


Prevalência e perfil de fumantes: comparações na população psiquiátrica e na população geral*

Renata Marques de Oliveira¹

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

Jair Lício Ferreira Santos²

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

Antonia Regina Ferreira Furegato³

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

Objetivos: identificar prevalência de fumantes entre a população psiquiátrica e a população geral; comparar o perfil pessoal, sociodemográfico e clínico dos fumantes e não fumantes da população psiquiátrica e da população geral; verificar as razões para fumar desses dois grupos populacionais. Método: estudo epidemiológico descritivo-analítico, de corte transversal, com 378 pacientes de três serviços: Ambulatório Saúde Mental, Hospital Psiquiátrico e Unidade Básica Saúde. Realizaram-se entrevistas com três questionários. Aplicaram-se testes qui-quadrado e *Kruskal-Wallis*. Resultados: dos 378 participantes, 67% eram mulheres e 69% tinham mais de 40 anos. Identificada maior prevalência de fumantes entre homens, jovens, analfabetos, solteiros e recebedores de mais de um benefício do governo. Os fumantes prevaleceram entre os esquizofrênicos, pacientes crônicos, que utilizavam ≥ 3 psicofármacos e com histórico de ≥ 4 internações psiquiátricas e/ou tentativas suicídio. A principal razão alegada para fumar foi a melhora dos afetos negativos. Conclusão: a prevalência de fumantes é maior na população psiquiátrica (especialmente entre os pacientes graves) e entre os homens, jovens, solteiros e com prejuízos socioeconômicos. A principal razão para fumar é o alívio da tensão/relaxamento. O presente estudo fornece, aos enfermeiros e demais profissionais, conhecimento capaz de subsidiar o planejamento de intervenções do tabagismo na população brasileira.

Descritores: Tabagismo; Prevalência; Saúde Mental; Psiquiatria; Epidemiologia; Enfermagem Psiquiátrica.





* Artigo extraído da tese de doutorado "Prevalência e perfil epidemiológico do uso de tabaco da população psiquiátrica dos níveis secundário e terciário de atenção comparados à população geral da rede básica de saúde", 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.

¹ Faculdade de Medicina de Marília, Hospital das Clínicas de Marília, Marília, SP, Brasil.

² Universidade de São Paulo, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, SP, Brasil.

³ Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, 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. Prevalence and smokers' profile: comparisons between the psychiatric population and the general population. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2019;27:e3149. [Access   ]; Available in:  . DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.2976.3149>. mês dia ano

URL

Introdução

Atualmente, a prevalência mundial de fumantes é de 20,7%, ao passo que, em 2007, era 23,5%. Esse resultado expressa uma tendência global, porém, observa-se que a redução foi mais expressiva nos países com renda per capita elevada⁽¹⁾.

Estudos mais localizados mostram divergência na prevalência de fumantes entre diferentes grupos populacionais, especialmente entre aqueles considerados vulneráveis – pobres, homossexuais, portadores de transtornos mentais e usuários de álcool e de substâncias ilícitas⁽²⁻⁴⁾.

O tabagismo é responsável por cerca de sete milhões de mortes por ano, ou seja, uma em cada 10 mortes é explicada pelo uso do tabaco. Apesar do índice elevado de mortalidade, 30 milhões de vidas podem ter sido salvas, nos últimos dez anos em decorrência do empenho da Organização Mundial da Saúde e dos governos no controle dessa epidemia⁽¹⁾.

Há mais de uma década, a Organização Mundial da Saúde propôs ações com a finalidade de controlar o tabagismo, as quais compreendem monitoramento do uso do tabaco, conscientização sobre os malefícios para si e para os fumantes passivos, incentivo à realização de propagandas sobre a proibição do fumo, ajuda para cessar o uso e aumento de impostos sobre os produtos derivados do tabaco. Estima-se que dois terços da população mundial são protegidos por essas ações, visto que 121 países adotam, ao menos, uma delas⁽¹⁾.

Embora muito se tenha avançado, nas últimas décadas, a Organização Mundial da Saúde reconhece o fumo de tabaco como uma prática letal, defendendo o urgente fortalecimento das ações de controle⁽¹⁾.

O fumo de tabaco, entre os portadores de transtornos mentais, sempre foi muito frequente e incentivado até pelos profissionais da saúde. Atualmente, é visto como um problema de saúde pública, uma vez que a prevalência de fumantes, entre eles, é duas ou três vezes maior, se comparada à população em geral. Esse fato acarreta prejuízos físicos (alto índice de mortalidade precoce devido a comorbidades clínicas), mentais (agravo dos sintomas psiquiátricos), sociais (isolamento social) e financeiros (supressão de gastos essenciais para comprar cigarros)^(3,5-7).

Trazendo essa discussão para nível nacional, o último levantamento brasileiro revelou prevalência de fumantes na população geral de 14,7%. A título de comparação, em 1989, era 32,4%. Além disso, em um período de cinco anos (2008 a 2013), as tentativas de parar de fumar aumentaram de 41,3% para 47,2%, segundo pesquisa realizada com 39.425 brasileiros em todo território nacional⁽⁸⁻⁹⁾.

É indiscutível o empenho do Brasil no controle do tabagismo, tendo sido um dos primeiros países a assinar a "Convenção-Quadro para Controle do Tabaco"⁽¹⁰⁾. Todavia, é preciso ter consciência de que as ações de controle não estão modificando somente a prevalência de fumantes, mas também a sua distribuição.

Esse pensamento está em consonância com a Organização Mundial da Saúde que defende que a compreensão do perfil e das tendências do fumo de tabaco contribui para o fortalecimento das políticas de controle do tabagismo⁽¹⁾.

Nessa perspectiva, é necessário não apenas questionar quantos fumantes há, mas quem são os fumantes atuais e quais suas razões para fumar.

Este estudo teve por objetivos: 1) Identificar a prevalência de fumantes entre a população psiquiátrica e a população geral; 2) Comparar o perfil pessoal, sociodemográfico e clínico dos fumantes e dos não fumantes da população psiquiátrica e da população geral; 3) Verificar as razões para fumar dos fumantes desses dois grupos populacionais.

