

## Indicadores hospitalarios y comportamiento de pacientes internados en hospital psiquiátrico que adoptó la prohibición de fumar

Renata Marques de Oliveira<sup>1</sup>

 <https://orcid.org/0000-0002-7169-8309>

Jair Lício Ferreira Santos<sup>2</sup>

 <https://orcid.org/0000-0001-7367-4418>

Antônia Regina Ferreira Furegato<sup>3</sup>

 <https://orcid.org/0000-0002-7901-2965>

**Destacados:** **(1)** La prohibición de fumar alteró indicadores hospitalarios en las unidades públicas. **(2)** La prohibición de fumar resultó en la reducción de los gastos con psicofármacos y expectorantes. **(3)** La prohibición de fumar resultó en la reducción de agresiones verbales y físicas. **(4)** La prohibición de fumar tiene resultados positivos para la administración de los servicios de la salud. **(5)** Los resultados contrarían o mito de que la prohibición de fumar aumenta la agresividad.

**Objetivo:** comparar indicadores de internación, alta, costo con medicamentos y comportamientos de los pacientes antes y después de la prohibición del tabaquismo en un hospital psiquiátrico. **Método:** estudio ecológico, longitudinal y retrospectivo realizado en un hospital psiquiátrico. Fueron obtenidos datos secundarios, a partir de consulta a las fichas médicas, referentes a 2.142 internaciones. Fue aplicado el test de medianas para comparación de las variables antes y después de la prohibición. **Resultados:** con la implementación de la prohibición el porcentaje de ocupación de las camas fue reducido en las unidades masculinas de trastornos mentales (88,8% para 48,4%) y de dependencia química (94,4% para 42,8%). La media de días de internación fue reducida en la unidad masculina de dependencia química (13,5 para 12,6) en comparación con la unidad femenina (14,7 para 19,5). Los costos con psicofármacos y expectorantes, las agresiones verbales/físicas y las contenciones físicas/químicas fueron reducidas. **Conclusión:** la prohibición de fumar alteró los indicadores hospitalarios, redujo costos y mejoró el comportamiento de los pacientes, contrariando el mito de que esta resulta en hostilidad. Se espera que este estudio contribuya para que los enfermeros revisen sus creencias relacionadas con la prohibición del tabaquismo, considerando los resultados positivos para las relaciones interpersonales y para la administración de los servicios de salud mental, que fueron obtenidos.

**Descriptores:** Ambientes Libres de Humo; Política para Fumadores; Indicators of Health Services; Agresión; Hospitales Psiquiátricos; Enfermería Psiquiátrica.

<sup>1</sup> Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem, Belo Horizonte, MG, Brasil.

<sup>2</sup> Universidade de São Paulo, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, SP, Brasil.

<sup>3</sup> Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Colaborador de la OPS/OMS para el Desarrollo de la Investigación en Enfermería, Ribeirão Preto, SP, Brasil.

### Cómo citar este artículo

Oliveira RM, Santos JLF, Furegato ARF. Hospital indicators and inpatient behavior in a psychiatric hospital that implemented the smoking ban. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2022;30:e3548.

[Access    ]; Available in:  . <https://doi.org/10.1590/1518-8345.5666.3548>

month day year

URL

## Introducción

El tabaquismo es un grave problema de salud pública. Se estima que su prevalencia es de 15% en la población mundial y 9,8% en la brasileña<sup>(1-2)</sup>. En la población psiquiátrica el escenario es más alarmante: un tercio de los norteamericanos con trastornos mentales son fumadores y en Brasil la prevalencia varía de 25% a 60%, dependiendo del servicio de salud mental investigado<sup>(2-4)</sup>.

La implementación de la Ley brasileña nº 12.546/2011, que prohíbe fumar tabaco en ambientes colectivos (públicos y particulares), es un desafío para los servicios de salud mental, especialmente para los hospitales psiquiátricos, ya que en ese escenario ocurre una mayor prevalencia de fumadores y de personas con dependencia más intensa del tabaco. Además de eso, la cultura del tabaquismo (cigarrillo como moneda de trueque), heredada de los manicomios, se perpetúa en esos locales<sup>(4-5)</sup>.

Como consecuencia, persiste la resistencia a la prohibición de fumar, en los servicios de la salud mental. Estudios recientes, realizados en Irán e Italia, muestran que los profesionales son escépticos sobre el éxito, de esos locales, en mantenerse libres del tabaco<sup>(5-6)</sup>. Un estudio brasileño reveló que el recelo de que la prohibición interfiera en los indicadores hospitalarios como, por ejemplo, la disminución del número de internaciones y el aumento de altas a pedido, es uno de los motivos para que exista resistencia en los hospitales psiquiátricos, especialmente en los particulares y en los filantrópicos<sup>(7)</sup>.

Algunos investigadores defienden que la prohibición de fumar durante la internación psiquiátrica es una oportunidad que la persona con trastorno mental tiene de repensar ese hábito, de ser orientada por los profesionales sobre las estrategias adecuadas para el enfrentamiento y manutención de la abstinencia, de tener el grado de dependencia evaluado y de adherir a las propuestas terapéuticas<sup>(8)</sup>.

A pesar de ser un desafío, hay evidencias científicas de los beneficios que las personas con trastornos mentales obtienen a partir de la abstinencia del tabaco: aumento de la calidad de vida; mejoría de la ansiedad y depresión; disminución del comportamiento agresivo; disminución de lapsos para uso de sustancias ilícitas; mejoría de síntomas físicos, así como reducción del riesgo de enfermedades cardíacas y de cáncer<sup>(9)</sup>.

Otro beneficio potencial es la reducción de gastos con medicamentos para los fumadores, tanto psicofármacos (debido a las evidencias científicas de mejoría de la sintomatología psiquiátrica) como de los medicamentos clínicos. Un estudio, realizado en el Reino Unido en 13.846 personas con trastornos mentales graves, reveló que la presencia de comorbilidades físicas y de tabaquismo está

asociada al aumento de gastos directos con medicamentos, pruebas diagnósticas y profesionales<sup>(10)</sup>. Ante estas evidencias, la cesación del tabaquismo en la población psiquiátrica es una ventaja, tanto para las personas que dejan de ser expuestas a los efectos nocivos del fumar como para los administradores y órganos gubernamentales que lidian con el financiamiento de la salud, ya que interfiere en el proceso de administración de los servicios.

Considerando que es indispensable el abandono del tabaquismo por la población psiquiátrica, la exigencia legal para que el cigarrillo de tabaco no ocurra en los servicios de salud mental y la prohibición de fumar en esos locales es una oportunidad para los pacientes psiquiátricos repensar el hábito, este estudio llena un vacío del momento actual, ya que la investigación de este tema ocurre de manera tímida, en el contexto brasileño, lo que limita el acceso de los profesionales de la salud, actuantes en los servicios de salud mental, al conocimiento de experiencias realizadas en el ámbito nacional.

Mediante lo expuesto, este estudio objetivó comprobar las hipótesis: 1) La prohibición de fumar impacta los indicadores hospitalarios; 2) Los episodios de agresividad disminuyen con la prohibición de fumar; y, 3) La prohibición de fumar favorece gastar menos con psicofármacos y con expectorantes.

El estudio tuvo por objetivo comparar los indicadores de internación, alta, costo con medicamentos y comportamientos de los pacientes antes y después de la prohibición del tabaquismo en un hospital psiquiátrico.

