

Redução do número de cigarros durante internação psiquiátrica: intervenção ou punição?

*The decreasing number of cigarettes during psychiatric hospitalization: intervention or punishment?
Reducción del número de cigarrillos durante la hospitalización psiquiátrica: ¿intervención o sanción?*

Renata Marques de Oliveira¹, Antonia Regina Ferreira Furegato¹

¹ Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Departamento de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Psiquiátrica. Ribeirão Preto-SP, Brasil.

Submissão: 04-11-2014 **Aprovação:** 12-12-2014

RESUMO

A restrição do fumo durante internação psiquiátrica provoca mudanças pessoais e institucionais. **Objetivo:** Identificar a percepção dos portadores de transtorno mental, fumantes, sobre a redução do número de cigarros durante a internação psiquiátrica. **Método:** Estudo exploratório com 96 portadores de transtorno mental, fumantes, internados em hospital geral: G1 (34 sujeitos quando permitido um cigarro/hora) e G2 (62 sujeitos quando reduzido para oito cigarros/dia). Questionário semiestruturado. Análise temática do conteúdo. **Resultados:** O G1 declarou-se satisfeito com a restrição – fumo na internação como direito. O G2 resiste à mudança da restrição que ocorreu sem diálogo ou apoio. Apesar das dificuldades, constataram-se algumas mudanças de atitudes sobre o cigarro tais como aumento responsabilidade, descoberta de capacidade em reduzir o fumo e ressignificação do seu papel. **Conclusão:** Alguns sujeitos entendem a mudança na política de saúde do tabagismo como punição, enquanto outros como oportunidade de repensar o papel do cigarro em sua vida.

Descritores: Tabagismo; Política de Saúde; Unidade Hospitalar de Psiquiatria; Áreas Proibidas ao Tabagismo; Enfermagem Psiquiátrica.

ABSTRACT

The smoking ban during psychiatric hospitalization provokes personal and institutional changes. **Objective:** To identify the mental disorders carriers' perception, the smokers ones, about the decreasing number of cigarettes during psychiatric hospitalization. **Method:** Exploratory study with 96 hospitalized carriers of mental disorders who are smokers: G1 (34 subjects hospitalized when was allowed one cigarette by hour) and G2 (62 subjects hospitalized when it was reduced to eight cigarette by day). Semi-structured questionnaire. Thematic content analysis. **Results:** The G1 admitted satisfaction with the restriction – smoking during hospitalization as entitlement. The G2 resists the restriction change occurred without dialogue or support. In spite of the difficulties, some attitude changes about the cigarette were noticed such as increase of the responsibility, discovery of the ability to reduce smoking and the meaning of its role. **Conclusion:** Some subjects understand the smoking health policy change as punishment, while others as opportunity to think about the role of cigarette in their life.

Key words: Smoking; Health Policy; Psychiatric Department, Hospital; Non-smoking Areas; Psychiatric Nursing.

RESUMEN

La restricción al tabaquismo durante la hospitalización psiquiátrica promueve cambios personales e institucionales. **Objetivo:** Identificar la percepción de portadores de trastorno mental, fumadores, sobre la reducción del número de cigarrillos durante la internación psiquiátrica. **Método:** Estudio exploratorio con 96 portadores de trastorno mental, tabaquistas, internados en hospital general: G1 (34 sujetos cuando permitido un cigarrillo/hora) y G2 (62 sujetos cuando reducido para ocho cigarrillo/día). Cuestionario semi-estructurado. Análisis temática del contenido. **Resultados:** El G1 se declaró satisfecho con la restricción – tabaco en la hospitalización como directo. El G2 resiste al cambio de la restricción que ocurrió sin dialogo o ayuda. Aunque las dificultades, se constató algunos cambios de actitudes sobre el tabaco como el aumento de responsabilidad, descubierta de la capacidad de reducir el fumo y re-significación de su papel. **Conclusión:** Algunos de los sujetos comprenden el cambio en la política de salud del tabaquismo como sanción, mientras otros como una oportunidad de replantear el papel del cigarrillo en su vida.

Palabras clave: Tabaquismo; Política de Salud; Servicio de Psiquiatria en Hospital; Áreas Prohibidas a Fumadores; Enfermería Psiquiátrica.

AUTOR CORRESPONDENTE Renata Marques de Oliveira E-mail: renatamarques@ymail.com

INTRODUÇÃO

Existem no mundo aproximadamente 1,3 bilhões de usuários de tabaco e a cada ano morrem mais de seis milhões de pessoas em decorrência dessa prática, ou seja, uma pessoa a cada cinco segundos. Acredita-se que aproximadamente um terço dos tabagistas morre devido ao uso de cigarros e que, se medidas de controle não continuarem a ser eficazmente implementadas, em 2030 as mortes relacionadas ao tabaco aumentarão para oito milhões ao ano⁽¹⁾.

Entre os portadores de transtornos mentais severos esse quadro é especialmente preocupante. Devido à alta frequência de fumantes e ao maior grau de dependência nicotínica entre eles, o tabaco é um dos principais fatores responsáveis pela ocorrência de complicações somáticas e pela diminuição da sua expectativa de vida. Estima-se que os portadores de transtornos mentais severos vivem 10 a 30 anos menos do que as pessoas em geral⁽²⁻³⁾.

