pre estará presente na vida desses sujeitos. Como se tratam de transtornos crônicos, o enfermeiro e demais profissionais de saúde precisam trabalhar a motivação do paciente psiquiátrico para abandonar o uso do tabaco, considerando que as dificuldades sempre irão existir e a importância de que os pacientes aprendam a conviver com elas sem o tabaco.

Ao sugerirem o que poderia ser feito para ajudá-los a parar de fumar, alguns portadores de transtorno mental comentaram sobre a importância de um tratamento para a dependência do tabaco que seja integrado entre os diferentes serviços da rede de saúde, desde os serviços primários (atenção básica) até os terciários (atenção hospitalar).

Um ensaio clínico randomizado com 943 fumantes com transtorno de estresse pós-traumático mostrou que os que participaram de tratamento para dependência do tabaco integrado ao de saúde mental tiveram 2,59 a mais de chance de se manterem abstinentes do que aqueles que foram encaminhados para serviços especializados em tratamento do tabagismo.²⁶

Nessa perspectiva, reconhece-se a importância do tabagismo e dos transtornos mentais serem tratados de forma integrada.^{26,30} Assim, o estabelecimento de comunicação entre a equipe hospitalar e a equipe comunitária também se torna importante, de modo que os pacientes motivados a se manterem em abstinência após a alta hospitalar possam ser apoiados em todo o processo.

Ao reconhecerem o quão difícil é parar de fumar, alguns sujeitos destacaram a importância de prevenir que não fumantes comecem a fumar. O Conselho Internacional de Enfermeiros orienta que a prevenção do fumo deve ser integrada às ações de enfermagem.³¹

Embora quase um terço dos pacientes do presente estudo tenha sugerido que a prescrição de medicamentos e de adesivos de nicotina poderia ajudá-los parar de fumar, uma parte inexpressiva recebeu ajuda medicamentosa quando tentou parar. Resultado semelhante foi registrado em estudo do Sistema Internacional de Vigilância do Tabagismo da Organização Mundial da Saúde realizado com a população brasileira.²⁰

Quase todos os fumantes reconhecem os malefícios do tabagismo à saúde. Apesar das fragilidades reconhecidas no tratamento do tabagismo no Brasil, a divulgação dos prejuízos do tabaco à saúde parece estar conquistando bons resultados, alcançando as mais diferentes populações, o que mostra a eficácia das campanhas de conscientização. O estudo da Organização Mundial da Saúde com a população brasileira revelou que 65% dos fumantes já pensaram em parar de fumar devido às fotos impressas nos maços de cigarros.²⁰

Ainda que quase a totalidade dos sujeitos conheça os malefícios do tabaco, observou-se que um quarto acredita que orientações e informações por meio de palestras possa ajudá-los parar de fumar. Assim, é como se o conhecimento que possuem fosse um texto decorado, sentindo necessidade de internalizá-lo. Alguns sujeitos relataram ambivalência, pois, por um lado, acreditam nos benefícios do tabaco (alívio

ansiedade), mas por outro, reconhecem seus malefícios. Essa contradição foi encontrada em um estudo com nove fumantes que participaram de um grupo operativo para tratamento do tabagismo no interior de Goiás.³²

Identificou-se nos relatos sobre os malefícios do tabaco a utilização dos mecanismos de defesa negação e racionalização. Reconhece-se que os mecanismos de defesa agem nos pacientes dependentes como uma forma de convencê-los a continuar o uso do tabaco ou de outras substâncias.³³

A Teoria da Dissonância Cognitiva explica que quando o indivíduo reconhece os prejuízos de um determinado comportamento, porém não consegue modificá-lo, experimenta um estado psicológico de desconforto chamado dissonância. Para superá-lo, suas crenças são alteradas. Assim, o fumante que reconhece as consequências do uso do tabaco, porém não consegue parar de fumar, muda seu modo de pensar sobre o tabaco.³⁴

Estudo de coorte prospectivo com 4048 adultos do Canadá, Estados Unidos, Reino Unido e Austrália verificou que os fumantes que não tentaram parar de fumar, ao longo do estudo, foram os que mais minimizavam os riscos do tabaco à saúde (racionalização) em relação aos ex-fumantes, sugerindo que os fumantes alteram suas crenças para que seu ego aceite o comportamento de fumar tabaco.³⁵

Diante do exposto, compreende-se que o tratamento do tabagismo deve ser integrado entre os diferentes serviços e conduzido por uma equipe multiprofissional composta por enfermeiros, clínicos gerais, psiquiatras, psicólogos, assistentes sociais, entre outros, de modo que sejam considerados não apenas o aspecto biológico da dependência, mas também os psicológicos (mecanismos de defesa), sociais e culturais. Tratar a dependência do tabaco entre pacientes psiquiátricos e prevenir que novos fumantes comecem a fumar é urgente.