## Método

### Tipo de estudio y período

Se trata de un estudio ecológico, longitudinal y retrospectivo, realizado en 2020 a partir de datos secundarios obtenidos entre septiembre de 2017 y agosto de 2018. El estudio es clasificado como ecológico, ya que la exposición y el resultado fueron obtenidos de datos agregados (indicadores hospitalarios que reflejan un grupo de individuos). La clasificación longitudinal se justifica debido a la comparación, en el tiempo, de grupos de individuos internados antes y después de la implementación de la prohibición de fumar. Por último, el estudio también es retrospectivo, ya que los datos obtenidos ocurrieron antes de la recolección de los datos (datos pasados)<sup>(11)</sup>.

### Local del estudio

El estudio fue realizado en un hospital psiquiátrico filantrópico con administración privada, localizado en el interior del estado de São Paulo. Fue escogido por conveniencia, debido a que en marzo de 2018 adhirió a

la Ley 12.546/2011, la que prohíbe el cigarrillo de tabaco en los ambientes colectivos.

La capacidad operacional del hospital es de 107 camas psiquiátricas para internaciones a través del Sistema Único de Salud (SUS), de 60 camas psiquiátricas en unidad particular, de 20 camas particulares en régimen de Hospital Día y de 28 camas particulares en unidad clínica.

Los camas públicas están divididas en cuatro unidades de internación: 1) femenina (cinco camas para mujeres con trastornos relacionados al uso de sustancias psicoactivas y 15 para mujeres con trastornos mentales); 2) masculina dependencia (20 camas para hombres con trastornos relacionados al uso de sustancias psicoactivas); 3) masculina trastornos (20 camas para hombres con trastornos mentales) y 4) residentes (31 hombres y 16 mujeres con trastornos mentales crónicos que no tiene soporte familiar/social para retornar a la sociedad).

### **Población, muestra y criterios de selección**

La población definida para el estudio fueron las personas que estuvieron internadas, en el hospital psiquiátrico, antes y después de la implementación de la prohibición de fumar. La muestra, a su vez, estuvo constituida por los que salieron de las internaciones psiquiátricas que ocurrieron entre septiembre de 2017 y agosto de 2018. Por tanto, fueron analizados datos referentes a 2.142 internaciones.

Criterio de inclusión: haber recibido alta hospitalaria entre septiembre de 2017 y agosto de 2018. Fueron excluidos los individuos de la unidad: los residentes y los que salieron de la internación de la unidad clínica.

### **Instrumentos utilizados para la recolección de las informaciones**

Fueron elaborados, especialmente para este estudio, dos instrumentos para orientar la obtención de informaciones de las fichas médicas. Esos instrumentos son originales y no fueron publicados: 1) "Indicadores hospitalarios y Costo con Medicamentos" (ICM) y 2) "Identificación del Comportamiento de los pacientes y de la Rutina de cuidados registrados en las fichas médicas (ICR)".

El ICM está compuesto por nueve indicadores hospitalarios (paciente-día, número de internaciones, porcentaje de ocupación, media de permanencia hospitalaria, altas con mejorías, altas a pedido, altas por abandono, altas por transferencia y altas por evasión) y siete medicamentos para indicación de los costos en reales (moneda de Brasil) (Haloperidol oral e intramuscular, Prometazina oral e intramuscular, Clorpromazina oral e intramuscular, Diazepam oral e intramuscular, Lorazepam oral, Clonazepam oral y Expectorante).

El ICR, a su vez, está compuesto por: ocho variables de identificación (sexo, edad, diagnóstico psiquiátrico, fecha de admisión, fecha alta hospitalaria, tipo internación, tipo alta, y cigarrillo de tabaco); ocho variables que retratan el comportamiento de los pacientes (agresiones verbales, agresiones físicas e intentos de fuga y suicidio); y, por las rutinas de cuidados de enfermería articuladas con el equipo interdisciplinar (antecipación del horario de los psicofármacos de rutina, contención química, mecánica y física). Fueron consideradas contenciones físicas los encaminamientos de los pacientes a las Unidades de Cuidados Especiales (UCE) para que pudiesen estar distantes de los demás pacientes y supervisados de forma constante por la enfermería sin el uso de cintas de contención. Para este estudio, no fueron analizadas las variables de identificación por tratarse de un estudio ecológico.

### **Recolección de datos**

Después de la aprobación del Comité de Ética, fueron solicitados al equipo técnico de informática y al farmacéutico técnico responsable, los datos necesarios para llenar el instrumento "Indicadores hospitalarios y Costo con Medicamentos" (ICM). Los datos suministrados fueron referentes a todas las unidades de internación, públicas y particulares, excepto la unidad clínica.

Para el llenado del instrumento "Identificación del Comportamiento de los pacientes y de la Rutina de cuidados registrados en las fichas médicas (ICR)", fue solicitado al equipo técnico de informática la identificación de los que salieron de las internaciones psiquiátricas en las unidades públicas femenina (camas tanto para mujeres con trastornos mentales como para aquellas con trastornos relacionados al uso de sustancias) y masculina (camas para hombres con trastornos mentales), entre septiembre de 2017 y agosto de 2018. A partir de esa lista, fue realizada una consulta completa en las fichas médicas electrónicas de los que salieron, por un de los investigadores, referente a las internaciones ocurridas entre septiembre de 2017 y agosto de 2018. Se realizó una lectura de las evoluciones médicas, de las evoluciones realizadas por los enfermeros y de las anotaciones realizadas por los técnicos de enfermería. Para cada individuo de la lista suministrada por el equipo técnico de informática, la investigadora llenó el ICR con las informaciones obtenidas a partir de la lectura de la ficha médica. En el campo de cada variable, fue inserida la fecha y horario en que el evento fue registrado (por ejemplo, agresión verbal: 11/12/2017 a las 14 h) y, al final del llenado, se presentó el número total de eventos. En el llenado del ICR, fue inserido el horario, además de la fecha, considerando que algunos eventos ocurrieron más de una vez en el mismo día.

## Tratamiento y análisis estadístico

Para el tratamiento estadístico, fue utilizado el programa Stata/IC (2013). Se utilizaron la mediana y el intervalo intercuartil como medidas de estadística descriptiva.

Los indicadores paciente-día, número internaciones, porcentaje ocupación, media permanencia hospitalaria, altas con mejorías, altas a pedido, altas por abandono, altas por transferencia y altas por evasión, fueron suministrados por el equipo técnico de informática del hospital para cada uno de los 12 meses contemplados en el estudio. Cada indicador tuvo dos medianas y dos intervalos intercuartiles calculados: indicador antes de la prohibición (cálculo a partir de los datos de septiembre de 2017 a febrero de 2018) e indicador después de la prohibición (cálculo a partir de los datos de marzo a agosto de 2018). Por tanto, la mediana y el intervalo intercuartil fueron calculados para cada seis meses (seis meses antes de la prohibición y seis meses después de la prohibición).

Para el cálculo de la mediana y del intervalo intercuartil de los costos de los medicamentos, fue obtenido el valor total (en reales) que el local del estudio gastó por mes con cada medicamento. Los valores de septiembre de 2017 a febrero de 2018 fueron considerados conjuntamente para generar el indicador "costo con medicamento antes de la prohibición" y los valores de marzo a agosto de 2018 fueron utilizados para generar el indicador "costo con medicamentos después de la prohibición". Procedimiento semejante fue realizado para los indicadores agresiones verbales, agresiones físicas, encaminamientos UCE, contención mecánica, contención química, anticipación psicofármacos, intentos

de fugas e intentos de suicidio con obtención del conteo mensual a partir de la lectura de las fichas médicas de los participantes incluidos en el estudio.