De modo a auxiliar os países no controle do tabagismo, a Organização Mundial da Saúde (OMS) instituiu, em 2008, a MPOWER, política de combate ao tabagismo, composta pelas seguintes ações: 1) Monitorar o tabagismo; 2) Proteger a população contra a fumaça do tabaco; 3) Oferecer ajuda para a cessação do fumo; 4) Advertir sobre os perigos do tabaco; 5) Fazer cumprir as proibições sobre publicidade, promoção e patrocínio e 6) Aumentar os impostos sobre o tabaco⁽¹⁾.

A ação de proteção da população contra a fumaça do tabaco resultou na proibição do tabagismo em ambientes coletivos fechados, respaldada, no Brasil, pela lei 12.546/2011⁽⁴⁾. Essa proibição vem interferindo no cuidado prestado nos serviços psiquiátricos, especialmente naqueles destinados à internação. Antes, o uso de cigarros nesses serviços era incentivado a fim de controlar o comportamento dos pacientes e facilitar o convívio. A nova medida impõe aos enfermeiros e demais profissionais a necessidade de mudança de condutas e de descoberta de novos recursos para lidar com os conflitos da internação.

Os primeiros estudos sobre restrição do tabagismo na internação psiquiátrica foram realizados nos Estados Unidos e no Canadá, no final da década de 1980. Partiram da identificação da necessidade de investigar o impacto da proibição do fumo, prevista na legislação desses países, no contexto do cuidado, visto que até então o tabagismo era concebido como uma identidade cultural do ambiente hospitalar psiquiátrico, sendo comum a comercialização de cigarros nesses serviços⁽⁵⁻⁷⁾.

Tendo em vista que a proibição legal do fumo nos ambientes coletivos é recente no Brasil, a redução do número de cigarros, durante a internação psiquiátrica, e seu impacto no contexto do cuidado ainda é pouco investigada. Assim, este estudo visa proporcionar, a partir da perspectiva dos portadores de transtorno mental, uma compreensão sobre a limitação do uso de cigarros durante sua internação psiquiátrica, contribuindo para o conhecimento de aspectos que ajudem a implementar o cuidado de enfermagem e demais procedimentos técnicos da área da saúde. O conhecimento dessas questões é fundamental para que o enfermeiro compreenda o que o paciente psiquiátrico pensa sobre a restrição ao fumo

na internação, ajudando-o a passar por esse período do modo mais saudável possível.

Portanto, o objetivo deste estudo foi identificar a percepção dos portadores de transtorno mental, fumantes, sobre a redução do número de cigarros durante a internação psiquiátrica.

MÉTODO

Estudo exploratório realizado numa unidade de internação psiquiátrica de hospital geral universitário, público estadual, do interior paulista. A unidade tem 18 leitos de internação, destinados à pacientes com diagnóstico de transtorno mental e comportamental em sua apresentação aguda. Todos foram encaminhados para internação após avaliação da equipe da Unidade de Urgência e Emergência do complexo hospitalar.

Para participar do estudo foram considerados como critérios de inclusão: diagnóstico de transtorno mental e comportamental e uso atual de tabaco. Foram excluídos os menores de 15 anos de idade, sujeitos com diagnóstico de retardo mental, usuários de álcool e outras drogas sem comorbidades psiquiátricas, pessoas impossibilitadas de se comunicarem durante o período da internação e aquelas sem preservação das funções mentais básicas (cognição, pensamento e percepção).

Considerando que o fluxo médio de internações na unidade psiquiátrica é de 15 pacientes por dia, permanência hospitalar de 16 dias, percentual de ocupação dos 18 leitos de 83,3% e que levantamentos preliminares com os pacientes internados nesta unidade estimaram proporção de um terço do total dos sujeitos como tabagistas, foi selecionada uma amostra probabilística aleatória simples (precisão de 95%, erro máximo de 10%) composta por 270 portadores de transtorno mental, internados na unidade. Dos 270 sujeitos, 96 declararam-se tabagistas, compondo a amostra deste estudo. Como os 174 sujeitos que declararam não fazer uso de tabaco não foram investigados em relação a sua percepção sobre a restrição ao fumo, suas respostas não foram contempladas neste estudo.

Durante o período da coleta dos dados (agosto de 2010 a fevereiro de 2012), a equipe multidisciplinar desta unidade psiquiátrica decidiu alterar a regra de acesso dos pacientes ao cigarro. Isso interferiu na distribuição dos sujeitos, visto que os 96 portadores de transtorno mental, fumantes, que haviam sido estimados pelo cálculo amostral, foram naturalmente divididos em dois grupos (grupo 1 e grupo 2). O período em que ocorreu a internação e, consequentemente, a regra de restrição vigente, foi o que determinou a distribuição dos sujeitos em cada um dos grupos: G1 e G2.

G1 – o grupo 1 foi composto por 34 portadores de transtorno mental, fumantes, internados no início deste estudo, quando era permitido um cigarro a cada hora, no período das 8 às 22 horas, desde que os pacientes fumassem no banheiro de seus quartos.