Método

Trata-se de um estudo epidemiológico descritivo-analítico, de corte transversal, conduzido com 378 pacientes, concomitantemente, em três serviços de saúde de um município paulista: Ambulatório de Saúde Mental, Hospital Psiquiátrico e Unidade Básica de Saúde.

O Ambulatório de Saúde Mental e o Hospital Psiquiátrico foram escolhidos para que fosse possível contemplar a população de pacientes psiquiátricos, tanto hospitalizada quanto a atendida em serviços extra-hospitalares. A Unidade Básica de Saúde, por sua vez, foi definida como local do estudo a fim de contemplar a população geral.

Uma amostra probabilística aleatória simples foi calculada, estimando-se que a prevalência de fumantes no ambulatório de saúde mental seria em torno de 40% e no hospital psiquiátrico, 60%. As prevalências estimadas foram baseadas na experiência dos pesquisadores em serviços de saúde mental, bem como na literatura científica⁽¹¹⁻¹²⁾. Com nível de significância (α) de 5% e beta (β) de 10%, o cálculo amostral indicou a necessidade de 126 participantes para cada local do estudo. Os indivíduos foram incluídos na pesquisa conforme ordem de chegada ao serviço ou data da internação, no período da coleta.

Para participar desta investigação, o indivíduo deveria residir no município e ter, no mínimo, 15 anos de idade. Foram excluídos aqueles que tinham dificuldade ou impossibilidade de se comunicar devido a prejuízos vocais ou da audição, os que tinham diagnóstico de retardo

mental e que declararam uso problemático de álcool ou substâncias ilícitas, sem comorbidades psiquiátricas.

Foram considerados os mesmos critérios de inclusão e de exclusão para a população do Ambulatório de Saúde Mental, do Hospital Psiquiátrico e da Unidade Básica de Saúde. Assim, optou-se por não excluir os portadores de transtornos mentais da Unidade Básica

de Saúde de modo a manter comparabilidade com os estudos realizados pela Organização Mundial da Saúde e por demais autores, os quais não utilizam o diagnóstico psiquiátrico como critério de exclusão para se investigar o tabagismo na população em geral^(1,8-9).

Na Figura 1, é ilustrado o processo de definição dos participantes do estudo:

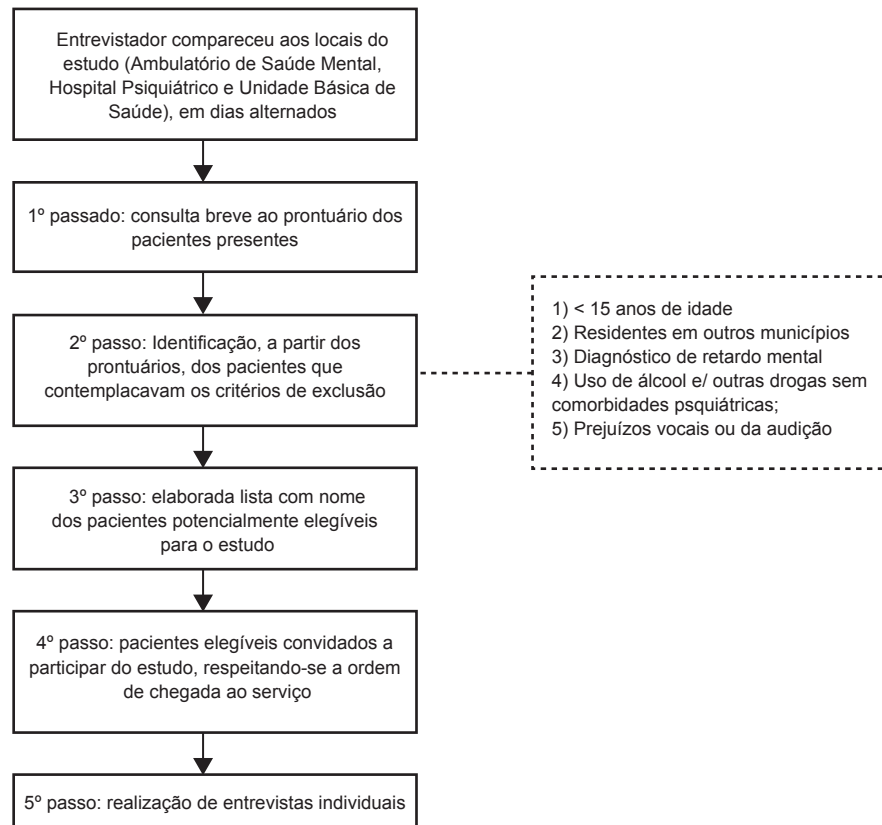


Figura 1 – Etapas de definição dos pacientes incluídos no estudo

O projeto foi registrado na Plataforma Brasil/CONEP (CAAE 21101113.3.0000.5393) e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (308/2013). Os participantes assinaram duas vias do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), tendo uma cópia sido arquivada com os pesquisadores. Os participantes entre 15 e 18 anos de idade (n= 3) assinaram um termo de assentimento e seus responsáveis um TCLE para autorizar a participação do menor.

Os dados foram obtidos por um único pesquisador, a partir de entrevistas individuais com os 378 participantes, em uma sala reservada. As entrevistas tiveram duração média de 18 minutos (10 a 47 minutos). Para tanto, utilizaram-se três instrumentos: 1) Questionário de identificação dos pacientes que frequentam os serviços de saúde mental e da atenção básica; 2) Escala Breve de Avaliação Psiquiátrica; e 3) Escala Razões para Fumar Modificada. Os instrumentos foram digitalizados no aplicativo *TabacoQuest* e as respostas dos entrevistados foram assinaladas em um dispositivo móvel⁽¹³⁾.