Para el análisis bivariado fue aplicado el test de medianas (procedimiento exacto de Fisher unicaudal) para comparación de los dos períodos, antes y después de la prohibición. Para cada variable, fue calculado el *p-value* para la variable considerada aisladamente (*p-value* observado) y el *p-value* calculado con corrección para comparaciones múltiples de Holm-Bonferroni (*p-value* corregido). Se adoptó el nivel de significación de 5%. La discusión fue realizada con base en la literatura científica acerca del tema.

## Aspectos éticos

El proyecto fue registrado en la Plataforma Brasil/ CONEP (CAAE 79316817.7.0000.5393) y aprobado por el Comité de Ética en Investigación de la Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto (EERP/USP nº 307/2017). Se solicitó al Comité de Ética exención del uso del Término de Consentimiento Libre e Informado (TCLI), ya que fueron utilizados datos secundarios.

## Resultados

Entre septiembre de 2017 y agosto de 2018, se registraron 2.142 internaciones psiquiátricas en el hospital investigado. Los indicadores hospitalarios y los datos obtenidos, en las fichas médicas electrónicas, son referentes a ese universo de muestreo.

En la Tabla 1, son comparados los indicadores de internación hospitalaria, considerando dos períodos: antes y después de la implementación de la prohibición del tabaquismo.

Tabla 1 – Comparación de los indicadores de internaciones, antes y después de la prohibición del tabaquismo (n= 2142). Interior del estado de São Paulo, Brasil, 2018

Indicadores hospitalarios	Antes prohibición	Después prohibición	Total	<i>p-value</i> observado	<i>p-value</i> corregido
	Mediana (IQ*)	Mediana (IQ*)	Mediana (IQ*)		
Paciente-día					
Particular	1814 (176)	1846 (50)	1845 (130)	0,716	0,013
Hospital Día	196 (18)	224 (95)	205 (72)	0,284	0,003
Femenina	1150 (159)	1124 (63)	1127 (107)	0,716	0,013
Masculina (trastornos)	983 (141)	634 (29)	767 (349)	0,001 <sup>†</sup>	0,001 <sup>†</sup>
Masculina (dependencia)	1354 (62)	616 (66)	1112 (738)	0,001 <sup>†</sup>	0,001 <sup>†</sup>
Total	7924 (424)	6378 (309)	7148 (1546)	0,001 <sup>†</sup>	0,001 <sup>*</sup>

(continúa en la página siguiente...)

Indicadores hospitalarios	Antes prohibición	Después prohibición	Total	p-value observado	p-value corregido
	Mediana (IQ*)	Mediana (IQ*)	Mediana (IQ*)		
Número internaciones					
Particular	54,5 (72)	45,5 (7)	48,5 (23,5)	0,284	0,003
Hospital Día	7,0 (6)	4,5 (3,0)	5,5 (4,5)	0,284	0,003
Femenina	47,5 (6)	18,5 (7)	42,0 (29)	0,008 <sup>†</sup>	0,001
Masculina (trastornos)	28,0 (9)	14,0 (6)	20,5 (14)	0,001 <sup>†</sup>	0,001 <sup>†</sup>
Masculina (dependencia)	53,5 (10)	29,0 (3,0)	38,0 (24,5)	0,001 <sup>†</sup>	0,001 <sup>†</sup>
Total	204,5 (79,0)	130,5 (24)	170,5 (74)	0,040 <sup>†</sup>	0,001
Porcentaje ocupación					
Particular	89,6 (8,7)	87,6 (2,4)	87,6 (6,9)	0,716	0,013
Hospital Día	18,2 (44,8)	76,6 (23,5)	62,1 (63,4)	0,040 <sup>†</sup>	0,001
Femenina	75,9 (6,2)	72,9 (2,2)	73,7 (3,4)	0,284	0,003
Masculina (trastornos)	88,8 (10,3)	48,4 (4,4)	69,4 (40,4)	0,001 <sup>†</sup>	0,001 <sup>†</sup>
Masculina (dependencia)	94,4 (1,4)	42,8 (5,6)	79,7 (51,6)	0,001 <sup>†</sup>	0,001 <sup>†</sup>
Total	75,8 (7,1)	64,9 (2,8)	72,8 (10,9)	0,040 <sup>†</sup>	0,001
Media permanencia hospitalaria					
Particular	17,9 (0,9)	17,6 (0,8)	17,6 (1,1)	0,716	0,013
Hospital Día	17,1 (4,3)	19,4 (2,0)	18,7 (3,6)	0,284	0,003
Femenina	14,7 (0,8)	19,5 (1,1)	15,4 (4,8)	0,040 <sup>†</sup>	0,001
Masculina (trastornos)	17,2 (1,5)	16,7 (4,0)	16,9 (2,4)	0,716	0,013
Masculina (dependencia)	13,5 (1,8)	12,6 (0,5)	13,1 (1,4)	0,040 <sup>†</sup>	0,001
Total	4,2 (0,2)	3,3 (0,2)	3,8 (0,8)	0,001 <sup>†</sup>	0,001 <sup>†</sup>

Fuente: Sistema de información hospitalario del local del estudio

\*IQ = Intervalo intercuartil; <sup>†</sup>Evidencia de asociación estadística

Debido a la expresiva reducción de internaciones en algunas unidades, en la Tabla 1 fueron comparados no solamente los números absolutos (internaciones y pacientes-día), pero también la frecuencia relativa a la ocupación de las camas, de modo a permitir comparaciones entre las unidades. Al analizar los indicadores de internaciones hospitalarias (número internaciones, pacientes-día, porcentaje ocupación de las camas y permanencia media hospitalaria), de las cinco unidades consideradas conjuntamente (total por indicador), se verificó que existen evidencias estadísticas de diferencia al comparar antes y después de la implementación de la prohibición del cigarrillo. Sin embargo, al analizar cada unidad, se constataron diferencias estadísticas solamente en las públicas, con excepción del Hospital Día, en el cual hubo aumento del porcentaje de ocupación de las camas con el inicio de la prohibición (Tabla 1).

En las dos unidades públicas masculinas (psicóticos y dependientes de sustancias psicoactivas), hubo reducción del número de internaciones, del número de pacientes-

día y del porcentaje de ocupación de las camas. Eso ocurrió tanto en el test de medianas con las variables, consideradas aisladamente, como en el test que consideró todo el grupo de variables. La unidad femenina, a su vez, reveló evidencia estadística de reducción del número de internaciones solamente cuando el test fue aplicado de forma aislada para la variable (Tabla 1).

En relación a la media de permanencia hospitalaria, al analizar las cinco unidades de internaciones de forma conjunta, existen evidencias estadísticas de reducción después de la implementación de la prohibición. Al observar las unidades separadamente, encontramos que hubo reducción del tiempo de internación, en las unidades masculinas, a pesar de que la evidencia estadística hubiese sido mostrada solamente para la dependencia de sustancias psicoactivas. La unidad femenina, a su vez, mostró tendencia contraria, con aumento del tiempo de permanencia hospitalaria (Tabla 2).

En la Tabla 2, se presentan las comparaciones de los indicadores de la alta hospitalaria, antes y después de la prohibición del tabaquismo.