Espera-se que o conhecimento produzido contribua para a elaboração de planos de tratamento para a dependência do tabaco contrários à lógica da exclusão dos pacientes psiquiátricos, tornando o desejo de parar de fumar uma escolha possível.

CONCLUSÃO

Embora a maioria dos sujeitos tenha história de tentativa de parar de fumar, os relatos mostram que existe um dilema em relação ao melhor momento para novas tentativas. Os principais momentos destacados pelos pacientes psiquiátricos: quando o transtorno mental está controlado; quando algo importante acontece (motivação) e durante a internação psiquiátrica devido ao suporte da equipe e às medicações em uso. Alguns relataram que não existe um momento ideal, desde que se almeje parar de fumar e ressaltaram a importância de considerar a individualidade de cada fumante, sendo que cada pessoa tem o seu momento para abandonar o uso do tabaco.

Constatou-se que os profissionais da atenção básica e da atenção hospitalar resistem em tratar a dependência do tabaco por receio de agravar os sintomas psiquiátricos, fragmentando o cuidado ao paciente psiquiátrico. Alguns pacientes foram incentivados a continuarem fumando por esses profissionais.

Destacou-se a importância do tratamento da dependência do tabaco ser integrado entre os serviços da rede pública de saúde, de modo que não seja interrompido quando o paciente é hospitalizado ou quando recebe alta hospitalar. Embora quase todos os fumantes reconheçam os malefícios do tabaco à saúde física, mecanismos psicológicos como negação e racionalização interferem na decisão de parar de fumar.

O enfermeiro pode aproveitar sua proximidade com os pacientes hospitalizados para identificar o momento que cada paciente pense ser ideal para tentar parar de fumar, os mecanismos psicológicos envolvidos nessa escolha e o que cada um gostaria que fosse realizado para ajudá-lo. O enfermeiro pode ser o elo entre o paciente e os demais profissionais da equipe multiprofissional, de modo a planejar um plano de intervenção individualizado, respeitando-se o momento de cada paciente, bem como suas necessidades clínicas, psicológicas e sociais.

