

## Dependência do tabaco entre a população psiquiátrica e a população geral<sup>1</sup>

Renata Marques de Oliveira<sup>2</sup>

Jair Lício Ferreira Santos<sup>3</sup>

Antonia Regina Ferreira Furegato<sup>4</sup>

Objetivo: estimar o grau de dependência do tabaco, identificando os fatores independentes associados e comparando a população psiquiátrica dos níveis secundário e terciário de atenção à saúde com a população geral da rede básica de saúde. Método: estudo epidemiológico de corte transversal, em um município paulista, com 134 fumantes do Ambulatório de Saúde Mental, do Hospital Psiquiátrico e de uma Unidade Básica de Saúde. Foram realizadas entrevistas individuais, com registro das respostas em dispositivo móvel e o tratamento estatístico no Stata/12. Resultados: dos 134 participantes, 54,5% eram mulheres. Enquanto 49,1% da população psiquiátrica tinha média/elevada dependência do tabaco, 58,3% dos fumantes da população geral tinha dependência muito baixa/baixa. No modelo de regressão de Poisson, foi indicada maior prevalência de fumantes com dependência elevada entre os homens (Razão de Prevalência-RP de 1,41), pessoas com até 49 anos de idade (de 15 a 29 anos, RP=4,06; de 30 a 39 anos, RP=2,96; de 40 a 49 anos, RP=1,84), com transtornos mentais graves (RP=3,05), transtornos ansiosos/outros (RP=3,98) e com risco alto de suicídio (RP=1,55). Conclusão: a dependência do tabaco foi maior entre a população psiquiátrica que entre a população geral. Os fatores independentes associados à intensa dependência foram sexo, grupo etário, diagnóstico e risco atual de suicídio. A reflexão decorrente desses resultados contribui para que a enfermagem dê maior atenção ao tema, o qual é negligenciado nos serviços de saúde mental.

Descritores: Uso de Tabaco; Tabagismo; Epidemiologia; Estudos Transversais; Saúde Mental; Enfermagem Psiquiátrica.

<sup>1</sup> Artigo extraído da tese de doutorado "Prevalência e perfil epidemiológico do uso de tabaco na população psiquiátrica do níveis secundário e terciário de atenção comparados à população geral da rede básica de saúde", apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Centro Colaborador da OPAS/OMS para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem, Ribeirão Preto, SP, Brasil. Apoio financeiro da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), Brasil.

<sup>2</sup> PhD, Enfermeira, Hospital das Clínicas de Marília (HC-Famema), Marília, SP, Brasil.

<sup>3</sup> PhD, Professor Titular, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP, Brasil.

<sup>4</sup> PhD, Professor Titular, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Centro Colaborador da OPAS/OMS para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem, Ribeirão Preto, SP, Brasil.

### Como citar este artigo

Oliveira RM, Santos JLF, Furegato ARF. Tobacco addiction in the psychiatric population and in the general population. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2017;25:e2945. [Access 

mês	dia	ano

]; Available in: 

URL

. DOI: <http://dx.doi.org/1518-8345.2202.2945>.

## Introdução

Os transtornos mentais podem ser responsáveis pela experiência de intenso sofrimento, com comprometimento da qualidade de vida, da autoestima, do funcionamento social e laboral, das relações interpessoais e dos vínculos familiares<sup>(1-3)</sup>.

Aos prejuízos emocionais e sociais, vivenciados pelos pacientes psiquiátricos, acrescenta-se o comprometimento da saúde física e da longevidade, com maior ocorrência de complicações somáticas. Estima-se que os portadores de transtornos mentais graves e persistentes morrem, em média, 25 anos mais cedo que a população geral, sendo o tabagismo um dos principais responsáveis pela diminuição da sua expectativa de vida<sup>(4-6)</sup>.

Embora os portadores de transtornos mentais representem 22% da população dos Estados Unidos da América (EUA), são também responsáveis pelo consumo de quase metade dos cigarros produzidos no país e, também, por 46% das mortes relacionadas ao tabaco, o que ressalta a gravidade da epidemia. Além disso, entre os portadores de transtornos mentais graves e persistentes, são encontrados os índices mais elevados de dependência do tabaco e as menores taxas de cessação do tabagismo<sup>(7-12)</sup>.

O elevado consumo de tabaco impacta a vida financeira dos portadores de transtornos mentais, pois eles comprometem até 30% de sua renda mensal na compra de cigarros, enquanto o comprometimento de mais de 4% já é considerado prejudicial. A dificuldade em ter acesso aos cigarros leva alguns portadores de transtornos mentais a práticas humilhantes, como furto de cigarros e fumo de bitucas, comprometendo sua autoestima e seu autorrespeito<sup>(13-15)</sup>.

Além disso, admite-se que os transtornos mentais se manifestam de modo mais grave entre os que usam tabaco. Entre eles, há maior ocorrência de surtos (delírios e alucinações), ideação e tentativas de suicídio e necessidade de internações psiquiátricas<sup>(7,11,16-18)</sup>.

Diante das evidências científicas, nas quais são retratados os prejuízos do tabagismo à população psiquiátrica, o uso do tabaco por essa população não pode continuar sendo negligenciado pelos profissionais de enfermagem, uma vez que, de acordo com a Lei do Exercício Profissional (Resolução COFEN 311/2007), o exercício da enfermagem é comprometido com a saúde, com vistas à promoção do ser humano em sua totalidade.

Neste estudo, partiu-se dos seguintes questionamentos: 1) o grau de dependência do tabaco é diferente entre a população psiquiátrica e a população geral da rede básica de saúde?; 2) quais fatores independentes são associados à dependência do tabaco nessas duas populações?