Tabla 2 – Comparación de los indicadores de la alta hospitalaria antes y después de la prohibición del tabaquismo (n= 2142). Interior del estado de São Paulo, Brasil, 2018

Indicadores hospitalarios	Antes prohibición	Después prohibición	Total	p-value observado	p-value corregido
	Mediana (IQ*)	Mediana (IQ*)	Mediana (IQ*)		
<b>Altas con mejorías</b>					
Particular	30,0 (5,0)	28,0 (4,0)	29,0 (5,5)	0,121	0,002
Hospital Día	5,0 (3,0)	2,0 (2,0)	3,0 (3,5)	0,121	0,002
Femenina	27,5 (7,0)	14,5 (3,0)	23,5 (13,0)	0,001 <sup>†</sup>	0,001 <sup>†</sup>
Masculina (trastornos)	17,0 (8,0)	9,0 (4,0)	11,0 (8,0)	0,121	0,002
Masculina (dependencia)	34,5 (8,0)	18,0 (5,0)	24,5 (16,5)	0,001 <sup>†</sup>	0,001 <sup>†</sup>
Total	118,5 (6,0)	74,0 (8,0)	89,0 (44,5)	0,001 <sup>†</sup>	0,001 <sup>†</sup>
<b>Altas a pedido</b>					
Particular	3,0 (3,0)	4,5 (3,0)	3,5 (3,0)	0,284	0,003
Hospital Día	-	-	-	-	-
Femenina	4,0 (4,0)	1,0 (1,0)	3,0 (3,0)	0,121	0,002
Masculina (trastornos)	0,5 (2,0)	1,5 (2,0)	1,0 (2,0)	0,500	0,005
Masculina (dependencia)	6,5 (8,0)	3,0 (1,0)	3,5 (3,5)	0,284	0,003
Total	16,5 (9,0)	10,5 (3,0)	12,5 (7,0)	0,040 <sup>†</sup>	0,001
<b>Altas por abandono</b>					
Particular	1,0 (1,0)	1,0 (1,0)	1,0 (1,0)	0,500	0,005
Hospital Día	-	-	-	-	-
Femenina	2,5 (2,0)	0,0 (1,0)	1,0 (2,5)	0,008 <sup>†</sup>	0,001
Masculina (trastornos)	0,5 (2,0)	0,0 (1,0)	0,0 (1,0)	0,500	0,005
Masculina (dependencia)	1,0 (1,0)	0,0 (0,0)	0,0 (1,0)	0,008 <sup>†</sup>	0,001
Total	6,5 (4,0)	1,5 (1,0)	2,0 (5,0)	0,008 <sup>†</sup>	0,001
<b>Altas por transferencia</b>					
Particular	2,0 (2,0)	2,0 (2,0)	2,0 (2,0)	0,500	0,005
Hospital Día	0,0 (0,0)	1,0 (1,0)	0,0 (1,0)	0,121	0,002
Femenina	2,0 (2,0)	0,5 (1,0)	1,0 (1,0)	0,121	0,002
Masculina (trastornos)	0,5 (1,0)	0,0 (1,0)	0,0 (1,0)	0,121	0,002
Masculina (dependencia)	1,0 (1,0)	1,0 (1,0)	1,0 (1,0)	0,500	0,005
Total	5,5 (1,0)	5,0 (5,0)	5,0 (3,0)	0,500	0,005
<b>Altas por evasión</b>					
Particular	0,0 (0,0)	0,0 (0,0)	0,0 (0,0)	0,500	0,005
Hospital Día	-	-	-	-	-
Femenina	0,0 (0,0)	1,0 (2,0)	0,0 (1,5)	0,121	0,002
Masculina (trastornos)	2,5 (2,0)	1,0 (2,0)	2,0 (1,5)	0,091	0,002
Masculina (dependencia)	7,0 (3,0)	2,0 (1,0)	5,5 (5,0)	0,001 <sup>†</sup>	0,001 <sup>†</sup>
Total	11,0 (5,0)	3,5 (3,0)	8,5 (7,5)	0,040 <sup>†</sup>	0,001

Fuente: Sistema de información hospitalario del local del estudio

\*IQ = Intervalo intercuartil; <sup>†</sup>Evidencia de asociación estadística

Al analizar los indicadores de la alta hospitalaria, se observa reducción en el número de altas con mejorías en las cinco unidades, lo que está de acuerdo con la reducción verificada en el número de internaciones al comparar los dos períodos (Tabla 2).

A pesar de que no existen evidencias estadísticas, hubo aumento de altas a pedido, en las unidades particular y masculina de psicóticos, contrariando la tendencia de las demás unidades en las cuales hubo reducción de ese tipo de alta (Tabla 2).

Para las altas por evasión, existe evidencia estadística de que esta fue reducida en la unidad masculina de dependientes de sustancias psicoactivas, tanto con el test de mediana aplicado para la variable aislada como para el aplicado para el conjunto de variables.

En la Tabla 3, son comparados los costos con psicofármacos y con expectorantes en los seis meses que antecedieron la prohibición y en los seis meses que la sucedieron.

Tabla 3 – Comparación de los costos (en reales) con medicamentos antes y después de la prohibición del tabaquismo (n= 2142). Interior del estado de São Paulo, Brasil, 2018

Medicamento (vía administración)	Antes de la prohibición	Después de prohibición	Total	p-value observado	p-value corregido
	Mediana (IQ*)	Mediana (IQ*)	Mediana (IQ*)		
Haloperidol (vía oral)	296,4 (46,0)	228,1 (89,1)	286,1 (74,8)	0,284	0,008
Haloperidol (intramuscular)	65,8 (41,4)	69,8 (37,1)	69,8 (37,9)	0,716	0,025
Prometazina (vía oral)	159,4 (43,5)	137,8 (8,1)	145,5 (25,4)	0,040 <sup>†</sup>	0,005
Prometazina (intramuscular)	124,5 (47,5)	118,5 (70,9)	121,4 (51,0)	0,716	0,25
Clorpromazina (vía oral)	746,2 (136,9)	719,7 (83,8)	734,4 (60,2)	0,284	0,008
Clorpromazina (intramuscular)	9,5 (15,4)	6,0 (4,3)	7,3 (6,1)	0,284	0,008
Diazepam (vía oral)	110,0 (38,4)	88,4 (24,5)	95,6 (39,3)	0,284	0,008
Diazepam (intramuscular)	1,3 (0,9)	3,1 (2,5)	2,0 (2,8)	0,284	0,008
Lorazepam (vía oral)	414,9 (65,3)	412,5 (42,4)	412,5 (54,4)	0,716	0,025
Clonazepam (vía oral)	156,5 (18,7)	128,8 (56,5)	152,1 (42,8)	0,040 <sup>†</sup>	0,005
Expectorante (vía oral)	92,6 (175,8)	73,6 (28,9)	85,7 (39,6)	0,284	0,008

Fuente: Farmacéutico técnico responsable por el local del estudio

\*IQ = Intervalo intercuartil; <sup>†</sup>Evidencia de asociación estadística

De un modo general, se verifica que después de la implementación de la prohibición de fumar hubo disminución de los costos con psicofármacos y con expectorantes, a pesar de que existe evidencia de diferencia estadística solamente para las variables

Prometazina (vía oral) y Clonazepam (vía oral), cuando analizadas aisladamente.

En la Tabla 4, son comparados los comportamientos de los pacientes y los procedimientos para control antes y después de la prohibición.