O questionário de identificação dos pacientes foi elaborado especialmente para o projeto do qual provém o presente artigo, tendo sido selecionadas 15 variáveis. A variável desfecho é “fumo atual de tabaco” com as categorias dicotômicas fumante e não fumante. As demais variáveis, selecionadas com o intuito de comparar o perfil dos fumantes e dos não fumantes, são: sexo (feminino, masculino); grupo etário (15 a 29 anos, 30 a 39 anos, 40 a 49 anos, 50 a 59 anos, ≥ 60 anos); escolaridade (analfabeto, ensino fundamental, ensino médio, ensino superior); estado civil (solteiro, casado, separado/divorciado, viúvo); arranjo domiciliar (vive só, sem companheiro/com familiares, sem companheiro/com outras pessoas, com companheiro apenas, com companheiro e familiares); ocupação (aposentado, dona de casa, trabalhador, sem ocupação); abandono do vínculo empregatício após o diagnóstico do transtorno mental (sim, não, não se aplica); benefícios do governo (nenhum, um, dois ou mais); diagnóstico psiquiátrico (esquizofrenia/

transtorno esquizoafetivo); tempo de diagnóstico (< 1 ano, 1 a 12 anos, > 12 anos); psicofármacos em uso (nenhum, um, dois, três, quatro, entre cinco e sete); uso atual de antipsicóticos (primeira geração, segunda geração, primeira e segunda geração, não se aplica); internações psiquiátricas (nenhuma, uma, duas, três, quatro ou mais); tentativas de suicídio (nenhuma, uma, duas, três, quatro ou mais).

Com o intuito de comparar a sintomatologia psiquiátrica dos fumantes e dos não fumantes, utilizou-se a "Escala Breve de Avaliação Psiquiátrica", a qual avalia, nos últimos três dias, a presença e a gravidade de 18 sintomas – preocupações somáticas; ansiedade psíquica; retraimento emocional; desorganização conceitual (incoerência); autodepreciação e sentimentos de culpa; ansiedade somática; distúrbios motores específicos; autoestima exagerada; humor deprimido; hostilidade; desconfiança; alucinações; retardo psicomotor; falta de cooperação; conteúdo do pensamento incomum; afeto embotado ou inapropriado; agitação psicomotora e desorientação/confusão -. A avaliação da gravidade de cada sintoma: 0= ausente, 1= muito leve ou com presença duvidosa; 2= presente em grau leve; 3= presente em grau moderado; 4= presente em grau grave ou extremo. A confiabilidade interclasse foi 0,93⁽¹⁴⁾.

A "Escala Razões para Fumar Modificada" foi desenvolvida com o intuito de avaliar as razões das pessoas para fumar tabaco⁽¹⁵⁾. É composta por 21 afirmativas e avalia sete fatores: 1) dependência; 2) prazer de fumar; 3) redução da tensão/relaxamento; 4) tabagismo social; 5) estimulação; 6) hábito/automatismo; e 7) manuseio. Os participantes indicam o quanto cada afirmativa se aplica ao seu cotidiano: (1) nunca; (2) raramente; (3) às vezes; (4) frequentemente; e (5) sempre.

A análise estatística foi realizada no Stata/SE (versão 12.1). Calculou-se frequência absoluta e relativa (%) com aplicação do teste do qui-quadrado, ao nível de significância (α) de 5%. O teste do qui-quadrado foi utilizado com o intuito de identificar evidências estatísticas de associação entre a variável desfecho "fumo atual de tabaco" com as demais variáveis, testadas duas a duas.

Embora a "Escala Breve de Avaliação Psiquiátrica" forneça cinco possíveis classificações para os sintomas: 1) ausente; 2) muito leve ou com presença duvidosa; 3) presente em grau leve; 4) presente em grau moderado; e 5) presente em grau grave o extremo,⁽¹⁴⁾ devido ao tamanho amostral, para a análise estatística do presente estudo, optou-se por três categorias para cada sintoma: 1) ausente; 2) muito leve, presença duvidosa ou leve; 3) moderado a severo extremo.

Para estimar a força da associação, aplicou-se o coeficiente V de *Cramér* nos casos em que o teste qui-

quadrado indicou $p < 0,05$. A classificação da associação foi fraca, moderada e forte.

Por fim, analisaram-se as respostas dos 134 fumantes por meio da escala "Razões para Fumar Modificada". Para tanto, considerou-se como variável desfecho cada um dos sete domínios avaliados pela escala (redução da tensão/relaxamento, dependência, prazer de fumar, manuseio, estimulação, tabagismo social e hábito/automatismo). O teste de *Kruskal-Wallis* foi aplicado para analisar os domínios (razões para fumar) segundo os locais do estudo (Ambulatório de Saúde Mental, Hospital Psiquiátrico e Unidade Básica de Saúde).

Os resultados foram discutidos com base na literatura científica, relativa a esse tema.

Resultados

Dos 378 participantes, 67% eram mulheres, 69% tinham mais de 40 anos de idade e 56% tinham estudado até o ensino fundamental. Na Unidade Básica de Saúde, 29% tinham diagnóstico psiquiátrico registrado em seu prontuário. No Ambulatório de Saúde Mental e no Hospital Psiquiátrico, esse percentual foi de 100%.

A prevalência de fumantes foi diferente nos três locais investigados (ambulatório= 27%, hospital= 60%, unidade básica de saúde= 19%).

Na Tabela 1 são comparadas as características pessoais e sociodemográficas dos fumantes ($n = 134$) e dos não fumantes ($n = 244$).

A partir desses dados, observa-se que, enquanto aproximadamente metade dos homens fumava tabaco, a maioria das mulheres era não fumante. Os não fumantes prevaleceram em todas as idades, porém sua maior frequência foi notada entre os mais velhos (≥ 60 anos). A prevalência de fumantes foi maior entre os jovens (15 a 29 anos) e diminuiu conforme o envelhecimento.

A maior prevalência de fumantes foi identificada entre os analfabetos e entre quem estudou até o ensino fundamental; a de não fumantes, entre aqueles com ensino superior.

Enquanto os não fumantes sobressaíram-se entre os casados, separados/divorciados e viúvos, entre os solteiros, quase metade era fumante. Coerente com o estado civil, as maiores prevalências de fumantes foram identificadas entre quem vivia sem companheiro.

Houve maior prevalência de fumantes entre os entrevistados sem ocupação e entre os aposentados. A prevalência de não fumantes foi superior entre os trabalhadores e as donas de casa.