G2 – o grupo 2 foi constituído por 62 portadores de transtorno mental, fumantes, internados quando a regra de restrição foi modificada, passando a ser permitido fumar na área externa da enfermaria apenas em seis horários predeterminados (7h30, 9h30, 12h, 14h30, 16h30 e 18h30), sendo dois

cigarros no primeiro e no último horário e um cigarro nos demais horários, ou seja, oito cigarros por dia.

Estudo aprovado por Comitê de Ética em Pesquisa (EERP/ USP 1173/2010). Coleta dos dados autorizada pela diretoria do Hospital das Clínicas de Marília. Todos os sujeitos assinaram duas vias do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Foi utilizado o “Instrumento de Identificação de Tabagistas em Unidade Psiquiátrica de hospital geral – ITUP”, elaborado para este estudo, composto por questões estruturadas e semiestruturadas. Visando atender aos objetivos do presente estudo, foi realizado um recorte dos dados do instrumento, tendo sido utilizadas as questões objetivas sobre identificação e informação clínicas dos sujeitos e questões semiestruturadas que contemplavam sua percepção sobre a redução do número de cigarros na internação.

As entrevistas foram gravadas e transcritas e o conteúdo organizado em categorias temáticas, discutidas com base na literatura científica. Para cada relato foi atribuído um código, de modo a garantir o anonimato dos sujeitos.

RESULTADOS

As entrevistas com os 96 portadores de transtorno mental, fumantes, tiveram duração média de 44,8 minutos (22 – 120 minutos, desvio padrão de 17,3 minutos). Os resultados obtidos estão organizados em dois tópicos: A) Identificação dos sujeitos e B) Análise temática do conteúdo expresso pelos fumantes.

A) Identificação dos sujeitos

A maioria dos sujeitos deste estudo era do sexo feminino e tinha diagnóstico de transtorno mental severo (esquizofrênico, do humor e da personalidade). Na Tabela 1, encontram-se as informações sociodemográficas e clínicas sobre os sujeitos.

B) Análise temática do conteúdo expresso pelos fumantes

As falas dos 96 portadores de transtorno mental, fumantes, identificadas por código, estão organizadas em três categorias temáticas: 1) Opinião dos portadores de transtorno mental, fumantes, sobre a permissão para fumar um cigarro a cada hora; 2) Impacto e limitações da redução do número de cigarros fumados durante a internação; 3) Restrição parcial como oportunidade de repensar o papel do tabagismo.

1) Opinião dos portadores de transtorno mental, fumantes, sobre a permissão para fumar um cigarro a cada hora

Os relatos dos sujeitos internados quando era permitido um cigarro a cada hora mostram que eles eram favoráveis a essa regra.

Temos que fumar no banheiro. É um direito que temos, melhor do que fumaça no corredor. (T4, G1)

Poder fumar a cada uma hora já é uma ajuda, sabe por que? Porque se não fosse a cada uma hora eu não teria mais cigarros. (T16, G1)

Tabela 1 – Apresentação dos portadores de transtorno mental, fumantes, internados na unidade psiquiátrica, segundo identificação sociodemográfica e clínica

Identificação sociodemográficas		n	%
Sexo	Feminino	59	61,5
	Masculino	37	38,5
Grupo etário	Até 29 anos	26	27,1
	30 a 49 anos	49	51
	50 anos e mais	21	21,9
Escolaridade	Fundamental	51	53,1
	Médio	33	34,4
	Superior	12	12,5
Estado civil	Solteiro	42	43,8
	Casado	32	33,3
	Separado/divorciado	17	17,7
	Viúvo	5	5,2
Renda	R\$ 600	28	29,2
	R\$ 1000	23	24
	R\$ 1800	27	28,1
	> R\$ 1800	18	18,8
Identificação clínica		n	%
Diagnóstico médico (CID 10)	F20 – F29*	32	33,3
	F30 – F39**	33	34,4
	F60 – F69***	12	12,5
	Outros	19	19,8
Tempo de diagnóstico	Até 12 meses	22	22,9
	1 a 4 anos	27	28,1
	5 a 10 anos	23	24
	11 anos e mais	24	25
Locais das internações psiquiátricas anteriores	Hospital geral (HG)	12	12,5
	Hospital psiquiátrico (HP)	11	11,5
	HG e HP	13	13,5
	HG, HP e Emergência	5	5,2
	Outras combinações	15	15,6
	Não se aplica	40	41,7
Total		96	100

*Esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e delirantes

**Transtornos do humor (afetivos)

***Transtornos da personalidade e do comportamento do adulto

A permissão para fumar no banheiro dos quartos parece incomodar alguns fumantes que percebem a necessidade de um lugar arejado para fumarem. Existe preocupação em relação aos demais pacientes que não são tabagistas.

Eu não concordo [fumo dentro da enfermaria]. Eu concordaria se de uma em uma hora pegasse o paciente que fuma e abrisse a porta para ele fumar lá fora. Por que pode ficar com cigarro no banheiro? É um perigo, a pessoa que tem problema na cabeça põe fogo num colchão desses. (T14, G1)

Achei estranho [fumar na internação], ainda mais dentro do quarto. Está me incomodando. (T25, G1)

Não acho certo fumar na enfermaria. [...] Estou pensando nos outros [que não fumam]. (T21, G1)

Alguns portadores de transtorno mental perceberam a necessidade de uma medida mais rígida na enfermaria.