Embora o uso de tabaco entre a população psiquiátrica tenha recebido destaque na literatura científica nacional e internacional nos últimos anos, ao que se tem conhecimento, este é o primeiro estudo brasileiro em que se propõe a comparação da dependência do tabaco entre a população psiquiátrica e a população geral.

Neste estudo, teve-se por objetivo estimar o grau de dependência do tabaco e identificar os fatores independentes associados, comparando a população psiquiátrica dos níveis secundário e terciário de atenção à saúde com a população geral que frequenta a rede básica de saúde.

## Método

Trata-se de estudo epidemiológico de corte transversal, realizado em um município do interior do Estado de São Paulo.

A fim de se comparar a dependência do tabaco entre a população psiquiátrica e a população geral, este estudo foi realizado com três grupos populacionais provenientes de distintos serviços de saúde do município, a saber, o Ambulatório de Saúde Mental (ASM), o Hospital Psiquiátrico (HP) e a Unidade Básica de Saúde (UBS).

A amostra foi composta de 134 fumantes: 34 do ASM, 76 do HP e 24 da UBS. O número de participantes não foi o mesmo nos três serviços, pois, como o presente estudo faz parte de projeto maior, em que se visa identificar diferentes aspectos do tabagismo entre a população psiquiátrica e a população geral, o cálculo amostral foi realizado considerando-se o total de participantes por serviço, o que incluiu fumantes, ex-fumantes e não fumantes.

No cálculo amostral para o projeto maior (nível de significância  $\alpha=5\%$ ,  $\beta=10\%$ , estimativa de fumantes no HP=60%, estimativa de fumantes no ASM=40%), havia sido indicada a necessidade de se entrevistar 126 pessoas por serviço (amostra total=378). A amostra no presente estudo é menor, uma vez que foram incluídos apenas os fumantes.

Foram considerados critérios de inclusão: 1) declarar-se fumante; 2) residir no município; 3) frequentar o serviço de saúde no período da coleta dos dados. Critérios de exclusão: 1) menores de 15 anos; 2) diagnóstico de retardo mental; 3) uso problemático de álcool ou substâncias ilícitas sem comorbidades psiquiátricas; 4) dificuldade de se comunicar verbalmente.

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

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

Três menores de 18 anos de idade assinaram o termo de assentimento e seus responsáveis, o TCLE, autorizando a participação do menor nesta pesquisa.

Para a coleta dos dados, foram utilizados três instrumentos. O primeiro, o questionário de identificação dos sujeitos, foi elaborado pelos pesquisadores especialmente para este projeto, tendo sido selecionadas as seguintes variáveis: sexo (feminino, masculino); grupo etário (de 15 a 29 anos, de 30 a 39 anos, de 40 a 49 anos, de 50 a 59 anos, com 60 anos ou mais); escolaridade (analfabeto, ensino fundamental, médio ou superior), estado civil (solteiro, casado, separado/divorciado, viúvo); diagnóstico psiquiátrico (transtornos mentais graves, transtornos ansiosos/outros, sem diagnóstico); uso atual de antipsicóticos (primeira geração, segunda geração, primeira e segunda geração, não se aplica); uso de álcool (usa, usou, nunca usou); uso de substâncias ilícitas (usa, usou, nunca usou); importância do tabaco (abaixo da média, acima da média).

A variável importância do tabaco foi obtida por meio da escala de 0 a 10, a partir da qual o fumante deveria indicar a importância que atribuía ao tabaco. Na análise descritiva, a importância do tabaco foi, em média, 6,6. A partir desse valor, foram criadas duas categorias: abaixo da média e acima da média.

O segundo, a escala de monitoramento do risco atual de suicídio, foi composto de seis questões, a partir das quais foi possível classificar o risco atual de suicídio em baixo, moderado e/ou alto. Para cinco questões, o sujeito deveria responder considerando o que ocorreu no último mês: 1) pensou que seria melhor estar morto ou desejou estar morto?; 2) quis fazer mal a si mesmo?; 3) pensou em suicídio?; 4) pensou em uma maneira de se suicidar?; e 5) tentou o suicídio? A última questão diz respeito ao que ocorreu ao longo da vida: 6) já fez alguma tentativa de suicídio?<sup>(19)</sup>.

O terceiro, o Teste de Dependência à Nicotina de Fagerström (em inglês FTDN), foi composto de seis questões, nas quais investigou-se o padrão do fumo de cigarros (primeiro cigarro do dia, dificuldade em não fumar em lugares proibidos, cigarro do dia que traz mais satisfação, quantidade, período que fuma com maior frequência e se fuma mesmo estando doente). A cada resposta, foi atribuído determinado valor de pontos, sendo a dependência do tabaco classificada a partir da soma total: muito baixa (0 a 2 pontos); baixa (3 a 4 pontos); média (5 pontos); elevada (6 a 7 pontos)

e muito elevada (8 a 10 pontos). O instrumento foi validado no Brasil (teste-reteste 0,915 e  $\alpha$  de Cronbach 0,642) e considerado teste *standard* na avaliação da dependência do tabaco<sup>(20)</sup>.

A coleta dos dados foi realizada a partir de entrevistas individuais, em sala reservada, e foram conduzidas por um único entrevistador. As respostas dos participantes foram registradas em dispositivo móvel (*tablet*) por meio do aplicativo *TabacoQuest*, desenvolvido especialmente para este projeto<sup>(21)</sup>.

As respostas dos sujeitos, assinaladas pelo pesquisador no aplicativo, foram transferidas automaticamente para planilha Excel e, posteriormente, transferidas para o *software* Stata (versão 12), para realização do tratamento estatístico.

Inicialmente, foram utilizadas ferramentas de estatística descritiva, para a caracterização dos participantes (média, Desvio-Padrão - dp, mínimo, máximo, frequência absoluta e relativa). Em seguida, realizou-se a análise bivariada, para a variável dependência do tabaco, a partir do cálculo da Razão de Prevalência (RP) e do seu respectivo Intervalo de Confiança (IC 95%).