Tabela 1 – Frequência absoluta e relativa (%) da identificação e perfil sociodemográfico dos participantes, segundo o fumo de tabaco (n= 378). Marília, SP, Brasil, 2016

Variáveis	Fumante	Não fumante	Total	X ² p-value (força associação)
	n (%)	n (%)	N	
Sexo				
Feminino	73 (28,6)	182 (71,4)	255	X ² = 15.9395 p < 0,001* (fraca)
Masculino	61 (49,6)	62 (50,4)	123	
Grupo etário (anos)				
15 a 29	22 (45,8)	26 (54,2)	48	X ² = 6.6642 p= 0,155
30 a 39	25 (36,8)	43 (63,2)	68	
40 a 49	29 (40,3)	43 (59,7)	72	
50 a 59	35 (34,6)	66 (65,4)	101	
≥ 60	23 (25,8)	66 (74,2)	89	
Escolaridade				
Analfabeto	7 (35)	13 (65)	20	X ² = 6.4728 p= 0,091
Ensino fundamental	86 (40,6)	126 (59,4)	212	
Ensino médio	32 (29,9)	75 (70,1)	107	
Ensino superior	9 (23,1)	30 (76,9)	39	
Estado civil				
Solteiro	74 (48)	80 (51,9)	154	X ² = 22.0985 p < 0,001* (fraca)
Casado	29 (21,8)	104 (78,2)	133	
Separado/divorciado	20 (37,0)	34 (63)	54	
Viúvo	11 (29,7)	26 (70,3)	37	
Arranjo domiciliar				
Vive só	19 (38,8)	30 (61,2)	49	X ² = 13.0584 p= 0,011* (fraca)
Sem companheiro, com familiares	68 (42,8)	91 (57,2)	159	
Sem companheiro, com outras pessoas	5 (62,5)	3 (37,5)	8	
Com companheiro apenas	13 (24,1)	41 (75,9)	54	
Com companheiro e familiares	29 (26,8)	79 (73,2)	108	
Ocupação				
Aposentado	40 (40,4)	59 (59,6)	99	X ² = 10.2195 p= 0,017* (fraca)
Dona de casa	26 (29,2)	63 (70,8)	89	
Trabalhador	30 (27,5)	79 (72,5)	109	
Sem ocupação	38 (46,9)	43 (53,1)	81	
Abandono do vínculo empregatício após diagnóstico do transtorno mental				
Sim	74 (49,3)	76 (50,7)	150	X ² = 25.6849 p < 0,001* (fraca)
Não	44 (31,9)	94 (68,1)	138	
Não se aplica	16 (17,8)	74 (82,2)	90	
Benefícios do governo				
Nenhum	67 (35,6)	121 (64,4)	188	X ² = 0.2250 p= 0,894
Um	59 (34,7)	111 (65,3)	170	
Dois ou mais	8 (40)	12 (60)	20	
Total	134 (35,4)	244 (64,6)	378	

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

A prevalência de fumantes foi maior entre quem declarou não ter ocupação atual, assim como foi superior entre aqueles que recebiam mais de um benefício do governo. Metade dos fumantes declarou ter abandonado algum vínculo empregatício quando diagnosticado com o transtorno mental.

Em relação ao perfil clínico, maior prevalência de fumantes foi observada entre as pessoas com diagnóstico de esquizofrenia/transtorno esquizoafetivo, seguidas por aquelas com transtornos de personalidade. Os não fumantes predominaram entre aqueles sem

diagnóstico psiquiátrico, com transtornos do humor e com transtornos ansiosos (Tabela 2).

Enquanto a maioria dos participantes que nunca tinham tentado suicídio não fumava tabaco, aqueles que haviam tentado quatro ou mais vezes eram fumantes.

Ao avaliar a presença e a gravidade dos sintomas psiquiátricos, durante os três dias que antecederam a entrevista, os fumantes se destacaram com os sintomas mais graves. Três quartos dos entrevistados classificados, no escore total da "Escala Breve de Avaliação Psiquiátrica", como "síndrome maior" fumavam tabaco.

Tabela 2 – Frequência absoluta e relativa (%) do perfil clínico dos participantes deste estudo segundo o fumo de tabaco (n= 378). Marília, SP, Brasil, 2016

Variáveis	Fumantes	Não fumantes	Total	X ² p-value (força associação)
	n (%)	n (%)	N	
Diagnóstico psiquiátrico				
Esquizofrenia/esquizoafetivo	62 (56,4)	48 (43,6)	110	X ² = 37.4027 p < 0,001* (moderada)
Transtornos do humor	20 (27,8)	52 (72,2)	72	
Transtornos de personalidade	16 (43,2)	21 (56,8)	37	
Transtornos ansiosos	20 (29)	49 (71)	69	
Sem diagnóstico	16 (17,8)	74 (82,2)	90	
Tempo de diagnóstico (anos)				
< 1	5 (13,2)	33 (86,8)	38	X ² = 30.9847 p < 0,001* (moderada)
1 a 12	57 (46)	67 (54)	124	
> 12	56 (44,4)	70 (55,6)	126	
Psicofármacos em uso				
Nenhum	16 (18,4)	71 (81,6)	87	X ² = 22.8938 p < 0,001* (moderada)
Um	13 (25)	39 (75)	52	
Dois	35 (38,9)	55 (61,1)	90	
Três	40 (47,6)	44 (52,4)	84	
Quatro	22 (47,8)	24 (52,2)	46	
Entre cinco e sete	8 (42,1)	11 (57,9)	19	
Uso atual de antipsicóticos				
Primeira geração	56 (61,5)	35 (38,5)	91	X ² = 43.5395 p < 0,001* (moderada)
Segunda geração	19 (33,3)	38 (66,7)	57	
Primeira e segunda geração	19 (42,2)	26 (57,8)	45	
Não se aplica	40 (21,6)	145 (78,4)	185	
Internações psiquiátricas				
Nenhuma	39 (21,8)	140 (78,2)	179	X ² = 51.7600 p < 0,001* (moderada)
Uma	13 (25)	39 (75)	52	
Duas	12 (38,7)	19 (61,3)	31	
Três	6 (40)	9 (60)	15	
Quatro ou mais	64 (63,4)	37 (36,6)	101	
Tentativas de suicídio				
Nenhuma	80 (30,3)	184 (69,7)	264	X ² = 13.2887 p= 0,010* (moderada)
Uma	13 (37,1)	22 (62,9)	35	
Duas	11 (47,8)	12 (52,2)	23	
Três	12 (48)	13 (52)	25	
Quatro ou mais	18 (58,1)	13 (41,9)	31	
Total	134 (35,4)	244 (64,6)	378	

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

Conforme observado na Tabela 2, dentre os 288 portadores de transtornos mentais, a ampla maioria dos que haviam sido diagnosticados há menos de um ano era não fumante. Os fumantes prevaleceram entre aqueles com mais tempo de diagnóstico. No entanto, não foi constatada diferença expressiva entre os participantes diagnosticados entre 12 anos ou menos e aqueles diagnosticados há mais de 12 anos.