Aqui tem a regra de uma em uma hora, só que é liberal. É o único lugar que pode fumar tranquilo mesmo tendo as regras [lei de proibição do fumo]. Deveria ser mais regrado. (T9, G1)

Acho errado [fumar na internação]. Já que a gente está internada devia parar também o cigarro. Não deveria fumar aqui dentro de jeito nenhum. [...] Deveria proibir o cigarro. (T10, G1)

2) Impacto e limitações da redução do número de cigarros durante a internação

A mudança na regra da restrição ao tabagismo para seis horários predeterminados ocorreu a partir de uma decisão da equipe multidisciplinar da unidade, sem o planejamento de ações de apoio e preparo dos pacientes para enfrentá-la. Por não terem participado da decisão, a mudança foi acompanhada por resistência por parte de alguns pacientes que a perceberam como uma imposição.

[A mudança na restrição] foi um baque! Foi imposta, não teve diálogo, parece que é castigo. Está prejudicando o meu tratamento, dando agonia, tristeza, desespero! Se precisar internar de novo não aceito. Vou para o Parque das Orquídeas [cemitério] de costa, mas para cá eu não volto. (T39, G2)

Aqui existem muitas regras e poucas explicações. Eles [profissionais] simplesmente te podam. Está sendo péssima [mudança na regra da restrição]. (T46, G2)

Aqui tem que parar de fumar na marra. Isso é uma tortura, não é um apoio. (T67, G2)

A redução do número de cigarros sem acompanhamento da terapia de reposição nicotínica foi acompanhada pela identificação de fissura e sintomas de abstinência.

Eu fumo um já pensando na hora do outro. (T56, G2)

Eles controlam rigidamente o horário do cigarro. Isso aí me traz outras causas como o nervosismo. Está interferindo na minha recuperação. [Restringir o cigarro] dá mais desespero! (T72, G2)

Estou ficando agoniada já. Eu fumo um atrás do outro, entendeu? Eu começo a ficar ansiosa, nervosa. Nossa, eu estou enlouquecendo já [sem cigarro]. (T95, G2)

O desconforto gerado pela nova regra de restrição levou os indivíduos a repensarem a internação psiquiátrica e a cogitarem a possibilidade de antecipar a alta hospitalar.

Se estivesse em casa eu já teria fumado um maço e meio porque lá é um atrás da bituca do outro. Até agora fumei três cigarros. Parece que está faltando alguma coisa. Se eu soubesse [da mudança da regra] não teria nem ficado aqui. (T54, G2)

Está sendo muito difícil! Eu falei para o doutor que eu vou ficar internado só mais uns dois, três dias e vou embora porque se não vou ficar louco. Vou só esperar acertar a medicação direitinho. (T66, G2)

Do jeito que está eu posso até sair de alta a pedido. (T72, G2)

Vixi! Eu estou aqui, mas estou louca para sair desse hospital. Antigamente, era menos tempo, era de uma em uma hora, agora demora mais. Nossa! Está difícil para mim. (T94, G2)

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

No horário de fumar às vezes a pessoa não está com vontade. Eu me sinto obrigado a fumar porque se eu perder aquele horário é só no outro. Eu poderia ficar mais tempo sem fumar, mas como tem horário eu tenho que garantir aquele cigarro. (T61, G2)

A permissão para fumar dois cigarros no primeiro e no último horário (às 7h30 e às 18h30), ocorrida após a mudança da regra de restrição, é questionada pelos sujeitos.

Eu prefiro essa regra [seis horários predeterminados], mas que o último [cigarro] não fosse às seis e meia [18h30], fosse um pouco mais tarde. Por exemplo, ao invés de ser dois cigarros às 18h30, eu preferia um às 18h30 e um às 21h30. Continuaría a mesma quantidade, mas em espaços. (T44, G2)

De manhã você tem direito a pegar dois cigarros. Eu não sou capaz de fumar dois cigarros seguidos... Se isso persistir por muito tempo, a pessoa vai passar a fumar dois cigarros toda hora porque o cigarro é vício, vai agravar o vício com certeza. (T61, G2)

Com o estabelecimento dos horários para fumar, os tabagistas ganharam um pouco mais de liberdade do que os demais pacientes, pois nesses horários têm permissão para fumar na área externa da enfermaria. Pela liberdade que essa medida traz, pacientes decididos a parar de fumar voltaram atrás em sua decisão.

A gente que fuma tem mais liberdade aqui dentro, a liberdade nossa é sair para fumar. (T63, G2)

Imagina que eu ia ficar internada aqui sem fumar! Ainda mais porque só sai ali [área externa da enfermaria] quem fuma. Ficar aqui dentro o dia inteiro e o ó! (T74, G2)

Quem fuma pode sair mais. Aquela hora o F. [paciente tabagista] não queria fumar, mas queria sair [da enfermaria]. Ele falou que ia parar de fumar, mas ele escolheu fumar para poder sair, para ter mais ar. (T48, G2)

Apesar do reconhecimento das limitações do aumento da severidade da regra de restrição, um tabagista declarou ser a favor de retirar completamente a permissão para o uso de cigarros na internação. Ele acredita que assim poderiam surgir novas possibilidades de interação com os demais pacientes.