Tabla 4 – Comparación del comportamiento de los pacientes antes y después de la prohibición del tabaquismo (n= 2142). Interior del estado de São Paulo, Brasil, 2018

Comportamientos	Antes de prohibición	Después de prohibición	Total	p-value observado	p-value corregido
	Mediana (IQ*)	Mediana (IQ*)	Mediana (IQ*)		
Total agresiones verbales	14,5 (5,0)	7,0 (5,0)	10,5 (8,5)	0,040 <sup>†</sup>	0,003
Unidad femenina	8,0 (6,0)	4,5 (6,0)	7,5 (5,5)	0,284	0,006
Unidades masculinas	3,5 (5,0)	1,5 (1,0)	2,0 (3,0)	0,121	0,003
Total agresiones físicas	14,0 (5,0)	5,5 (4,0)	9,5 (8,5)	0,040 <sup>†</sup>	0,003
Unidad femenina	10,0 (3,0)	3,0 (3,0)	7,0 (7,0)	0,040 <sup>†</sup>	0,003
Unidades masculinas	4,0 (2,0)	2,0 (3,0)	3,0 (3,5)	0,273	0,004
Total encaminamientos UCE	19,0 (5,0)	7,0 (1,0)	12,0 (12,0)	0,008 <sup>†</sup>	0,002
Unidad femenina	13,0 (5,0)	4,0 (2,0)	6,0 (9,0)	0,008 <sup>†</sup>	0,002
Unidades masculinas	5,5 (3,0)	2,5 (2,0)	4,0 (3,5)	0,121	0,003
Total contención mecánica	13,0 (3,0)	12,5 (12,0)	13,0 (7,0)	0,727	0,005
Unidad femenina	7,0 (2,0)	8,5 (8,0)	7,0 (5,5)	0,500	0,004
Unidades masculinas	8,0 (4,0)	3,5 (5,0)	5,5 (6,5)	0,284	0,003
Total anticipación psicofármacos	7,0 (5,0)	3,0 (2,0)	4,0 (4,0)	0,030 <sup>†</sup>	0,002
Unidad femenina	6,0 (3,0)	2,0 (2,0)	3,5 (4,0)	0,040 <sup>†</sup>	0,002
Unidades masculinas	1,0 (1,0)	0,0 (1,0)	1,0 (1,0)	0,227	0,002
Total intentos de fuga	1,5 (2,0)	1,0 (1,0)	1,0 (1,5)	0,273	0,003
Unidad femenina	1,0 (0,0)	1,0 (1,0)	1,0 (0,5)	0,500	0,003
Unidades masculinas	0,0 (1,0)	0,0 (0,0)	0,0 (0,5)	0,500	0,003
Total intentos de suicidio	0,0 (0,0)	0,0 (1,0)	0,0 (0,5)	0,500	0,003
Unidad femenina	0,0 (0,0)	0,0 (0,0)	0,0 (0,0)	0,500	0,003
Unidades masculinas	0,0 (0,0)	0,0 (1,0)	0,0 (0,0)	0,227	0,002
Total contención química	58,5 (10,0)	37,5 (10,0)	50,0 (21,0)	0,001 <sup>†</sup>	0,002 <sup>†</sup>
Unidad femenina	46,0 (12,0)	31,0 (6,0)	38,5 (15,0)	0,040 <sup>†</sup>	0,002
Unidades masculinas	14,5 (3,0)	5,0 (4,0)	9,5 (9,5)	0,040 <sup>†</sup>	0,002

Fuente: Consulta a las fichas médicas electrónicas

\*IQ = Intervalo intercuartil; <sup>†</sup>Evidencia de asociación estadística

A pesar de que no fue observada diferencia estadística en el número de contenciones mecánicas, al comparar antes y después de la prohibición de fumar, se encontraron evidencias estadísticas de disminución de los episodios de agresiones verbales y físicas, de encaminamientos a la UCE, de anticipación del horario de los psicofármacos prescritos y de contención química. No fueron observadas diferencias en los intentos de fuga y de suicidio.

## Discusión

De nuestro conocimiento, este sería el primer estudio brasileño a comparar, en un hospital psiquiátrico, los indicadores hospitalarios costo con medicamentos y comportamiento de las personas internadas, antes

y después de la prohibición de fumar. Sus resultados son importantes, ya que evidencian los beneficios de la prohibición de fumar para los pacientes psiquiátricos, lo que puede estimular a los enfermeros y otros profesionales a contribuir para la implementación de la retirada de los cigarrillos en los servicios de salud mental, así como a comprender la relevancia de su papel al pensar en la continuidad de la abstinencia del tabaco, después de la alta hospitalaria.

Se confirmó la hipótesis de que la prohibición de fumar impacta los indicadores hospitalarios. Después de la prohibición hubo reducción de número de pacientes-día, número de internaciones, porcentaje de ocupación de camas y tiempo de permanencia hospitalaria. Sin embargo, al observar los indicadores por unidad, queda

claro que las reducciones ocurrieron en las unidades de internaciones públicas, especialmente las masculinas.

La observación de que el porcentaje de ocupación de camas y el tiempo de permanencia hospitalaria fueron reducidos, en las unidades masculinas públicas, aunque no en la unidad particular, contraria el argumento utilizado por los profesionales de enfermería, de esa unidad, cuando defendieron que la prohibición de fumar no debería continuar, ya que impactaría en las internaciones y, consecuentemente, en el presupuesto hospitalario<sup>(7)</sup>.

Frente a esos resultados, se levantó la pregunta: ¿Que explicaría la reducción del porcentaje de ocupación de camas, solamente en las unidades masculinas? Se puede inferir que eso ocurrió debido a una mayor prevalencia de fumadores entre los hombres, lo que fue identificado en otros estudios<sup>(2,4,12)</sup>.

En lo que se refiere al tiempo de permanencia hospitalaria, la única unidad en que se constató una reducción fue la destinada a la internación de hombres con trastornos relacionados al uso de sustancias psicoactivas (alcohol y sustancias ilícitas). Ese resultado está de acuerdo con un estudio norteamericano (n=255), realizado en un hospital psiquiátrico que adoptó la prohibición de fumar, el que mostró que las personas con trastornos, por uso de sustancias, son las que presentan menor tiempo de permanencia hospitalaria cuando comparadas con las de otros diagnósticos psiquiátricos<sup>(8)</sup>.

Conforme mostrado en estudios norteamericanos, debido a la alta prevalencia de fumadores, entre usuarios de alcohol y otras drogas, se comprende que las personas con trastornos relacionados al uso de alcohol y de sustancias ilícitas pueden tener (en el tabaco, durante a internación psiquiátrica) una alternativa para intentar compensar la abstinencia de otras sustancias. En ese sentido, la prohibición de fumar en los servicios de la salud mental puede representar una dificultad para ese público<sup>(13-14)</sup>.

Un estudio, realizado en el Reino Unido, a partir del análisis de 4.223 internaciones psiquiátricas, contraria los hallazgos de esta investigación en relación a la reducción del tiempo de permanencia hospitalaria con la implementación de la prohibición de fumar<sup>(15)</sup>. Se pondera que las divergencias de resultados son comprensibles, una vez que son estudios realizados en países con culturas diferentes y con tiempo y abordajes distintos de la ley antitabaquismo.

A pesar de la reducción del tiempo de permanencia hospitalaria, en la unidad masculina de trastornos relacionados al uso de alcohol y otras drogas, hubo una reducción tanto de las altas a pedido como de las altas por evasión. Eso sugiere que la decisión de las altas hospitalarias partió del equipo interdisciplinar y no de las personas internadas. Los resultados de este estudio son importantes, ya que el recelo de aumento

de altas a pedido o por evasión es uno de los principales argumentos utilizados por los profesionales para justificar porque son contrarios a la prohibición de fumar. Eso fue evidenciado por medio de declaraciones obtenidas en un estudio cualitativo brasileño, así como en dos estudios cuantitativos realizados con profesionales en Australia y Catar, en los cuales 93% y 73% de los profesionales utilizaron, respectivamente, ese argumento para defender su punto de vista contrario a la prohibición<sup>(7,16-17)</sup>.