As maiores prevalências de fumantes ocorreram entre quem utiliza três ou mais psicofármacos e antipsicóticos de 1ª geração.

Constatou-se diferença na história de internações psiquiátricas, segundo o uso de tabaco. Entre quem nunca havia internado, a maioria era não fumante, enquanto que grande parte dos que haviam passado por quatro ou mais internações era fumante. Conforme o aumento do número de internações, a prevalência de fumantes aumentou e a de não fumantes diminuiu.

Na Tabela 3, compara-se, entre os fumantes e os não fumantes, a sintomatologia psiquiátrica relacionada ao pensamento, à sensopercepção e ao comportamento.

Tabela 3 - Frequência absoluta e relativa (%) da gravidade dos sintomas psiquiátricos relacionados ao pensamento, à sensopercepção e ao comportamento, apresentados durante os três dias anteriores à entrevista, segundo o fumo de tabaco (n= 378). Marília, SP, Brasil, 2016

Variáveis	Fumantes n (%)	Não fumantes n (%)	Total N	X ² p-value (força associação)
Escore total BPRS*				
Síndrome ausente	93 (30,7)	210 (69,3)	303	X ² =15.8631 p < 0,001 [†] (moderada)
Síndrome menor	38 (53,5)	33 (46,5)	71	
Síndrome maior	3 (7,5)	1 (2,5)	4	
Preocupações somáticas				
Ausente	119 (34,5)	226 (65,5)	345	X ² = 1.5816, p= 0,209
Muito leve, presença duvidosa ou leve	14 (43,8)	18 (54,5)	32	
Moderado a Severo/extremo	1 (100)		1	
Desorganização conceitual/incoerência				
Ausente	131 (35,4)	239 (64,6)	370	X ² = 0.0150, p= 0,902
Muito leve, presença duvidosa ou leve	3 (37,5)	5 (62,5)	8	
Desconfiança				
Ausente	95 (33,3)	190 (66,7)	285	X ² = 6.1241 p= 0,047 [†] (moderada)
Muito leve, presença duvidosa ou leve	32 (38,5)	51 (61,5)	83	
Moderado a Severo/extremo	7 (70)	3 (30)	10	
Conteúdo incomum do pensamento				
Ausente	107 (32,8)	219 (67,2)	326	X ² = 7.4941 p= 0,024 [†] (moderada)
Muito leve, presença duvidosa ou leve	25 (53,2)	22 (46,8)	47	
Moderado a Severo/extremo	2 (40)	3 (60)	5	
Alucinações				
Ausente	101 (32,4)	211 (67,6)	312	X ² =17.1682 p< 0,001 [†] (moderada)
Muito leve, presença duvidosa ou leve	18 (38,3)	29 (61,7)	47	
Moderado a Severo/extremo	15 (79)	4 (21)	19	
Distúrbios motores específicos				
Ausente	132 (35,3)	242 (64,7)	374	X ² = 1.8307 p= 0,400
Muito leve, presença duvidosa ou leve		1 (100)	1	
Moderado a Severo/extremo	2 (66,7)	1 (33,3)	3	
Hostilidade				
Ausente	76 (31,1)	169 (68,9)	245	X ² = 7.2664 p= 0,026 [†] (moderada)
Muito leve, presença duvidosa ou leve	49 (40,8)	71 (59,2)	120	
Moderado a Severo/extremo	9 (69,2)	4 (30,8)	13	
Retardo psicomotor				
Ausente	132 (35,4)	241 (64,6)	373	X ² = 0.0458 p= 0,830
Muito leve, presença duvidosa ou leve	2 (40)	3 (60)	5	
Falta de cooperação				
Ausente	132 (35,5)	240 (64,5)	372	X ² = 0.0119 p= 0,913
Muito leve, presença duvidosa ou leve	2 (33,3)	4 (66,7)	6	
Agitação psicomotora				
Ausente	130 (35,1)	240 (64,9)	370	X ² = 2.0047, p= 0,367
Muito leve, presença duvidosa ou leve	3 (42,9)	4 (57,1)	7	
Moderado a Severo/extremo	1 (100)		1	
Total	134 (35,4)	244 (64,6)	378	

*BPRS: Escala Breve de Avaliação Psiquiátrica⁽¹⁴⁾; †evidência de associação estatística (p<0,05)

Na Tabela 4 são detalhados os sintomas psiquiátricos da "Escala Breve de Avaliação Psiquiátrica" relacionados à orientação, à ansiedade e ao humor/afeto.

Vale observar que foram poucos os que apresentaram retraimento emocional (n= 14), desorganização conceitual

(incoerência) (n= 8), distúrbios motores específicos (n= 4), retardo psicomotor (n= 5), falta de cooperação (n= 6) e agitação psicomotora (n= 8). Esse resultado era esperado, considerando que pessoas com essas alterações dificilmente teriam condições de participar das entrevistas.

Entre os domínios avaliados pela "Escala Razões para Fumar Modificada" predominou, entre os 134 fumantes, o que dizia respeito ao fumo como ajuda para lidar com os afetos negativos (redução da tensão/relaxamento), tendo superado, inclusive, o que avaliava a dependência do tabaco: 1) redução da tensão/relaxamento (média= 3,7, desvio padrão= 1,2); 2) dependência (média= 3,6, desvio padrão= 1,3); 3) prazer de fumar (média= 3,5, desvio padrão= 1,1); 4) manuseio (média= 3,1, desvio padrão= 1,4); 5) estimulação (média= 3,0, desvio padrão= 1,4);

6) tabagismo social (média= 2,8, desvio padrão= 1,4); e 7) hábito/automatismo (média= 2,4, desvio padrão= 1,2).