Se não tivesse o cigarro eu lidaria com a ansiedade de outro jeito, saindo [do quarto], conversando com as pessoas, me distraindo com jogo. Se não tivesse o cigarro para eu procurar o refúgio eu conseguiria [me aproximar mais das pessoas], a única alternativa seria essa. (T57, G2)

3) Restrição parcial como oportunidade de repensar o papel do tabagismo

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

Às vezes eu falo: estou nervosa, vou fumar um cigarro. Acho que estou me enganando. Como que aqui eu estou assim [número de cigarros reduzidos] e não estou ansiosa? Eles cortaram [o cigarro] pela metade, mais da metade! O nervoso, essa ansiedade não é o cigarro que faz passar, se fosse assim eu já estaria pior [aqui na internação], não estaria? (T8, G1)

Pela restrição eu me senti mais responsável em relação ao cigarro. (T27, G1)

Eu vejo pelo outro lado, sabe? Se eu consigo me segurar uma hora para poder fumar um cigarro, eu consigo mais ainda. Entende o que eu falo? Eu acho que é um incentivo. (T30, G1)

Aqui eu reduzi 75% do que eu estava fumando lá fora. [A restrição] contribui para você pôr na cabeça que você não precisa disso. Eu não poderia falar para você: dá licença que eu vou lá buscar um cigarro? Eu posso ir lá buscar um cigarro, mas eu não quero. (T33, G1)

Eu sou a favor dos horários, isso me fez refletir que eu sou capaz de parar [de fumar]. Por exemplo, ontem eu não fumei. Eu morri? Não morri. Antes eu não sabia que conseguia ficar sem [fumar], achava que em primeiro plano na minha vida vinha o cigarro. Aqui eu descobri que não é assim. (T60, G2)

Alguns pacientes sentem-se motivados a continuar seguindo os horários da restrição após a alta hospitalar. Nesse sentido, a restrição pode ser vista como oportunidade de reeducação. No entanto, os pacientes reconhecem que restringir número de cigarros fora da internação é mais difícil.

Eu vou manter esses horários em casa. É de uma em uma hora? Então é de uma em uma hora. Vou seguir pelo relógio. Foi bom, pelo menos a gente se reeduca porque se a gente pega o cigarro toda hora a gente perde a noção. (T8, G1)

Quem sabe ao sair daqui eu não consigo continuar com esse hábito, fumando só oito cigarros e diminuindo? Só que eu não sei o que eu vou encontrar lá fora, né! Estou com medo de sair daqui. [...] Ficar sem fumar aqui é mais fácil do que lá fora porque aqui é como se eu estivesse em uma redoma, não tem problemas. (T69, G2)

[Quando internei e descobri que não poderia fumar à vontade] pensei que não fosse aguentar. Fiquei surpresa, eu consegui [fumar menos]. [...] Em casa eu apagava um e já acendia o outro. Eu pretendo quando eu sair daqui continuar seguindo esta regra. [...] É um caminho, vai me ajudar. (T78, G2)

A restrição parcial pode ajudar o paciente no processo de tomada de decisão para deixar de fumar.

A diminuição no número de cigarros na internação teve um papel importante. Eu fumava bastante, de repente comecei a fumar menos. Foi uma barreira que eu tive que passar, entendeu? Estou até pensando em parar, sinal de que consegui ultrapassar a barreira do vício. (T49, G2)

DISCUSSÃO

Ao investigar a percepção dos portadores de transtorno mental, fumantes, sobre a restrição ao tabagismo na internação psiquiátrica, percebe-se que existem opiniões divergentes. De modo geral, os sujeitos do grupo 1 (internados quando era permitido um cigarro a cada hora) mostraram-se satisfeitos com essa regra por considerarem o fumo na internação como um direito a ser respeitado. No entanto, outros declararam sentir necessidade de maior rigor na restrição do uso de cigarros.

Em recente revisão da literatura científica, observa-se o questionamento se a proibição do fumo nos serviços de saúde mental representa uma violação dos direitos dos pacientes ou simplesmente a restrição de um privilégio⁽⁸⁾. Nos Estados Unidos, adeptos à proibição do fumo já há algum tempo, é comum a ocorrência de processos judiciais, movidos pelos próprios pacientes, contra a restrição do tabagismo nos serviços de saúde. Nesses processos, a proibição do uso de tabaco é apresentada como uma violação do direito civil dos sujeitos⁽⁹⁾.

Alguns desses processos judiciais têm obtido êxito nos tribunais americanos, o que representa um retrocesso ao cuidado em psiquiatria, uma vez que ao excetuarem as instituições psiquiátricas da proibição ao fumo se contribui para aumentar o estigma entre os portadores de transtornos mentais. A continuação do uso de cigarros por esses sujeitos (incentivada na internação) pode ser entendida como uma situação adicional de desvantagem (reforço ao estigma), uma vez que o tabagismo tem se tornado cada vez menos frequente nos outros grupos da população. Para conseguir um emprego, por exemplo, pesa contra os portadores de transtorno mental não apenas o

fato de ter um diagnóstico psiquiátrico, mas também a condição de fumante, visto que o tabagismo tem sido cada vez mais rejeitado em ambientes saudáveis⁽⁹⁻¹⁰⁾.