Ese escenario de disminución de las altas a pedido y por evasión, después de la implementación de la prohibición de fumar, todavía suscita la pregunta: ¿Será que los usuarios de alcohol y otras drogas obtuvieron algún tipo de privilegio, en el hospital psiquiátrico, con la implementación de la prohibición?

Una investigación cualitativa, realizada, en el mismo local de este estudio, evidenció que después de la implementación de la prohibición hubo, entre las personas internadas, intercambio de objetos (ropas, productos de higiene, etc.) y de relaciones sexuales motivadas por los cigarrillos escondidos<sup>(7)</sup>. El área física donde la unidad de dependientes está localizada, en el hospital psiquiátrico, favorece el acceso a la calle por esos usuarios (al saltar la pared) y el retorno al hospital antes que el equipo de enfermería perciba la ausencia. Esas salidas podrían ser propicias para la obtención de cigarrillos fuera del hospital y su posterior comercialización para las personas internadas en otras unidades.

Coherentemente, un estudio británico reveló la existencia de comercialización de objetos usados para fumar durante la internación psiquiátrica, cuando fue constatado que las peleas entre los pacientes son precedidas por robo o desentendimiento, durante las ventas/intercambios de cigarrillos y encendedores, entre ellos<sup>(18)</sup>.

En relación a los gastos con psicofármacos y con expectorantes, la hipótesis de que la prohibición de fumar favorece menos gastos con esos ítems fue confirmada. A pesar de no haber sido evidenciada diferencia estadística, lo que puede ser comprendido por el reducido número de meses comparados (seis meses antes y seis meses después de la implementación de la prohibición); se encontró que el gasto con expectorantes tuvo una reducción media de 20%.

Un estudio español, realizado en un servicio de internación psiquiátrica con 276 personas, mostró que 48% de los fumadores presentaban tos, 41% expectoración y 36% tenían diagnóstico de bronquitis crónica. Entre los no fumadores, la prevalencia de esos aspectos fue menos de 3%<sup>(19)</sup>. Ese resultado ejemplifica el comprometimiento físico al cual los fumadores están expuestos, lo que es ampliamente retratado en la literatura científica y en las publicaciones de los órganos oficiales<sup>(2,9)</sup>. Por tanto, la

reducción de los gastos con expectorantes es esperada, con la prohibición del tabaquismo en los servicios de salud mental, ya que con la prohibición de fumar aparece una mejoría de la salud física, inclusive de los síntomas respiratorios.

Evidencias científicas, obtenidas a partir de estudios norteamericanos e italianos, relacionadas a los perjuicios causados por fumar a la salud física de las personas con trastornos mentales, muestran al tabaquismo como uno de los factores para la disminución de la expectativa de vida de esa población y para la elevada prevalencia de comorbilidades somáticas<sup>(20-21)</sup>. En el período de la pandemia del COVID-19, autores europeos reavivaron esa discusión al expresar la preocupación con el tabaquismo, en esa población, como factor de riesgo para complicaciones del COVID-19<sup>(22)</sup>.

En lo que se refiere a gastos con psicofármacos, los antipsicóticos Haloperidol vía oral y Clorpromazina intramuscular tuvieron reducción de gastos de 23% y 37%, respectivamente, al comparar su uso, antes y después del inicio de la prohibición. La reducción de gastos también ocurrió con los ansiolíticos Clonazepam oral (18%) y Diazepam (20%).

Esos resultados están de acuerdo con un estudio británico, realizado en 13.846 personas con trastornos mentales, que mostró existir una relación entre aumento de gastos con medicamentos y tabaquismo<sup>(10)</sup>. A pesar de que la reducción de gastos es un importante argumento - que los enfermeros pueden utilizar para defender a prohibición de fumar de cigarrillos - en los servicios de salud mental, lo más importante de ese fenómeno es el motivo por el cual esa reducción de gastos ocurrió: la mejoría de la sintomatología psiquiátrica, con la consecuente necesidad de menor dosimetría de medicamentos.

Considerando que el conocimiento de los indicadores hospitalarios y el costo con los medicamentos son importantes para las decisiones en lo cotidiano de los servicios de salud mental, los cambios que ocurrieron en esas variables, a partir de la prohibición de fumar, muestran que la Ley antitabaquismo tiene potencial para interferir positivamente en los procesos de administración de esos servicios. De ese modo, el enfermero que tiene acceso a ese conocimiento puede asumir una postura más positiva delante de la implementación de la Ley, ya que sabe que los beneficios de la prohibición de fumar están alineados tanto con la expectativa de mejoría de la salud mental y física de las personas con trastornos mentales, como con el financiamiento de la salud disponible. De ese modo, la relación costo-beneficio es incuestionable.

Conforme descrito en la literatura científica, el tabaco agrava síntomas psicóticos positivos (delirios y alucinaciones, por ejemplo), ansiedad y depresión,

lo que resulta en que los fumadores reciban dosis de psicofármacos más elevadas que los no fumadores. Además de eso, el tabaco intensifica el metabolismo de los psicofármacos, disminuyendo su concentración en la corriente sanguínea, lo que resulta en la necesidad de aumentar la dosis ingeridas para que la dosimetría terapéutica pueda ser alcanzada<sup>(23-25)</sup>. Ese escenario, por sí solo, justifica los gastos más elevados con la adquisición de psicofármacos, cuando el fumar es permitido, en un servicio de salud mental y con la disminución de los gastos cuando el fumar es prohibido.

La mejoría de la sintomatología psiquiátrica como una de las posibilidades para la ocurrencia de reducción del gasto con psicofármacos es coherente con la confirmación de la tercera hipótesis del estudio, la disminución de los episodios de agresividad a partir de la implementación de la prohibición de fumar, evidenciada a partir de la disminución de los episodios de agresiones verbales y físicas, anticipación de los psicofármacos y contención física y química.

Los estudios realizados en Australia y Catar muestran que el principal argumento utilizado por los profesionales contra la prohibición de fumar es la creencia de que los pacientes se volverán más agitados y agresivos con el equipo, debido a la abstinencia del tabaco (de cada 10 profesionales, nueve tienen esos recelos)<sup>(16-17)</sup>. La confirmación de la hipótesis, del presente artículo, de que existe disminución de los episodios de agresividad a partir de la implementación de la prohibición de fumar, responde a las inquietudes de los profesionales. Es interesante observar que estudios realizados en Catar e Inglaterra evidencian que los profesionales que fueron capacitados en el abordaje al tabaquismo de la población psiquiátrica; estos fueron los que se mostraron más favorables a la prohibición de fumar que aquellos que no fueron capacitados, mostrando el potencial de la educación permanente<sup>(16,26)</sup>.

Un estudio británico, realizado en 12 enfermería de internación psiquiátrica, identificó que después de la implementación de la prohibición de fumar hubo disminución de la frecuencia de incidentes como agresión física contra el equipo (58,4% para 20%) y de agresión verbal (25% para 20%). Sin embargo, los conflictos entre los pacientes relacionados con la ocultación de cigarrillos y negociaciones entre ellos aumentaron de 2% para 10%<sup>(27)</sup>. Del mismo modo, un segundo estudio británico reveló reducción de las agresiones físicas en 39% después de la implementación de la prohibición de fumar, inclusive después de controlar las variables de confusión (sexo, edad, trastornos psicóticos e internaciones judiciales)<sup>(28)</sup>. Dos revisiones sistemáticas de la literatura científica confirmaron que la prohibición de fumar no está relacionada con el aumento de la agresividad física y

verbal, en los servicios de la salud mental. Las referidas revisiones incluyeron estudios realizados en Australia, Canadá, Estados Unidos e Inglaterra<sup>(29-30)</sup>.