Ao comparar os domínios da "Escala Razões para Fumar Modificada" entre os fumantes do Ambulatório de Saúde Mental, do Hospital Psiquiátrico e da Unidade Básica de Saúde, o teste de *Kruskal-Wallis* indicou diferença somente ao comparar o domínio "manuseio" ($p= 0,043$), tendo sido maior o escore médio para os fumantes do hospital psiquiátrico (3,3) em comparação aos fumantes do ambulatório (3,1) e da unidade básica de saúde (2,5).

Tabela 4 – Frequência absoluta e relativa (%) da gravidade dos sintomas psiquiátricos relacionados à orientação, à ansiedade, ao humor/afeto, apresentados durante os três dias anteriores à entrevista, segundo o uso de tabaco (n= 378). Marília, SP, Brasil, 2016

Variáveis*	Fumantes	Não fumantes	Total	p-value
	n (%)	n (%)	N	
Ansiedade psíquica				
Ausente	51 (29,1)	124 (70,9)	175	$X^2=8.6005$, $p= 0,014^{\dagger}$ (moderada)
Muito leve, presença duvidosa ou leve	62 (38)	101 (62)	163	
Moderado a Severo/extremo	21 (52,5)	19 (47,5)	40	
Ansiedade somática				
Ausente	86 (32,6)	178 (67,4)	264	$X^2=10.5208$ $p= 0,005^{\dagger}$ (moderada)
Muito leve, presença duvidosa ou leve	37 (37,4)	62 (62,6)	99	
Moderado a Severo/extremo	11 (73,3)	4 (26,7)	15	
Retraimento emocional				
Ausente	132 (36,3)	232 (63,7)	364	$X^2= 2.9418$ $p= 0,230$
Muito leve, presença duvidosa ou leve	2 (15,4)	11 (84,6)	13	
Moderado a Severo/extremo		1 (100)	1	
Autodepreciação e sentimento de culpa				
Ausente	86 (29,4)	206 (70,6)	292	$X^2=20.1759$ $p < 0,001^{\dagger}$ (moderada)
Muito leve, presença duvidosa ou leve	48 (55,8)	38 (44,2)	86	
Autoestima exagerada				
Ausente	116 (32,9)	236 (67,1)	352	$X^2=4.3541$ $p= 0,001^{\dagger}$ (moderada)
Muito leve, presença duvidosa ou leve	17 (68)	8 (32)	25	
Moderado a Severo/extremo	1 (100)		1	
Humor deprimido				
Ausente	57 (29,1)	139 (70,9)	196	$X^2= 7.2664$ $p= 0.026$ (moderada)
Muito leve, presença duvidosa ou leve	69 (42,6)	93 (57,4)	162	
Moderado a Severo/extremo	8 (40)	12 (60)	20	
Afeto embotado ou inapropriado				
Ausente	89 (31,4)	194 (68,6)	283	$X^2= 8.3814$ $p= 0,015^{\dagger}$ (moderada)
Muito leve, presença duvidosa ou leve	43 (46,7)	49 (53,3)	92	
Moderado a Severo/extremo	2 (66,7)	1 (33,3)	3	
Desorientação e confusão				
Ausente	93 (30,3)	214 (69,7)	307	$X^2=20.0854$ $p < 0,001^{\dagger}$ (moderada)
Muito leve, presença duvidosa ou leve	30 (54,5)	25 (45,5)	55	
Moderado a Severo/extremo	11 (68,8)	5 (31,2)	16	
Total	134 (35,4)	244 (64,5)	378	

*Variáveis: sintomas avaliados a partir da "Escala Breve de Avaliação Psiquiátrica"⁽¹⁴⁾ †Evidência de associação estatística ($p < 0,05$)

Discussão

O presente estudo identificou que os fumantes são representados, predominantemente, por homens, jovens e solteiros e por aqueles com prejuízos socioeconômicos (analfabetos ou com poucos anos de estudo, pessoas sem vínculo empregatício e que recebem benefícios sociais do governo).

Este estudo está em consonância com a literatura científica no que diz respeito às pessoas em vulnerabilidade socioeconômica terem maior predisposição ao uso do tabaco⁽¹⁶⁻¹⁹⁾. Todavia, alerta-se para um ciclo vicioso, no qual as desvantagens sociais tornam as pessoas mais vulneráveis ao tabagismo e tornar-se tabagista contribui para agravamento dessas desvantagens (fumantes deixam de comprar itens essenciais como comida e remédios para adquirir cigarros)⁽¹⁸⁾.

Um estudo americano, longitudinal, com 131 fumantes e 120 não fumantes, em busca de emprego, ajuda a compreender essa situação. Quase metade dos fumantes (45,8%) relatou ter sido discriminada, em empregos anteriores, por fumar tabaco e 8,4% admitiram terem sido demitidos por esse motivo. Embora 29% tenham reconhecido que ser fumante dificulta a conquista de um novo emprego, a compra de tabaco foi listada como a maior prioridade financeira, tendo superado inclusive os gastos com alimentação⁽¹⁹⁾.

Após serem acompanhados por 12 meses, constatou-se que aqueles que não fumavam tiveram mais sucesso (55,6%) em se recolocar no mercado de trabalho do que os fumantes (26,6%). Estimou-se que se os 131 fumantes parassem de fumar o percentual de reemprego aumentaria em 30%, independente de tempo de desemprego, idade, escolaridade, raça/etnia e condições de saúde⁽¹⁹⁾.

A vulnerabilidade socioeconômica ajuda a compreender, em parte, a menor prevalência de fumantes no ambulatório de saúde mental, se comparado ao hospital psiquiátrico. Por ser o tratamento psiquiátrico demasiadamente caro (por exemplo, cada consulta psiquiátrica é cobrada sem a existência de consultas de retorno como nas demais especialidades), é comum encontrar, nos serviços de saúde mental, pessoas com boas condições econômicas.