REFERÊNCIAS

- Centers for Disease Control and Prevention. Cigarette smoking-attributable morbidity - United States, 2000. *MMWR*. 2003 Sep; 52(35):842-44.
- U.S. Department of Health and Human Services (USA). Ending the tobacco epidemic: a tobacco control strategic plan for the U.S. Department of Health and Human Services. Washington(USA): USDHHS; 2010.
- World Health Organization (SW). Who report on the Global Tobacco Epidemic, 2013: Enforcing bans on tobacco advertising, promotion and sponsorship. Geneva (SW); 2011.
- Barros FC, Melo AP, Cournos F, Cherchiglia ML, Peixoto ER, Guimarães MD. Cigarette smoking among psychiatric patients in Brazil. *Cad Saúde Pública*. 2014 Jun; 30(6):1195-206.
- Ministério da Saúde (BR). Vigitel Brasil 2013: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2014.
- De Leon J, Diaz FJ. A meta-analysis of worldwide studies demonstrates an association between schizophrenia and tobacco smoking. *Schizophr Res*. 2005 Jul; 76(2-3):135-57.
- Baham L, Gilbody S. Smoking cessation in severe mental illness: what works? *Addiction*. 2010 Jul; 105(7):1176-89.
- Rice VH, Hartmann-Boyce J, Stead LF. Nursing interventions for smoking cessation (review). *Cochrane Database Syst Rev*. 2013 Aug; 8:1-88.
- Tsoi DT, Porwal M, Webster AC. Interventions for smoking cessation and reduction in individuals with schizophrenia (Review). *Cochrane Database Syst Rev*. 2013 Feb; 2:1-101.
- Lawn SJ, Pols RG, Barber JG. G. Smoking and quitting: a qualitative study with community-living psychiatric clients. *Soc Sci Med*. 2002 Jan; 54(1):93-104.
- Prochaska JJ. Smoking and mental illness: breaking the link. *N Engl J Med*. 2011 Jul; 365(3):196-8.
- Rüther T, Bobes J, De Hert M, Svensson TH, Mann K, Batra A, et al. EPA guidance on tobacco dependence and strategies for smoking cessation in people with mental illness. *Eur Psychiatry*. 2014 Feb; 29(2):65-82.
- Keizer I, Descloux V, Eytan A. Variations in smoking after admission to psychiatric inpatient units and impact of a partial smoking ban on smoking and on smoking-related perceptions. *Int J Soc Psychiatry*. 2009; 55(2):109-23.
- Oliveira RM, Siqueira JR, AC, Santos JLF, Furegato ARF. Nicotine dependence in the mental disorders, relationship with clinical indicators, and the meaning for the user. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2014 Jul-Aug; 22(4):685-92.
- Jones A, Jones M. Helping people in acute wards to stop smoking. *Mental Health Practice*. 2008 May; 11(8):18-21.
- Osório FL, Carvalho ACF, Crippa JAS, Loureiro SR. Screening for smoking in a general hospital: scale validation, indicators of prevalence, and comorbidity. *Perspect Psychiatr Care*. 2013 Jan; 49(1):5-12.
- Gallup Economy [página na internet]. Nurses top honesty and ethics list for 11th year. [atualizado 2010 Dez 03; acesso 2014 Out 09]. Disponível: <http://www.gallup.com/poll/145043/nurses-top-honesty-ethics-list-11-year.aspx>
- Carmo JT, Andrés-Pueyo AA. Adaptation into portuguese for the Fagerstrom test for nicotine dependence (FTND) to evaluate the dependence and tolerance for nicotine in brazilian smokers. *Rev Bras Med*. 2002 Jan-Fev; 59(1/2):73-80.
- Bardin L. Análise de conteúdo. São Paulo(SP): Edições 70; 2011.
- Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (BR). 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 (RJ): INCA; 2011.
- Gallup Well-Being [página na internet]. Most U.S. smokers want to quit, have tried multiple times. [atualizado 2013 Jul 31; acesso 2014 Out 09]. Disponível: <http://www.gallup.com/poll/163763/smokers-quit-tried-multiple-times.aspx>
- Smith AL, Chapman S. Quitting smoking unassisted: the 50 year research neglect of a major public health phenomenon. *JAMA*. 2014 Jan; 311(2):137-38.
- Prochaska JJ, Reyes RS, Schroeder SA, Daniels AS, Doederlein A, Bergeson B. An online survey of tobacco use, intentions to quit, and cessation strategies among people living with bipolar disorder. *Bipolar Disord*. 2011 Ago-Set; 13(5-6):466-73.
- Kerr S, Woods C, Knussen C, Watson H, Hunter R. Breaking the habit: a qualitative exploration of barriers and facilitators to smoking cessation in people with enduring mental health problems. *BMC Public Health*. 2013 Mar; 13(221):1-12.
- Gelkopf M, Noam S, Rudinski D, Lerner A, Behrbalk P, Bleich A, et al. Nonmedication smoking reduction program for inpatients with chronic schizophrenia: a randomized control design study. *J Nerv Ment Dis*. 2012 Feb; 200(2):142-6.
- McFall M, Saxon AJ, Malte CA, Chow B, Bailey S, Baker DG, et al. Integrating tobacco cessation into mental health care for posttraumatic stress disorder: a randomized control trial. *JAMA*. 2010 Dec; 304(22):2485-93.
- Prochaska JJ, Hall SM, Tsoh JY, Eisendrath S, Rossi JS, Redding CA, et al. Treating tobacco dependence in clinically depressed smokers: effect of smoking cessation on mental health functioning. *Am J Public Health*. 2008 Mar; 98(3):446-8.
- National Association of State Mental Health Program Directors (USA). Tobacco-free living in psychiatric settings. A best practices toolkit promoting wellness and recovery. Virginia(USA): NASMHPD; 2010.
- Aubin HJ, Rollema H, Svensson TH, Winterer G. Smoking, quitting, and psychiatry disease: a review. *Neurosci Biobehav Rev*. 2012 Jan; 36(1):271-84.
- Mackowick KM, Lynch MJ, Weinberger AH, George TP. Treatment of tobacco dependence in people with mental health and addictive disorders. *Cur Psychiatry Rep*. 2012 Oct; 14(5):478-85.
- International Council of Nurses [página na internet]. Tobacco use and health. [acesso em 2014 Out 09]. Disponível: http://www.icn.ch/images/stories/documents/publications/position_statements/A18_Tobacco_Use_Health.pdf
- Lucchese R, Vargas LS, Teodoro WR, Santana LKB, Santana FR. Operative group technology applied to tobacco control program. *Texto-Contexto enferm*. 2013; Out./Dez; 22(4):918-26.
- Nadvorny B. Freud e as dependências: drogas, jogo, obesidade. Porto Alegre (RS): AGE, 2006.
- Festinger L. A Theory of Cognitive Dissonance. California: Stanford University Press; 1962.
- Fotuhi O, Fong GT, Zanna MP, Borland R, Yong HH, Cummings KM. Patterns of smoking dissonance-reducing beliefs among smokers: a longitudinal analysis from the International Tobacco Control (ITC) Four Country Survey. *Tob Control*. 2013 Jan; 22(1):52-8.

Recebido em: 17/02/2016
Revisões requeridas: Não
Aprovado em: 24/05/2016
Publicado em: 10/04/2017

Autor responsável pela correspondência:

Antonia Regina Ferreira Furegato
Departamento de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências
Humanas da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto
Avenida dos Bandeirantes, 3900
Ribeirão Preto/SP
E-mail: furegato@eerp.usp.br
CEP: 14040-092