En una revisión de la literatura científica, publicada por la Cochrane, fue afirmado que no existen evidencias de que parar de fumar agrava la salud mental de los pacientes psiquiátricos. En contrapartida, existen evidencias de que la abstinencia del tabaco está asociada con la mejoría de la ansiedad y depresión<sup>(31)</sup>.

El conocimiento de la mejoría del comportamiento, después del inicio de la prohibición de fumar, presenta una nueva perspectiva para los profesionales que actúan en los servicios de salud mental, ya que los principales argumentos utilizados para la no implementación de la ley antitabaquismo, en esos servicios, están relacionados con el recelo de agravamiento del cuadro psiquiátrico de las personas internadas. El cambio positivo del comportamiento de los pacientes, después de la implementación de la prohibición de fumar, debe ser ampliamente divulgado, ya que puede contribuir para mejorar las relaciones interpersonales, en los servicios de la salud mental. En ese sentido, la internación psiquiátrica puede ser considerada - como es defendida por investigadores australianos - como una oportunidad para iniciar el diálogo sobre la abstinencia del tabaco<sup>(32)</sup>.

Limitaciones del estudio: 1) El período analizado (seis meses antes de la prohibición y seis meses después) puede no haber sido suficiente para tornar evidente las diferencias en los indicadores hospitalarios, en el comportamiento de los pacientes y en el costo de los medicamentos; 2) Existe la posibilidad de haber ocurrido sesgo de información, considerando que algunos datos (agresiones, intentos de fuga, por ejemplo) pueden no haber sido registrados en las fichas médicas; 3) Se admite el riesgo de falacia ecológica al creer que las asociaciones encontradas a nivel agregado se apliquen a los individuos.

Implicaciones para el avance del conocimiento científico para la enfermería: 1) al comparar los indicadores hospitalarios, el costo con medicamentos y el comportamiento de los pacientes, antes y después de la implementación de la prohibición de fumar, este estudio suministra a los enfermeros una nueva perspectiva para la Ley antitabaquismo; 2) al suministrar evidencias científicas que muestran que con la implementación de la prohibición de fumar hubo reducción de las agresiones verbales y físicas, así como de las contenciones físicas y químicas; y, 3) este estudio contraria el mito de que la prohibición de fumar es acompañada por el aumento de la agresividad. Como la enfermería es la profesión que permanece más tiempo al lado de personas internadas, comprender la mejoría que la abstinencia nicotínica proporciona a los fumadores internados, permite reflexionar sobre su

práctica y pensar estrategias para el enfrentamiento de los problemas que surgen por esta acción. La revisión de las creencias, por los enfermeros, puede traer resultados positivos tanto para las relaciones interpersonales como para la toma de decisiones en el proceso de administración de los servicios de salud mental.

## Conclusión

La implementación de la prohibición de fumar fue acompañada por alteraciones en los indicadores hospitalarios de las unidades de internación, excepto en la unidad de internación particular. Además de eso, la prohibición resultó en reducción de los gastos con psicofármacos y expectorantes, así como de episodios de agresiones verbales y físicas.

Se espera que este estudio contribuya para que los enfermeros reexaminen sus creencias y mitos relacionados con la prohibición del tabaquismo en los servicios de salud mental, ya que existen evidencias positivas para la administración de los servicios, especialmente, en la mejora del comportamiento de las personas con trastornos mentales, después de la implementación de esa medida.

## Referencias

1. Ministério da Saúde (BR). Vigitel Brasil 2019: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2019 [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2020 [cited 2021 Jul 27]. Available from: [http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigitel\\_brasil\\_2019\\_vigilancia\\_fatores\\_risco.pdf](http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigitel_brasil_2019_vigilancia_fatores_risco.pdf)
2. Drope J, Liber AC, Cahn Z, Stoklosa M, Kennedy R, Douglas CE, et al. Who's still smoking? Disparities in adult cigarette smoking prevalence in the United States. *CA Cancer J Clin.* 2018;68(2):106-15. <https://doi.org/10.3322/caac.21444>
3. Reis LM, Gavioli A, Figueiredo VR, Oliveira MLF, Efig AC. Uso de tabaco em mulheres acompanhadas em um Centro de Atenção Psicossocial. *Acta Paul Enferm.* 2019;32(1):27-34. <https://doi.org/10.1590/1982-0194201900005>
4. Oliveira RM, Santos JLF, Furegato ARF. Prevalência e perfil de fumantes: comparações na população psiquiátrica e na população geral. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2019;27:e3181. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.2976.3149>
5. Beyraghi N, Meybodi AM, Bahri RSJ. Smoking ban in psychiatric inpatient unit: an Iranian Study on the views and attitudes of the mental health staff and psychiatric patients. *Psychiatry J.* 2018;2018:2450939, 2018. <https://doi.org/10.1155/2018/2450939>