A análise multivariada foi realizada a partir do modelo de regressão múltipla de Poisson, o qual teve o grau de dependência do tabaco (escore FTDN:  $\leq 5$  e  $\geq 6$ ) como desfecho. O modelo foi ajustado com controle de exposição para a variável (*offset variable*) tempo de uso de tabaco.

A dicotomização dos escores do FTDN foi possível pelo fato de se tratar de ponto de corte reconhecido na literatura científica<sup>(9)</sup>.

Para a seleção das variáveis independentes, foram consideradas aquelas que apresentaram  $p < 0,20$  na análise bivariada e consideradas relevantes na literatura científica. Respeitou-se o critério de não ultrapassar o limite de dez casos por variável<sup>(22)</sup>. Dessa forma, o modelo poderia ter até 13 variáveis ( $134/10=13,4$ ).

As variáveis independentes incluídas no modelo foram: sexo; grupo etário; antipsicóticos em uso no momento; diagnóstico psiquiátrico principal; risco atual de suicídio; álcool; substâncias ilícitas e importância do uso do tabaco. Para avaliação da possível presença de colinearidade, foram calculados os fatores de inflação das variâncias (em inglês VIF). Todas apresentaram  $VIF < 10$ . O VIF médio foi de 3. Os resultados foram discutidos com base na literatura científica.

## Resultados

Dos 134 participantes, a maioria era do sexo feminino, havia estudado até o ensino fundamental e era solteira. A média etária foi de 46 anos (de 15 a 78 anos, dp=14).

Aproximadamente, três quartos dos participantes tinham diagnóstico de transtornos mentais graves (esquizofrenia, transtorno esquizoafetivo, do humor ou da personalidade) e uma parcela expressiva fazia uso de antipsicóticos de primeira geração.

Cerca de um terço tinha alto risco de suicídio. A maioria referiu uso atual de bebida alcoólica, ao passo que a minoria admitiu uso de substâncias ilícitas (Tabela 1).

Tabela 1 – Frequência absoluta e relativa (%) das variáveis de caracterização dos participantes (n=134). Marília, SP, Brasil, 2014

Variáveis	n	%
Local:		
ASM*	34	25,4
HP†	76	56,7
UBS‡	24	17,9
Sexo		
Feminino	73	54,5
Grupo etário (anos)		
15 a 29	22	16,4
30 a 39	25	18,7
40 a 49	29	21,6
50 a 59	35	26,1
≥60	23	17,2
Escolaridade		
Analfabeto	7	5,2
Fundamental	86	64,2
Médio	32	23,9
Superior	9	6,7
Estado civil		
Solteiro	74	55,2
Casado	29	21,6
Separado/divorciado	20	14,9
Viúvo	11	8,2
Diagnóstico psiquiátrico principal		
Sem diagnóstico	16	11,9
Transtornos mentais graves	98	73,1
Transtornos ansiosos/outros	20	14,9
Uso atual de antipsicótico		
Não se aplica	40	29,8
1ª geração	56	41,8
2ª geração	19	14,2
1ª e 2ª geração	19	14,2
Risco atual de suicídio		
Sem risco	56	41,8
Baixo	25	18,7
Moderado	10	7,5
Alto	43	32,1
Álcool		
Nunca usou	19	14,2
Usa	75	56,0
Usou	40	29,8
Substâncias ilícitas		
Nunca usou	89	66,4
Usa	17	12,7
Usou	28	20,9
Total	134	100,0

\*ASM: Ambulatório de Saúde Mental; †HP: Hospital Psiquiátrico; ‡UBS: Unidade Básica de Saúde

Do total de participantes, 71 fumantes (53%) consideraram a importância do tabaco acima da média.

Os 134 fumantes haviam iniciado o uso de tabaco, em média, há 28,5 anos. Entre os fumantes do HP, verificou-se menor tempo de tabagismo (ASM=31, HP=25, UBS=35).

Dentre os 134 fumantes, 29,9% foram classificados com grau de dependência do tabaco muito baixo/baixo, 47% com grau médio/elevado e 23,1% com grau muito elevado. Ao comparar as duas populações, notou-se que, enquanto aproximadamente metade da população psiquiátrica (ASM e HP) tinha médio/elevado grau de dependência, a maioria dos fumantes da população geral, em atendimento na rede básica de saúde, tinha dependência do tabaco muito baixa/baixa (Figura 1).

Na análise por local de estudo, foram verificadas, no ASM e no HP, prevalências semelhantes de fumantes com grau de dependência médio/elevado. No HP, contudo, foi identificada maior frequência de participantes com grau muito elevado. Na UBS, o número de fumantes classificados como muito elevado foi irrisório (Figura 2).

A análise bivariada forneceu evidência estatística de que a elevada dependência do tabaco (escore FTDN ≥6) estava associada aos transtornos mentais graves, ao uso de antipsicóticos de 2ª geração, ao uso concomitante de antipsicóticos de 1ª e 2ª geração, ao alto risco de suicídio e ao uso atual e progresso de substâncias ilícitas.

Ao ser ajustado às demais variáveis, no modelo final de regressão múltipla de Poisson foi indicada maior prevalência de fumantes com dependência elevada entre os homens, pessoas com até 49 anos de idade, com diagnóstico de transtornos mentais graves ou de transtornos ansiosos/outros e com risco alto de suicídio.

No modelo múltiplo, a associação da dependência do tabaco com antipsicóticos e substâncias ilícitas deixou de ser evidenciada, o que pode ter ocorrido devido à interferência de outras variáveis (Tabela 2).

O modelo múltiplo revelou que a prevalência de fumantes com dependência elevada era 41% maior entre os homens do que entre as mulheres.