Em relação ao perfil clínico, este estudo revelou maior prevalência de fumantes entre os pacientes psiquiátricos mais graves (diagnóstico de esquizofrenia ou de transtorno esquizoafetivo), com sintomas intensos, com maior tempo de diagnóstico, em uso de três ou mais psicofármacos, especialmente, antipsicóticos de primeira geração, com história de quatro ou mais internações psiquiátricas, assim como quatro ou mais tentativas de suicídio.

É interessante notar que o perfil clínico dos fumantes coincidiu com as características predominantes entre os participantes abordados no hospital psiquiátrico, coincidentemente local onde havia a maior prevalência de fumantes em relação aos demais.

Assim como encontrado neste trabalho, a maior prevalência de fumantes entre os esquizofrênicos, se comparados às pessoas diagnosticadas com os demais transtornos mentais, é amplamente reconhecida na literatura científica^(3,5-6,20).

A teoria da automedicação expõe que o tabaco melhoraria os sintomas cognitivos da esquizofrenia ao aumentar a liberação de dopamina e do glutamato no córtex pré-frontal e ao regular o processo sensorial auditivo de modo que o esquizofrênico consiga filtrar aqueles estímulos irrelevantes do ambiente que prejudicam suas funções cognitivas (atenção, concentração, memória).

Os sintomas negativos (anedonia, embotamento afetivo, lentificação psicomotora, perda de iniciativa), por sua vez, seriam amenizados pela capacidade do tabaco em atuar nos *deficit* no sistema de recompensa cerebral, comumente apresentados pelos esquizofrênicos, justificando a maior fissura entre eles^(6,21-22).

Os dados da presente pesquisa levam a pensar na verossimilidade dessa teoria, uma vez que quase dois terços dos que utilizavam apenas os antipsicóticos de primeira geração eram fumantes, ao passo que a maioria dos que utilizavam somente os de segunda geração era não fumante.

Esse achado é coerente com a literatura científica que mostra que os indivíduos em uso de antipsicóticos de primeira geração são mais propensos ao uso de tabaco do que aqueles tratados com antipsicóticos de segunda geração⁽²³⁻²⁵⁾.

Em síntese, os antipsicóticos de primeira geração atuam somente nos sintomas positivos (delírios, alucinações, entre outros). O esquizofrênico, em uso deste tipo de psicofármaco, encontraria no tabaco uma forma de reverter, temporariamente, os sintomas cognitivos ao induzir o aumento da dopamina e do glutamato no córtex pré-frontal^(6,26-28). Segundo a teoria da automedicação, a menor prevalência de fumantes entre as pessoas que usavam somente antipsicóticos de segunda geração se justificaria pelo fato que essa classe de psicofármacos atua tanto nos sintomas positivos como nos negativos da esquizofrenia. Portanto, o fumo de tabaco, como forma de automedicação dos sintomas cognitivos, não é um argumento utilizado pelo portador de transtorno mental em uso de antipsicóticos de segunda geração.

Apesar da hipotética melhora dos sintomas negativos e cognitivos com o uso de tabaco, há evidências de que o tabaco agrava os sintomas positivos da esquizofrenia ao aumentar a atividade dopaminérgica na região

mesolímbica, o que justificaria, ao menos em parte, o pior prognóstico identificado entre os fumantes^(18,22,29).

De fato, uma parcela expressiva das pessoas que apresentaram delírios e alucinações, nos dias que antecederam a entrevista, era fumante.

Independente da veracidade ou não da teoria da automedicação, o fato é que os fumantes foram os que apresentaram sintomas psiquiátricos mais intensos (escore total na "Escala Breve de Avaliação Psiquiátrica"). Esses resultados foram coerentes com outros estudos^(22,30-31).

A maior intensidade dos sintomas psiquiátricos, entre os fumantes, está de acordo com algumas teorias que explicam que embora possa haver melhora dos sintomas negativos, cognitivos e da ansiedade, no início do tabagismo, o uso crônico do tabaco pode reverter esse efeito, intensificando os sintomas^(18,29,32-33).

Complementando a teoria da automedicação, estudos evidenciam que o uso do tabaco interfere no metabolismo dos psicofármacos, diminuindo sua concentração no plasma. Por isso, os pacientes psiquiátricos recorreriam de forma mais intensa ao tabaco como forma de aliviar os efeitos colaterais, especialmente no caso dos antipsicóticos de primeira geração^(6,22,34).

Nessa mesma linha, o estudo brasileiro em Unidade Psiquiátrica de Hospital Geral constatou que 50% dos fumantes, com diagnóstico de esquizofrenia, justificavam a manutenção do fumo com a intenção de aliviar os efeitos colaterais dos psicofármacos⁽³⁵⁾.

A interferência do tabaco no metabolismo dos psicofármacos explicaria os sintomas psiquiátricos mais intensos, a maior quantidade de psicofármacos prescritos, a maior ocorrência de internações psiquiátricas e de tentativas de suicídio.

A relação entre tabagismo e internações psiquiátricas é assunto recorrente na literatura científica. O estudo brasileiro, realizado em hospitais psiquiátricos e Centros de Atenção Psicossocial das cinco regiões do país, verificou que a prevalência de fumantes, independentemente de outros fatores, é 69% maior entre os pacientes com história prévia de internação psiquiátrica em comparação aos não fumantes⁽³⁶⁾. No presente estudo, despertou atenção, de modo especial, as tentativas de suicídio, visto que a prevalência de fumantes aumentou conforme o número de tentativas. Os não fumantes, por sua vez, seguiram direção oposta à dos fumantes.

Esse resultado é corroborado com outros estudos⁽³⁷⁻³⁹⁾. A relação entre suicídio e tabagismo recebeu destaque quando estudos de coorte identificaram o uso de tabaco e sua elevada dependência como fator de risco para comportamentos suicidas, mesmo após ajustar para variáveis psiquiátricas.

Somaram-se a isso as evidências de efeito dose resposta à medida que quanto maior o número de cigarros fumados/dia, maior o risco de suicídio. Além do mais, houve indício de diminuição desse risco com a cessação do fumo⁽³⁷⁻³⁹⁾.