6. Corsini G, Trabucco A, Respino M, Magagnoli M, Spiridigliozzi D, Escelsior A, et al. Tabagism and its management in Italian Psychiatric Intensive Care General Hospital Units. *Riv PsichiatR*. 2018;53(6):309316. <https://doi.org/10.1708/3084.30764>
7. Oliveira RM, Furegato ARF. Percepções e vivências da Enfermagem quanto à proibição do tabagismo em um hospital psiquiátrico. *SMAD, Rev Saúde Mental Álcool Drog*. 2021;17(4):63-73. <https://doi.org/10.11606/issn.1806-6976.smad.2021.176380>
8. Okoli CTC, Al-MrayaT YD, Shelton CI, Khara M. A retrospective analysis of the association between providing nicotine replacement therapy at admission and motivation to quit and nicotine withdrawal symptoms during an inpatient psychiatric hospitalization. *Addict Behav*. 2018;85:131-8. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2018.06.005>
9. Center for Disease Control and Prevention. Benefits of quitting [Internet]. 2020 [cited 2021 Jul 27]. Available from: [https://www.cdc.gov/tobacco/quit\\_smoking/how\\_to\\_quit/benefits/index.htm](https://www.cdc.gov/tobacco/quit_smoking/how_to_quit/benefits/index.htm)
10. Ride J, Kasteridis P, Gutacker N, Aragon Aragon MJ, Jacobs R. Healthcare Costs for People with Serious Mental Illness in England: An Analysis of Costs Across Primary Care, Hospital Care, and Specialist Mental Healthcare. *Appl Health Econ Health Policy*. 2020;18(2):177-88. <https://doi.org/10.1007/s40258-019-00530-2>
11. Merchan-Hamann E, Tauil PL. Proposta de classificação dos diferentes tipos de estudos epidemiológicos descritivos. *Epidemiol Serv Saúde*. 2021;30(1):1-13. <https://doi.org/10.1590/S1679-49742021000100026>
12. Haddad C, Sacre H, Haij A, Lahoud N, Akiki Z, Akel M, et al. Comparing cigarette smoking knowledge and attitudes among smokers and non-smokers. *Environ Sci Pollut Res Int*. 2020;27(16):19352-62. <https://doi.org/10.1007/s11356-020-08162-z>
13. Moeller SJ, Fink DS, Gbedemah M, Hasin DS, Galea S, Zvolensky MJ, et al. Trends in illicit drug use among smokers and non-smokers in the United States, 2002-2014. *J Clin Psychiatry*. 2018;79(3):17m11718. <https://doi.org/10.4088/JCP.17m11718>
14. Weinberger AH, Delnevo CD, Wyka K, Gbedemah M, Lee J, Copeland J, et al. *Cannabis* Use Is Associated With Increased Risk of Cigarette Smoking Initiation, Persistence, and Relapse Among Adults in the United States. *Nicotine Tob Res*. 2020;22(8):1404-8. <https://doi.org/10.1093/ntr/ntz085>
15. Perry BI, Meehan K, Jainer AK. Assessing the second-hand effects of a new non-smoking policy in an acute mental health trust. *Bj Psych Bull*. 2017;41(6):325-30. <https://doi.org/10.1192/pb.bp.116.055749>
16. Badanapurkar A, Nelson D, Varghese S, Singh R, Haddad PM. Support and attitudes of Qatar mental health professionals to a proposed mental health inpatient smoking ban: Results of a cross-sectional survey. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2021;29(2):327-45. <https://doi.org/10.1111/jpm.12777>
17. Magor-Blatch LE, Rugendyke AR. Going smoke-free: attitudes of mental health professionals to policy change. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2016;23(5):290-302. <https://doi.org/10.1111/jpm.12309>
18. Spaducci G, McNeill A, Hubbard K, Stewart D, Yates M, Robson D. Smoking-related violence in a mental health setting following the implementation of a comprehensive smoke-free policy: A content analysis of incident reports. *Int J Ment Health Nurs*. 2020;29(2):202-11. <https://doi.org/10.1111/inm.12659>
19. Lores L, Monje A, Bergada M, Arellano E, Larrea-Rodríguez J, Miravittles M. Prevalence of smoking in a psychiatric hospital and its relationship with respiratory symptoms and the prevalence of COPD. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis*. 2018;13:2797-804. <https://doi.org/10.2147/COPD.S165880>
20. Prochaska JJ, Das S, Young-Wolff KC. Smoking, mental illness, and public health. *Annu Rev Public Health*. 2017;38:165-85. <https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-031816-044618>
21. Salvi V, Aguglia A, Barone-Adesi F, Bianchi D, Donfrancesco C, Dragogna F, et al. Cardiovascular risk in patients with severe mental illness in Italy. *Eur Psychiatry*. 2020;63(1):E96. <https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2020.94>
22. Kuzman MR, Curkovic M, Wasserman D. Principles of mental health care during the COVID-19 pandemic. *Eur Psychiatry*. 2020;63(1):e45. <https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2020.54>
23. Elkholy H, Nagy N, Taha GRA, Elhabiby M, Yosef M, Azzam L. Stop Turning a Blind Eye: Tobacco Smoking Among Egyptian Patients With Schizophrenia. *Front Psychiatry*. 2019;9:703. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2018.00703>
24. Fang Y, Wang W, Zhu C, Lin GN, Cheng Y, Zou J, et al. Use of tobacco in schizophrenia: a double-edged sword. *Brain Behav*. 2019;9:e01433. <https://doi.org/10.1002/brb3.1433>
25. Šagud M, Vuksan-Ćusa B, Jakšić N, Mihaljević-Peleš A, Rojnić Kuzman M, Pivac N. Smoking in Schizophrenia: an Updated Review. *Psychiatr Danub [Internet]*. 2018 [cited 2021 Aug 9];30(Suppl 4):216-23. Available from: [https://www.researchgate.net/profile/Marina-Sagud/publication/325579408\\_Smoking\\_in\\_Schizophrenia\\_an\\_Updated\\_Review/links/5b19442c0f7e9b68b4256507/Smoking-in-Schizophrenia-an-Updated-Review.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Marina-Sagud/publication/325579408_Smoking_in_Schizophrenia_an_Updated_Review/links/5b19442c0f7e9b68b4256507/Smoking-in-Schizophrenia-an-Updated-Review.pdf)
26. Rateir-Cruz A, Smith JG, Firn M, Rinaldi M. Staff attitudes to completely smoke-free policies and smoking cessation practices in a mental health setting. *J Public*

- Health. 2020;42(2):403-11. <http://doi.org/10.1093/pubmed/fdaa033>
27. Huddlestone L, Sohal H, Paul C, Ratschen E. Complete smokefree policies in mental health inpatient settings: results from a mixed-methods evaluation before and after implementing national guidance. *BMC Health Serv Res.* 2018;18(1):542. <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3320-6>
28. Robson D, Spaducci G, McNeill A, Stewart D, Craig TJK, Yates M, et al. Effect of implementation of a smoke-free policy on physical violence in a psychiatric inpatient setting: an interrupted time series analysis. *Lancet Psychiatry.* 2017;4(7):540-6. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(17\)30209-2](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(17)30209-2)
29. Spaducci G, Stubbs B, McNeill A, Stewart D, Robson D. Violence in mental health settings: a systematic review. *Int J Mental Health Nurs.* 2018;27(1):33-45. <https://doi.org/10.1111/inm.12425>
30. Neven A, Vermeulen JM, Noordraven E, Bonebakker AE. Smoke-free psychiatric hospitals and the role of aggression: a systematic review. *Tijdschr Psychiatr [Internet].* 2019 [cited 2021 Nov 5];61(6):392-402. Available from: <http://www.tijdschriftvoorpsychiatrie.nl/en/issues/540/articles/11965>
31. Taylor GM, Lindson N, Farley A, Leinberger-Jabari A, Sawyer K, Te Water Naudé R, et al. Smoking cessation for improving mental health. *Cochrane Database Syst Rev.* 2021;3(3):CD013522. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD013522.pub2>
32. Woodward ER, Richmond R. Smoking Bans in Psychiatric Units: An Issue of Medical Ethics. *Front Psychiatry.* 2019;10:134. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2019.00134>

---

## Contribución de los autores

**Concepción y dibujo de la pesquisa:** Renata Marques de Oliveira, Jair Lício Ferreira Santos, Antônia Regina Ferreira Furegato. **Obtención de datos:** Renata Marques de Oliveira, Antônia Regina Ferreira Furegato. **Análisis e interpretación de los datos:** Renata Marques de Oliveira, Jair Lício Ferreira Santos. **Análisis estadístico:** Jair Lício Ferreira Santos. **Redacción del manuscrito:** Renata Marques de Oliveira, Jair Lício Ferreira Santos,

Antônia Regina Ferreira Furegato. **Revisión crítica del manuscrito en cuanto al contenido intelectual importante:** Jair Lício Ferreira Santos, Antônia Regina Ferreira Furegato.

**Todos los autores aprobaron la versión final del texto.**

**Conflicto de intereses: los autores han declarado que no existe ningún conflicto de intereses.**

Recibido: 09.08.2021  
Aceptado: 11.03.2022

Editora Asociada:  
Sueli Aparecida Frari Galera

---

Autor de correspondencia:  
Renata Marques de Oliveira  
E-mail: [renata\\_marques@outlook.com](mailto:renata_marques@outlook.com)  
 <https://orcid.org/0000-0002-7169-8309>

**Copyright © 2022 Revista Latino-Americana de Enfermagem**  
Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la Licencia Creative Commons CC BY.  
Esta licencia permite a otros distribuir, mezclar, ajustar y construir a partir de su obra, incluso con fines comerciales, siempre que le sea reconocida la autoría de la creación original. Esta es la licencia más servicial de las ofrecidas. Recomendada para una máxima difusión y utilización de los materiales sujetos a la licencia.