Os participantes com 15 a 29 anos apresentaram prevalência de fumantes com grau elevado de dependência 4,06 maior em comparação aos idosos. A razão de prevalência diminuiu com o aumento da idade, sugerindo efeito dose-resposta (Figura 3).

Independentemente das variáveis incluídas no modelo de regressão de Poisson, a prevalência de fumantes com escore ≥6 no FTDN foi, respectivamente, 205 e 298% maior entre os participantes com transtornos mentais graves e entre aqueles com transtornos ansiosos/outros, em comparação a quem não tinha diagnóstico.

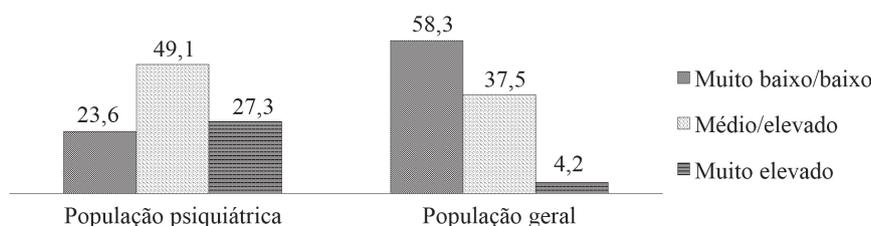
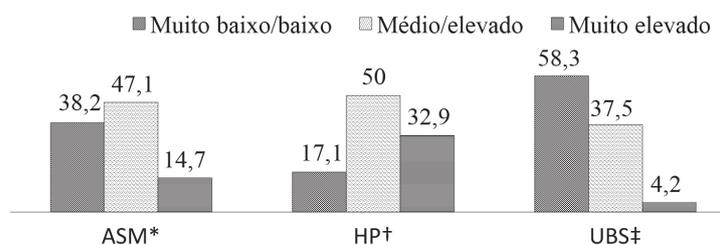


Figura 1 – Frequência relativa (%) do grau de dependência do tabaco entre a população psiquiátrica dos níveis secundário e terciário de atenção comparada à população geral da rede básica de saúde. Marília, SP, Brasil, 2014



\*ASM: Ambulatório de Saúde Mental; †HP: Hospital Psiquiátrico; ‡UBS: Unidade Básica de Saúde

Figura 2 – Frequência relativa (%) do grau de dependência do tabaco, segundo local de estudo. Marília, SP, Brasil, 2014

Tabela 2 – Razão de prevalência bruta e ajustada ao grau de dependência do tabaco. Marília, SP, Brasil, 2014

Variáveis	Dependência tabaco FTDN*		Bruta RP (IC 95%)†	Ajustada† RP (IC 95%)‡
	≤5 pontos n (%)	≥6 pontos n (%)		
<b>Sexo</b>				
Feminino	34 (46,6)	39 (53,4)	1	1
Masculino	21 (34,4)	40 (65,6)	1,23 (0,93; 1,63)	1,41 (1,01; 1,95)§
<b>Grupo etário (anos)</b>				
≥60	11 (47,8)	12 (52,2)	1	1
15 a 29	8 (36,4)	14 (63,6)	1,22 (0,74; 2,02)	4,06 (1,86; 8,87)§
30 a 39	6 (24)	19 (76)	1,46 (0,93; 2,28)	2,96 (1,64; 5,32)§
40 a 49	10 (34,5)	19 (65,5)	1,26 (0,78; 2,01)	1,84 (1,05; 3,25)§
50 a 59	20 (57,1)	15 (42,9)	0,82 (0,47; 1,42)	0,90 (0,50; 1,60)
<b>Diagnóstico</b>				
Sem diagnóstico	13 (81,3)	3 (18,7)	1	1
Transtornos mentais graves	33 (33,7)	65 (66,3)	3,54 (1,26; 9,90)§	3,05 (1,06; 8,80)§
Transtornos ansiosos/outros	9 (45)	11 (55)	2,93 (0,98; 8,76)	3,98 (1,40; 11,33)§
<b>Uso atual de antipsicóticos</b>				
Não se aplica	21 (52,5)	19 (47,5)	1	1
1ª geração	25 (44,6)	31 (55,4)	1,17 (0,78; 1,74)	0,77 (0,52; 1,14)
2ª geração	4 (21)	15 (79)	1,66 (1,11; 2,48)§	1,21 (0,79; 1,83)
1ª e 2ª geração	5 (26,3)	14 (73,7)	1,55 (1,02; 2,37)§	0,93 (0,57; 1,52)
<b>Risco atual de suicídio</b>				
Sem risco	30 (53,6)	26 (46,4)	1	1
Baixo	12 (48)	13 (52)	1,12 (0,70; 1,79)	1,14 (0,71; 1,81)
Moderado	4 (40)	6 (60)	1,29 (0,72; 2,30)	1,22 (0,70; 2,12)
Alto	9 (20,9)	34 (79,1)	1,70 (1,23; 2,35)§	1,55 (1,02; 2,35)§
<b>Álcool</b>				
Nunca usou	11 (57,9)	8 (42,1)	1	1
Usa	19 (47,5)	21 (52,5)	1,25 (0,68; 2,28)	0,84 (0,45; 1,59)
Usou	25 (33,3)	50 (66,7)	1,58 (0,91; 2,74)	1,01 (0,58; 1,76)
<b>Substâncias ilícitas</b>				
Nunca usou	45 (50,6)	44 (49,4)	1	1
Usa	2 (11,8)	15 (88,2)	1,78 (1,36; 2,34)§	1,46 (0,95; 2,23)
Usou	8 (28,6)	20 (71,4)	1,44 (1,06; 1,98)§	1,19 (0,76; 1,88)
<b>Importância do tabaco</b>				
Abaixo da média	31 (49,2)	32 (50,8)	1	1
Acima da média	24 (33,8)	47 (66,2)	1,30 (0,97; 1,75)	1,12 (0,77; 1,63)
<b>Total</b>	<b>55 (41)</b>	<b>79 (59)</b>		