Por ser recente no Brasil, a lei de proibição do fumo em ambientes coletivos, pouco se conhece sobre processos judiciais contra essa medida nas instituições de saúde brasileiras. Nesse ponto, a delonga para a implantação da proibição legal ao uso de tabaco, pode ser entendida como um ponto positivo para os gestores e profissionais que atuam na assistência dos serviços de saúde brasileiros, visto que o conhecimento das experiências de outros países pode ajudá-los a planejarem a implantação das restrições e a se capacitarem para lidar com as situações decorrentes (como exemplo, as intervenções legais).

Embora a maioria dos portadores de transtorno mental do grupo 1 reconheça a permissão ao uso de cigarros como um direito a ser respeitado, alguns sujeitos admitem a necessidade de aumentar o rigor da regra de restrição, o que está relacionada à identificação do verdadeiro papel da instituição hospitalar (cuidado à saúde). De modo semelhante, estudo realizado com 82 pacientes, internados em diferentes enfermarias de dois hospitais canadenses, mostrou que, independente de ser ou não tabagista, os pacientes acreditam que o fumo contraria o princípio hospitalar de promoção da saúde⁽¹¹⁾.

Além da consciência sobre as controvérsias existentes entre permitir o fumo na internação e o reconhecimento do papel da instituição hospitalar de saúde, a preocupação com a exposição dos sujeitos não tabagistas à fumaça, contribui para a percepção da necessidade de aumentar o rigor da regra de restrição, o que mostra respeito e consciência social com os não fumantes. Nesse sentido, os sujeitos internados quando permitido um cigarro a cada hora reconheceram uma das principais limitações dessa regra, o fumo na área interna da enfermaria, requerendo um lugar arejado para fumarem.

Um estudo conduzido com 134 fumantes, internados em enfermaria psiquiátrica de um hospital da Suíça, mostrou que após a implantação de restrição parcial ao tabagismo, os pacientes reduziram espontaneamente a quantidade de cigarros fumados durante a internação, embora lhes fosse permitido fumar a quantidade desejada em uma sala específica naquele local. Para 18% desses sujeitos, a preocupação com as pessoas que não fumam foi um dos principais motivos para reduzir a quantidade de cigarros durante a internação⁽¹²⁾.

A consciência sobre a exposição dos não tabagistas à fumaça do cigarro é uma das principais preocupações da Organização Mundial da Saúde (OMS) que tem tentando, ao longo dos anos, conscientizar a população sobre essa questão. Um dos agravantes do fumo é que suas substâncias permanecem nos móveis, nas roupas, nas comidas, nas paredes e nas cortinas por semanas ou até meses após um indivíduo ter fumado, mesmo que o ambiente esteja com as janelas abertas ou que haja filtros de ar. Portanto, os não fumantes são expostos a essas substâncias mesmo sem a presença de um tabagista no momento de sua permanência no local⁽¹³⁾.

A necessidade de um lugar arejado para fumar foi contemplada quando houve a mudança na regra de restrição para seis horários predeterminados e o fumo passou a ser permitido somente na área externa da enfermaria. Entretanto, essa regra

criou um impasse: a permissão para fumar ao ar livre forneceu maior liberdade aos fumantes do que aos não fumantes. Enquanto os demais pacientes saem da enfermaria para tomar sol somente duas vezes ao dia, os fumantes têm a garantia de sair seis vezes ao longo do dia, o que representa um privilégio. Em um artigo de opinião, pesquisador da Universidade de New Jersey (Estados Unidos)⁽⁹⁾ sugere que os intervalos para fumar são utilizados pelos profissionais para compensar (reforçar) bons comportamentos e pelos pacientes para passar o tempo.

O reconhecimento do fumo na área externa como um privilégio interfere com a motivação do portador de transtorno mental para deixar de fumar. Pacientes motivados a abandonarem o tabagismo voltaram atrás em sua decisão ou declararam fumarem alguns horários mesmo sem vontade a fim de não perder a oportunidade de sair da enfermaria.

Diferentemente do que ocorre com os portadores de transtorno mental, o estudo canadense realizado com 82 pacientes clínicos, internados em diferentes enfermarias de dois hospitais gerais, revelou que por ser o fumo permitido apenas na área externa, os sujeitos hesitam em fumar e admitem que fumariam mais cigarros se fosse permitido dentro da enfermaria⁽¹¹⁾.

A diferença observada em relação às expectativas quanto ao fumo fora da enfermaria entre os portadores de transtorno mental e os pacientes clínicos revela uma das condições características da internação psiquiátrica: a geração de ansiedade devido às inúmeras restrições/regras impostas por esses serviços (falta de atividades, horário para se alimentar, horário para dormir). Nesse sentido, em um relatório produzido pela *National Association of State Mental Health Program Directors*⁽²⁾ recomenda-se que durante a internação sejam programadas atividades que possam ajudar o portador de transtorno mental a se distrair e reduzir a ansiedade, de modo que as saídas para o fumo se tornem cada vez menos necessárias.

Uma das principais limitações da mudança da regra de restrição, relatada pelos portadores de transtorno mental do grupo 2, é ter sido imposta como apenas mais uma regra da rotina da enfermaria. As principais expressões utilizadas por esses sujeitos ao se referirem à redução do número de cigarros foram: castigo; tortura; regra; baque; poucas explicações; falta de diálogo; agonia; desespero; falta de apoio.