\*FTDN: Teste de Dependência à Nicotina de Fagerström; †ajustada: modelo de regressão múltipla de Poisson; ‡RP (IC 95%): razão de prevalência e intervalo de confiança de 95%; §evidência de associação estatística ( $p < 0,05$ ); IC: COMPLETAR

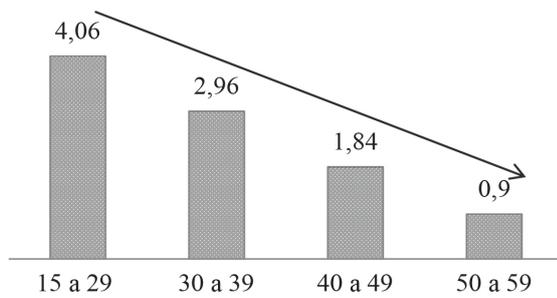


Figura 3 – Razão de prevalência ajustada ao grau elevado de dependência do tabaco, segundo grupo etário (grupo de referência: idosos com 60 anos ou mais). Marília, SP, Brasil, 2014

Ser avaliado com alto risco de suicídio aumentou a prevalência de fumantes com dependência elevada em 1,55 em relação aos que não apresentaram risco de suicídio.

Nos dados obtidos por meio dessa amostra, é sugerido que a importância atribuída pelo fumante ao tabaco não tinha relação com a intensidade da dependência. No modelo bivariado, essa relação poderia ter sido evidenciada com amostra maior, visto que o limite inferior do intervalo de confiança foi próximo a 1 (se fosse maior que 1, haveria indício de associação). No modelo múltiplo, contudo, a razão de prevalência diminuiu e os limites do IC (95%) mostraram claramente que não havia possibilidade de associação.

## Discussão

A dependência do tabaco foi mais intensa entre a população psiquiátrica, especialmente a internada no HP, e a elevada dependência do tabaco, nessa população, é consistente com achados nacionais e internacionais<sup>(8-11,23)</sup>.

Na população geral, atendida na rede básica de saúde, predominaram os fumantes com dependência do tabaco muito baixa/baixa. Nessa mesma perspectiva, em inquérito nacional recente, indicou-se que 81% dos fumantes da população geral brasileira tinham baixa dependência do tabaco<sup>(24)</sup>.

Na análise multivariada, revelou-se maior dependência entre os homens de grupos etários mais jovens, portadores de transtornos mentais graves, portadores de transtornos ansiosos/outros e indivíduos com alto risco de suicídio.

A superior prevalência de fumantes com intensa dependência do tabaco entre homens é reflexo das ideias disseminadas pelas indústrias de tabaco. Incentivava-se o fumo, entre eles, associando-o à imagem de masculinidade/virilidade. Ainda que, anos mais tarde, as indústrias tenham incluído as mulheres em seu público-

alvo, o fumo entre elas ocorreu em menor escala, uma vez que houve resistência da sociedade<sup>(25-26)</sup>.

Além da influência das indústrias e da aceitação pela sociedade, o maior grau de dependência do tabaco entre os homens é sustentado pelo conhecimento de que os hormônios femininos protegem as mulheres do desenvolvimento de dependência mais intensa<sup>(27-28)</sup>.

Esse conhecimento é importante, pois indica que as estratégias para tratar a dependência do tabaco podem ser diferentes entre homens e mulheres. Diante disso, os homens responderiam melhor aos tratamentos medicamentosos focados na dependência e as mulheres, àqueles direcionados ao comportamento de fumar<sup>(27-28)</sup>.

Essa informação diz respeito aos enfermeiros, visto que, como integrantes da equipe de saúde, devem atuar de modo ativo, na equipe multidisciplinar, por meio de seu conhecimento técnico-científico, no planejamento de melhores estratégias para ajudar os pacientes a pararem de fumar.

A maior dependência do tabaco entre os jovens, quando comparada a dos idosos, se manteve mesmo após os ajustes de acordo com sexo, diagnóstico psiquiátrico, uso atual de antipsicóticos, risco de suicídio, uso de álcool, uso de substâncias ilícitas e importância atribuída ao tabaco.

Tal resultado é preocupante, uma vez que os jovens são os que menos procuram tratamento psiquiátrico. Portanto, para que as intervenções no tabagismo possam alcançar esse público, os enfermeiros e demais profissionais precisam pensar em estratégias efetivas para aqueles que ainda não foram incluídos na rede de serviços de saúde mental<sup>(29)</sup>.

A forte associação entre dependência do tabaco e transtornos mentais era esperada, considerando-se a elevada prevalência de fumantes na população psiquiátrica. Cogita-se que a dependência mais intensa, nessa população, possa ter relação com a busca cada vez maior por cigarros, na tentativa de automedicação em face de sintomas psiquiátricos.

Em estudo de coorte americano (n=43.093), revelou-se que cada diagnóstico psiquiátrico, além do diagnóstico psiquiátrico principal, aumenta em 67% a probabilidade de o indivíduo ser classificado como fumante pesado ( $\geq 24$  cigarros/dia)<sup>(29)</sup>. No entanto, esse efeito não pôde ser avaliado no presente estudo, pois obteve-se apenas o diagnóstico principal.

Em estudo brasileiro, realizado com portadores de transtornos mentais, internados em Unidade Psiquiátrica em Hospital Geral (UPHG), revelou-se que 78% dos fumantes usavam o tabaco como forma de automedicar os sintomas psiquiátricos, visto que 79% disseram que o fumo aliviava a ansiedade, 57,3%, que melhorava o humor e 29,2%, que aumentava a concentração. Apesar

disso, alguns pacientes reconheceram que o alívio desses sintomas era temporário, o que os induzia a fumar maior quantidade de cigarros<sup>(10,30)</sup>.

A associação entre intensa dependência do tabaco e alto risco de suicídio foi mantida no modelo múltiplo.

A relação entre suicídio e tabagismo recebeu destaque quando, em estudos de coorte, foi identificado o uso de tabaco e sua elevada dependência como fator de risco para comportamentos suicidas, mesmo após o ajuste de acordo com as variáveis psiquiátricas. Nesse sentido, encontraram-se evidências de efeito dose-resposta, de modo que quanto maior o número de cigarros fumados por dia, maior o risco de suicídio. Há, também, indícios de diminuição desse risco com a cessação do fumo<sup>(31-40)</sup>.

Em alguns estudos, tenta-se explicar a associação entre uso de tabaco e suicídio, a partir da ação dos neurotransmissores. Em suma, acredita-se que o tabaco, ao diminuir a atividade da enzima monoaminaoxidase (MAO-A e MAO-B), contribui para o aumento do comportamento impulsivo, um dos fatores que predispõe o indivíduo às tentativas de suicídio<sup>(41-43)</sup>.

Tendo em vista o agravante pelo risco de suicídio, recomenda-se intensificar pesquisas e ações sociais e terapêuticas a respeito da questão<sup>(32)</sup>.

Em estudo americano, constatou-se redução do risco de suicídio após implementação de ações de controle do tabagismo, como aumento dos impostos sobre os cigarros e ambientes livres de tabaco. Estimou-se que o aumento de um dólar nos impostos sobre os cigarros seria capaz de reduzir em 10,5% o risco de suicídio. Considerando o número absoluto de suicídios ocorridos em 2012, isso corresponderia à redução de 4.000 suicídios/ano no país<sup>(44)</sup>.

A associação entre dependência do tabaco e risco de suicídio é achado importante para a enfermagem, visto que, apesar da Lei brasileira (12.546/2011) que proíbe o fumo de tabaco nos ambientes coletivos, o tabagismo ainda está presente em muitos serviços brasileiros de saúde mental. Considerando que os pacientes que apresentam risco de suicídio requerem observação rigorosa da equipe de enfermagem, especialmente durante a internação psiquiátrica, permitir que o paciente psiquiátrico fume contraria o princípio ético de não maleficência.

A associação entre dependência do tabaco, bebida alcoólica e substâncias ilícitas, no presente estudo, não foi consistente ao categorizar o grau de dependência de forma dicotômica ( $\leq 5$  pontos e  $\geq 6$  pontos), embora esses pontos de cortes sejam reconhecidos na literatura científica<sup>(9)</sup>.

Os resultados aqui destacados são informações valiosas para fundamentar as ações dos enfermeiros,

pois, além de confirmarem a maior prevalência de fumantes com dependência intensa do tabaco entre a população psiquiátrica, permitiram identificar, a partir da realização do modelo múltiplo, as variáveis independentes associadas à dependência. São conhecimentos e argumentos necessários para que o tabagismo possa ser integrado ao diálogo com os pacientes e com a equipe multidisciplinar.

Entre as limitações neste estudo, destaca-se o método utilizado (estudo transversal), o qual não permite inferir causalidade.

## Conclusão

A dependência do tabaco foi maior entre a população psiquiátrica dos níveis secundário e terciário de atenção que entre a população geral que busca assistência na rede básica de saúde.

Com os resultados do modelo múltiplo, os fatores independentes associados à intensa dependência do tabaco foram sexo, grupo etário, diagnóstico psiquiátrico e risco atual de suicídio

A reflexão decorrente desses resultados contribui para que a enfermagem brasileira dê maior atenção ao tema, o qual é negligenciado nos serviços de saúde mental.

## Referências

1. Hasan AAH, Musleh M. Self-stigma by people diagnosed with schizophrenia, depression and anxiety: cross-sectional survey design. *Perspect Psychiatr Care*. 2017;1-7. doi: 10.1111/ppc.12213.
2. Ramírez A, Palacio JD, Vargas C, Díaz-Zuluaga AM, Duica K, Berruecos YA, et al. Expressed Emotions, Burden and Family Functioning in Schizophrenic and Bipolar I Patients of a Multimodal Intervention Program: PRISMA. *Rev Colomb Psiquiatr*. 2017;46(1):2-11. doi: 10.1016/j.rcp.2016.02.004.
3. Ritsner MS, Arbitman M, Lisker A, Ponizovsky AM. Ten-year quality of life outcomes among patients with schizophrenia and schizoaffective disorders II. Predictive value of psychosocial factors. *Qual Life Res*. 2012;21(6):1075-84. doi:10.1007/s11136-011-0015-4.
4. Colton CW, Manderscheid RW. Congruencies in increased mortality rates, years of potential life lost, and causes of death among public mental health clients in eight states. *Prev Chronic Dis*. [Internet]. 2006 Mar 15 [cited Apr 24, 2017];3(2):1-14. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1563985/pdf/PCD32A42.pdf>
5. Dickerson F, Origoni A, Schroeder J, Schweinfurth LA, Stallings C, Savage CL, et al. Mortality in schizophrenia and bipolar disorder: clinical and serological predictors.