A percepção da falta de apoio para enfrentar as dificuldades da limitação do uso de cigarros é preocupante, pois, segundo estudo conduzido com 100 pacientes internados em unidade psiquiátrica da Califórnia (Estados Unidos), a restrição ao tabagismo não obtém o efeito esperado quando não acompanhada de ações de apoio e motivação⁽¹⁴⁾.

A resistência dos sujeitos do grupo 2 em relação à diminuição do número de cigarros é reforçada com a experiência de sintomas de abstinência nicotínica durante a internação. Essa resistência também é relatada por alguns sujeitos ao se queixarem do horário do último cigarro do dia (às 18h30), uma vez que precisam aguardar mais de 12 horas pelo cigarro do dia seguinte (às 7h30). Essa queixa é coerente com as alterações fisiológicas que ocorrem com a retirada do tabaco, pois se reconhece que os sintomas de abstinência nicotínica (tensão, irritabilidade, dificuldade de concentração, redução da frequência cardíaca/pressão arterial) começam a surgir após

um período de duas horas sem uso de tabaco⁽¹⁵⁻¹⁶⁾.

A falta de apoio e a experiência de sintomas de abstinência nicotínica, percebidas após a mudança na regra de restrição, instigam o questionamento: a redução do número de cigarros na internação psiquiátrica é uma intervenção terapêutica ou punição? Quando a redução do número de cigarros não é acompanhada por medidas de apoio, a linha que separa seu caráter interventivo do punitivo é tênue. O entendimento da restrição como punição induz alguns pacientes a repensarem a internação psiquiátrica, conturbando seu aspecto terapêutico.

O entendimento da restrição ao tabagismo como punição levou alguns fumantes deste estudo a pensarem na possibilidade de antecipar a alta hospitalar (alta a pedido). Essa informação é coerente com os resultados de outra pesquisa realizada nesta unidade, a qual revela que os sujeitos que fazem uso de cigarros são os que apresentam menor tempo de permanência hospitalar⁽¹⁷⁾.

Um recurso capaz de diminuir a percepção da restrição enquanto punição é a terapia de reposição nicotínica. Estudo realizado em hospital escola de São Francisco (Estados Unidos) investigou o prontuário de 250 pacientes psiquiátricos internados no período de 1998 a 2001. Ao comparar a ocorrência de altas a pedido com o uso de tabaco e prescrição de reposição nicotínica, identificou-se que os fumantes que não recebiam terapia de reposição tiveram uma frequência duas vezes maior de altas a pedido do que os sujeitos que recebiam reposição e os não fumantes⁽¹⁸⁾.

Apesar das dificuldades enfrentadas devido à restrição do fumo, alguns sujeitos, tanto do grupo 1 como do grupo 2, reconheceram alguns benefícios, como o desenvolvimento do autocontrole e a descoberta de sua capacidade para parar de fumar. A restrição permitiu que os fumantes manifestassem percepção de sua responsabilidade em relação ao cigarro, uma vez que tiveram oportunidade de repensar o sentido do tabagismo em sua vida. Para alguns pacientes, o tabagismo vinha em primeiro plano; com a restrição na internação, descobriram novas possibilidades. Assim, embora a restrição seja uma exigência política imposta aos serviços de saúde, a mesma pode ser usada como ferramenta terapêutica pelos profissionais, desde que cuidadosamente planejada e respeitando-se as necessidades de cada sujeito. Nesse sentido, reconhece-se a pertinência de sua discussão no projeto singular terapêutico⁽¹⁹⁾.

As mudanças de atitudes em alguns sujeitos deste estudo com aumento da responsabilidade a respeito do cigarro, desenvolvimento do autocontrole, ressignificação do papel do

cigarro em suas vidas e intenção de manter os horários de fumo após a alta hospitalar, podem ser consideradas uma conquista, revelando a eficácia das medidas restritivas durante a internação. Portanto, a redução da quantidade de cigarros na internação, somada a ações de apoio e motivação, podem ser o primeiro passo para o abandono do tabagismo na população psiquiátrica. Os profissionais de enfermagem, pela proximidade do cuidado, são fundamentais nesse processo.

A divergência de opiniões, a partir da mudança na política de saúde, em relação à restrição ao tabagismo na internação suscita a necessidade de o enfermeiro olhar para cada portador de transtorno mental, fumante, de modo individualizado, investigando o que a redução do número de cigarros representa para cada um deles. Nesse sentido, embora a regra de restrição seja generalizada para todas as pessoas que se beneficiam da internação, o enfermeiro deve preocupar-se com a repercussão dessa restrição em cada sujeito.

A percepção da equipe de enfermagem e dos demais membros da equipe multidisciplinar sobre a mudança na regra de acesso aos cigarros, durante a internação psiquiátrica, poderá ser investigada nos próximos estudos.

Limitações do estudo: A abordagem qualitativa não permitiu avaliar se a percepção que o indivíduo tem a respeito da mudança da regra de restrição ao fumo está associada ao grau de dependência nicotínica, ao número de cigarros fumados antes da internação atual e há quanto tempo o indivíduo é fumante. Além disso, a escassez de estudos sobre a restrição ao tabagismo nos serviços psiquiátricos brasileiros não permitiu que os resultados desse estudo fossem comparados com outras realidades do Brasil.

CONCLUSÃO

A redução do número de cigarros durante a internação psiquiátrica foi entendida pelos portadores de transtorno mental como punição, uma vez que ocorreu sem diálogo e apoio para enfrentar os sintomas de abstinência nicotínica.

Apesar dessa dificuldade, alguns sujeitos reconheceram na redução do número de cigarros uma oportunidade de repensar o papel do cigarro em sua vida, mostrando que em cada sujeito a restrição repercute de modo diferente.

Embora a restrição seja uma exigência da mudança na política de saúde que direciona os serviços, pode ser usada como uma ferramenta terapêutica pelos enfermeiros, desde que cuidadosamente planejada e respeitando-se as necessidades de cada sujeito, bem como sua participação no processo de decisão.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. Who report on the Global Tobacco Epidemic, 2011: warning about the dangers of tobacco [Internet]. Geneva: WHO; 2011 [cited 2013 June 17]. Available from: http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789240687813_eng.pdf?ua=1
2. Parks J, Svendsen D, Singer P, Foti ME, editors. Morbidity and mortality in people with serious mental illness [Internet]. Virginia (US): NASMHPD; 2006 [cited 2013 June 06]. Available from: <http://www.nasmhpd.org/docs/publications/MDCdocs/Mortality%20and%20Morbidity%20Final%20Report%208.18.08.pdf>
3. Correll CU, Bobes J, Cetkovich-Bakmas M, Cohen D, Asai

- I, Gautam S, et al. Physical illness in patients with severe mental disorders. I. Prevalence, impact of medications and disparities in health care. *World Psychiatry* [Internet]. 2011 [cited 2013 June 17];10(1):52-77. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21379357>
4. Brasil. Lei nº. 12.546, de 14 de dezembro de 2011. Art. 49. Altera os Arts. 2º e 3º da Lei n. 9.294, de 15 de julho de 1996 [Internet]. Diário Oficial da União 2011 [acesso em 22 de janeiro de 2013]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/CCIVIL_03/_Ato2011-2014/2011/Lei/L12546.htm
 5. Thorward SR, Birnbaum S. Effects of a smoking ban on a general hospital psychiatric unit. *Gen Hosp Psychiatry* [Internet]. 1989 [cited 2013 June 17];11(1):63-7. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2912822>
 6. Taylor NE, Rosenthal RN, Chabus B, Levine S, Hoffman AS, Reynolds J, et al. The feasibility of smoking bans on psychiatric units. *Gen Hosp Psychiatry* [Internet]. 1993 [cited 2013 June 17];15(1):36-40. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8436283>
 7. Schultz ASH, Bottorff JL, Johnson JL. An ethnography study of tobacco control in hospital settings. *Tob Control* [Internet]. 2006 [cited 2013 June 17];15(4):317-22. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16885581>
 8. Moss TG, Weinberger AH, Vessicchio JC, Mancuso V, Cushing SJ, Pett M, et al. A tobacco reconceptualization in psychiatry: toward the development of tobacco-free psychiatric facilities. *Am J Addictions*. 2010 [cited 2013 June 17];19(4):293-311. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20653636>
 9. Williams JM. Eliminating tobacco use in mental health facilities. *JAMA*. 2008;299(5):571-3.
 10. Echer IC, Corrêa APA, Ferreira SAL, Lucena AF. Smoking in a nursing school in southern Brazil. *Texto & Contexto Enferm* [Internet]. 2011 [cited 2013 June 17];20(1):152-9. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v20n1/18.pdf>
 11. Shopik NA, Schultz AS, Nykiforuk CI, Finegan BA, Kvern MA. Impact of smoke-free hospital grounds policies: patient experiences and perceptions. *Health Policy* [Internet]. 2012 [cited 2013 June 17];108(1):93-9. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22940063>
 12. 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. *Int J Soc Psychiatry* [Internet]. 2009 [cited 2013 June 17];55(2):109-23. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19240201>
 13. World Health Organization. Who report on the global tobacco epidemic, 2009: implementing smoke-free environments. Geneva: WHO; 2009.
 14. Prochaska JJ, Fletcher L, Hall SE, Hall SM. Return to smoking following a smoke-free psychiatric hospitalization. *Am J Addict* [Internet]. 2006 [cited 2013 June 17];15(1):15-22. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16449089>
 15. Hortense FT, Carmagnani MI, Brêtas AC. The meaning of smoking within the context of larynx cancer. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2008 [cited 2013 June 17];61(1):24-30. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18578305>
 16. Hughes JR. Craving among long-abstinent smokers: an internet survey. *Nicotine Tob Res* [Internet]. 2010 [cited 2013 June 17];12(4):459-62. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20164170>
 17. Oliveira RM. Dependência de tabaco na esquizofrenia, sua relação com indicadores clínicos e o sentido para o usuário [dissertação]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2012.
 18. Prochaska JJ, Gill P, Hall SM. Treatment of tobacco use in an inpatient psychiatric setting. *Psychiatr Serv* [Internet]. 2004 [cited 2013 June 17];55(11):1265-70. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15534015>
 19. Ministério da Saúde (BR), Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Clínica ampliada e compartilhada. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2009.