- Schizophr Res. 2016;170(1):177-83. doi: 10.1016/j.schres.2015.11.010.
6. Srihari VH, Phutane VH, Ozkan B, Chwastiak L, Ratliff JC, Woods SW, et al. Cardiovascular mortality in schizophrenia: defining a critical period for prevention. *Schizophr Res.* 2013;146(1-3): 64-8. doi: 10.1016/j.schres.2013.01.014.
7. Aubin HJ, Rollema H, Svensson TH, Winterer G. Smoking, quitting, and psychiatric disease: a review. *Neurosci Biobehav Rev.* 2012;36(1):271-84. doi: 10.1016/j.neubiorev.2011.06.007.
8. Chen J, Bacanu SA, Yu H, Zhao Z, Jia P, Kendler KS, et al. Genetic Relationship between Schizophrenia and Nicotine Dependence. *Sci Rep.* 2016;6:25671. doi: 10.1038/srep25671.
9. De Leon J, Diaz FJ. A meta-analysis of worldwide studies demonstrates an association between schizophrenia and tobacco smoking behaviors. *Schizophr Res.* 2005;76(2-3):135-157. doi:10.1016/j.schres.2005.02.010.
10. Oliveira RM, Siqueira Júnior AC, Santos JL, Furegato ARF. Nicotine dependence in the mental disorders, relationship with clinical indicators, and the meaning for the user. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2014;22(4):685-92. doi: 10.1590/0104-1169.3549.2468
11. Prochaska JJ, Das S, Young-Wolff KC. Smoking, Mental Illness, and Public Health. *Annu Rev Public Health.* 2017;38:165-85. doi: 10.1146/annurev-publhealth-031816-044618.
12. Schroeder SA, Morris CD. Confronting a neglected epidemic: tobacco cessation for persons with mental illnesses and substance abuse problems. *Annu Rev Public Health.* 2010;31:297-314. doi: 10.1146/annurev-publhealth.012809.103701.
13. Lawn SJ, Pols RG, Barber JG. Smoking and quitting: a qualitative study with community-living psychiatric clients. *Soc Sci Med.* [Internet]. 2002 Jan 1 [cited Apr 24, 2017];54(1):93-104. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11820684>
14. Steinberg M, Williams J, Ziedonis D. Financial implications of cigarette smoking among individuals with schizophrenia. *Tob Control.* [Internet]. 2004 Jun 1 [cited Apr 24, 2017]; 13(2):206. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1747846/pdf/v013p00206.pdf>
15. World Bank [Internet]. The economics of tobacco use & tobacco control in the developing world. 2003. [cited Mar 17, 2017]. Available from: [http://ec.europa.eu/health/archive/ph\\_determinants/life\\_style/tobacco/documents/world\\_bank\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/health/archive/ph_determinants/life_style/tobacco/documents/world_bank_en.pdf).
16. Krishnadas R, Jauhar S, Telfer S, Shivashankar S, McCreadie RG. Nicotine dependence and illness severity in schizophrenia. *Br J Psychiatry.* 2012;201(4):306-12. doi: 10.1192/bjp.bp.111.107953.
17. Prochaska JJ. Smoking and mental illness: breaking the link. *N Engl J Med.* 2011;365(3): 196-8. doi: 10.1056/NEJMp1105248.
18. Winterer G. Why do patients with schizophrenia smoke? *Curr Opin Psychiatry.* 2010;23(2):112-9. doi:10.1097/YCO.0b013e3283366643.
19. Lecrubier Y, Weiller E, Hergueta T, Amorim LI, Bonora JP, Sheehan FD, et al. MINI – Mini International Neuropsychiatric Interview, Brazilian Version 5.0.0. [cited Mar 17, 2017]. Available from: <http://www.cosemssp.org.br/downloads/Cursos/Saude-Mental-DSM-07-03.pdf>.
20. Carmo JT, Andrés-Pueyo AA. Adaptation into portuguese for the Fagerström test for nicotine dependence (FTND) to evaluate the dependence and tolerance for nicotine in brazilian smokers. *RBM Rev Bras Med.* [Internet]. 2002 Jan 1 [cited Apr 24, 2017]; 59(1/2):73-80. Available from: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=319174&indexSearch=ID>
21. Oliveira, RM, Duarte AF, Alves D, Furegato ARF. Development of the TabacoQuest app for computerization of data collection on smoking in psychiatric nursing. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2016;24(e2726):1-10. doi:10.1590/1518-8345.0661.2726.
22. Peduzzi P, Concato J, Kemper E, Holford TR, Feinstein AR. A simulation study of the number of events per variable in logistic regression analysis. *J Clin Epidemiol.* [Internet]. 1996 [cited Apr 24, 2017];49(12):1373-9. Available from: [http://www.jclinepi.com/article/S0895-4356\(96\)00236-3/abstract](http://www.jclinepi.com/article/S0895-4356(96)00236-3/abstract)
23. Chaves L, Shirakawa I. Nicotine use in patients with schizophrenia evaluated by the Fagerström Tolerance Questionnaire: a descriptive analysis from a Brazilian sample. *Rev Bras Psiquiatr.* 2008; 30(4):350-352. doi:10.1590/S1516-44462008005000014
24. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva [Internet]. Global Adult Tobacco Survey – Brazil Report. 2011 [cited Apr 24, 2017]. Available from: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pesquisa\\_especial\\_tabagismo\\_petab.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pesquisa_especial_tabagismo_petab.pdf).
25. Eriksen M, Mackay J, Schluger N, Gomeshtapeh FI, Drope J. The Tobacco Atlas. 2015 [cited Apr 24, 2017]. Available from: [http://3pk43x313ggr4cy0lh3tctjh.wpengine.netdna-cdn.com/wp-content/uploads/2015/03/TA5\\_2015\\_WEB.pdf](http://3pk43x313ggr4cy0lh3tctjh.wpengine.netdna-cdn.com/wp-content/uploads/2015/03/TA5_2015_WEB.pdf).
26. Pogun S, Yararbas G, Nesil T, Kanit L. Sex differences in nicotine preference. *J Neurosci Res.* 2017;95(1-2):148-62. doi: 10.1002/jnr.23858.
27. Allen AM, Oncken C, Hatsukami D. Women and Smoking: The Effect of Gender on the Epidemiology,

- Health Effects, and Cessation of Smoking. *Curr Addict Rep.* 2014;1(1):53-60. doi: 10.1007/s40429-013-0003-6
28. Vogel RI, Hertsgaard LA, Dermody SS, Luo X, Moua L, Allen S, et al. Sex differences in response to reduced nicotine content cigarettes. *Addict Behav.* 2014;39(7):1197-204. doi: 10.1016/j.addbeh.2014.03.021.
29. Smith PH, Mazure CM, McKee SA. Smoking and mental illness in the US Population. *Tob Control.* 2014; 23(e2):e147-e153. doi: 10.1136/tobaccocontrol-2013-051466.
30. Oliveira RM, Siqueira AC Júnior, Furegato AR. The meaning of smoking for patients with mental disorder. *Issues Ment Health Nurs.* 2015;36(2):127-34. doi: 10.3109/01612840.2014.953277.
31. Berlin I, Covey LS, Donohue MC, Agostin V. Duration of smoking abstinence and suicide-related outcomes. *Nicotine Tob Res.* 2011;13(10):887-93. doi: 10.1093/ntr/ntr089.
32. Berlin I, Hakes JK, Hu MC, Covey LS. Tobacco use and suicide attempt: longitudinal analysis with retrospective reports. *PLoS One.* 2015;10(4):e0122607. doi: 10.1371/journal.pone.0122607. eCollection 2015.
33. Covey LS, Berlin I, Hu MC, Hakes JK. Smoking and suicidal behaviours in a sample of US adults with low mood: a retrospective analysis of longitudinal data. *BMJ Open.* 2012;2(3):876. doi: 10.1371/journal.pone.0122607
34. Doll R, Peto R, Wheatley K, Gray R, Sutherland I. Mortality in relation to smoking: 40 years' observations on male British doctors. *BMJ.* [Internet]. 1994 [cited Apr 24, 2017]; 309(6959):901-11. Available from: <http://www.bmj.com/content/309/6959/901.long>
35. Ducasse D, Jaussent I, Guillaume S, Azorin JM, Bellivier F, Belzeaux R, et al. Increased risk of suicide attempt in bipolar patients with severe tobacco dependence. *J Affect Disord.* 2015;183:113-8. doi: 10.1016/j.jad.2015.04.038.
36. Li D, Yang X, Ge Z, Hao Y, Wang Q, Liu F, et al. Cigarette smoking and risk of completed suicide: a meta-analysis of prospective cohort studies. *J Psychiatr Res.* 2012;46(10):1257-66. doi: 10.1016/j.jpsychires.2012.03.013.
37. Lucas M, O'Reilly EJ, Mirzaei F, Okereke OI, Unger L, Miller M, et al. Cigarette smoking and completed suicide: results from 3 prospective cohorts of American adults. *J Affect Disord.* 2013;151(3):1053-8. doi: 10.1016/j.jad.2013.08.033.
38. Sankaranarayanan A, Clark V, Baker A, Palazzi K, Lewin TJ, Richmond R, et al. Reducing smoking reduces suicidality among individuals with psychosis: Complementary outcomes from a Healthy Lifestyles intervention study. *Psychiatry Res.* 2016;243:407-12. doi: 10.1016/j.psychres.2016.07.006.
39. Tverdal A, Thelle D, Stensvold I, Leren P, Bjartveit K. Mortality in relation to smoking history: 13 years' follow-up of 68,000 Norwegian men and women 35-49 years. *J Clin Epidemiol* [Internet]. 1993 [cited Apr 24, 2017];46(5):475-87. Available from: [http://www.jclinepi.com/article/0895-4356\(93\)90025-V/abstract](http://www.jclinepi.com/article/0895-4356(93)90025-V/abstract)
40. Yaworski D, Robinson J, Sareen J, Bolton JM. The relation between nicotine dependence and suicide attempts in the general population. *Can J Psychiatry.* 2011;56(3):161-70. doi: 10.1177/070674371105600306.
41. Hogg RC. Contribution of monoamine oxidase inhibition to tobacco dependence: a review of the evidence. *Nicotine Tob Res.* 2016;18(5):509-23. doi: 10.1093/ntr/ntv245.
42. Meyer-Lindenberg A, Buckholtz JW, Kolachana B, Hariri A, Pezawas L, Blasi G, et al. Neural mechanisms of genetics risk for impulsivity and violence in humans. *Proc Natl Acad Sci U S A.* 2006;103(16):6269-74. doi: 10.1073/pnas.0511311103
43. Orelund L, Damberg M, Hallman J, Garpenstrand H. Smoking only explains part of the associations between platelet monoamine oxidase activity and personality. *J Neural Transm.* (Vienna). 2002;109(5-6):963-75. doi: 10.1007/s007020200079
44. Grucza RA, Plunk AD, Krauss MJ, Cavazos-Rehg PA, Deak J, Gebhardt K, et al. Probing the smoking-suicide association: do smoking policy interventions affect suicide risk? *Nicotine Tob Res.* 2014;16(11):1487-94. doi: 10.1093/ntr/ntu106.

Recebido: 19.5.2017

Aceito: 2.8.2017

---

Correspondência:

Antonia Regina Ferreira Furegato  
 Universidade de São Paulo. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto  
 Av. dos Bandeirantes, 3900  
 Bairro: Monte Alegre  
 CEP: 14040-902, Ribeirão Preto, SP, Brasil  
 E-mail: furegato@eerp.usp.br

**Copyright © 2017 Revista Latino-Americana de Enfermagem**

Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença Creative Commons CC BY.

Esta licença permite que outros distribuam, remixem, adaptem e criem a partir do seu trabalho, mesmo para fins comerciais, desde que lhe atribuam o devido crédito pela criação original. É a licença mais flexível de todas as licenças disponíveis. É recomendada para maximizar a disseminação e uso dos materiais licenciados.