É imperativo ponderar que o número de internações psiquiátricas, assim como o de tentativas de suicídio e de psicofármacos prescritos, são variáveis que retratam, indiretamente, o tempo de diagnóstico psiquiátrico.

Infere-se, portanto, que independente da comprovação da teoria da automedicação e da interferência do tabaco na ação dos psicofármacos, o maior número de internações, de tentativas de suicídio e de psicofármacos expressa a gravidade e a cronicidade dos transtornos mentais, uma vez que não há dúvida de que a prevalência de fumantes é mais expressiva entre aqueles com mais tempo de diagnóstico, assim como confirmado em outros estudos^(4,35,40).

A principal razão, alegada como motivação dos fumantes que participaram deste estudo para usar tabaco, foi a redução da tensão/relaxamento.

O uso do tabaco como tentativa de aliviar a ansiedade é conhecido. Estudo escocês com 131 esquizofrênicos mostrou que 60% dos fumantes usavam tabaco para relaxar e 31% por se sentirem ansiosos ou deprimidos⁽²²⁾. De modo semelhante, o estudo brasileiro com 270 pacientes psiquiátricos revelou que 79% dos fumantes acreditavam na função ansiolítica do tabaco⁽³⁵⁾.

Apesar do exposto, é preciso ter prudência em face desses resultados. Embora ainda seja possível identificar pessoas que utilizam o tabaco para se sentirem menos ansiosas e mais seguras nas interações sociais, essa é uma realidade que está sendo modificada, pois o fumo de tabaco está passando de um ato *glamouroso* para uma conduta condenada pela sociedade⁽⁴¹⁾.

Com a maior prevalência de fumantes entre a população psiquiátrica e a menor tolerância da sociedade ao fumo nos ambientes coletivos, a tendência é que os portadores de transtornos mentais sejam ainda mais discriminados e excluídos do convívio social.

O presente estudo fornece, aos enfermeiros e demais profissionais de saúde, elementos para melhor compreensão sobre o tabagismo, uma vez que apresenta o perfil pessoal, sociodemográfico e clínico, bem como as razões dessas pessoas para fumar cigarros. Acredita-se que esse conhecimento possa contribuir para o planejamento de intervenções futuras em toda a rede de serviços de saúde, de programas educativos e cuidados diretos ao portador de transtorno mental. Além disso, esta pesquisa fornece aos enfermeiros um novo conhecimento, visto que essa temática tem sido pouco investigada na literatura científica brasileira.

Limitações: 1) amostra restrita às pessoas atendidas em serviços de saúde de um único município do interior paulista; 2) não foi realizada análise multivariada.

Conclusão

A prevalência de fumantes é superior entre a população psiquiátrica, especialmente a hospitalizada.

Ao considerar tanto a população psiquiátrica quanto a população geral, esta pesquisa identificou que os fumantes são representados, predominantemente, por homens, jovens e solteiros e por aqueles com prejuízos socioeconômicos (analfabetos ou com poucos anos de estudo, pessoas sem vínculo empregatício e que recebem benefícios sociais do governo).

Em relação ao perfil clínico, este trabalho revelou maior prevalência de fumantes entre os pacientes psiquiátricos mais graves (diagnóstico de esquizofrenia ou de transtorno esquizoafetivo), com sintomas intensos, com maior tempo de diagnóstico, em uso de três ou mais psicofármacos, especialmente antipsicóticos de primeira geração, com história de quatro ou mais internações psiquiátricas, assim como quatro ou mais tentativas de suicídio.

A principal razão alegada para justificar a manutenção do fumo de cigarros é a obtenção de alívio da tensão e relaxamento.

Espera-se que o presente estudo forneça, aos enfermeiros e aos demais profissionais de saúde, conhecimento capaz de subsidiar projetos educativos, assim como planejamento de intervenções do tabagismo na população psiquiátrica brasileira.

Referências

1. World Health Organization [Internet]. WHO report on the global tobacco epidemic, 2017: Monitoring tobacco use and prevention policies. WHO: Schitlerland; 2017. [cited Jul 3, 2018]. Available from: http://www.who.int/tobacco/global_report/2017/en/
2. Cole HM, Fiore MC. The war against tobacco: 50 years and counting. *JAMA*. [Internet]. 2014 Jan 8 [cited Jan 4, 2019]; 311(2):131-2. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4465196/> doi: 10.1001/jama.2013.280767.
3. Li XH, An FR, Ungvari GS, Ng CH, Chiu HFK, Wu PP, et al. Prevalence of smoking in patients with bipolar disorder, major depressive disorder and schizophrenia and their relationships with quality of life. *Sci Rep*. [Internet]. 2017 Aug 16 [cited Jan 4, 2019];7(8430):1-7. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5559601/> doi: 10.1038/s41598-017-07928-9
4. Medeiros GC, Lafer B, Kapczinski F, Miranda-Scippa Â, Almeida KM. Bipolar disorder and tobacco smoking:

Categorical and dimensional clinical correlates in subjects from the Brazilian bipolar research network. *Compr Psychiatry*. [Internet]. 2018 Apr 10 [cited Jan 4, 2019];82:14-21. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29367058> doi: 10.1016/j.comppsy.2017.12.003.

5. Cather C, Pachas GN, Cieslak KM, Evins AE. Achieving Smoking Cessation in Individuals with Schizophrenia: Special Considerations. *CNS Drugs*. [Internet]. 2017 Jun 1 [cited Jan 4, 2019];31(6):471-81. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28550660> doi: 10.1007/s40263-017-0438-8.

6. Parikh V, Kutlu MG, Gould TJ. nAChR dysfunction as a common substrate for schizophrenia and comorbid nicotine addiction: Current trends and perspectives. *Schizophr Res*. [Internet]. 2016 Mar 10 [cited Jan 4, 2019];171(1-3):1-15. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26803692> doi: 10.1016/j.schres.2016.01.020.

7. Trainor K, Leavey G. Barriers and Facilitators to Smoking Cessation Among People With Severe Mental Illness: A Critical Appraisal of Qualitative Studies. *Nicotine Tob Res*. [Internet]. 2017 Jan 21 [cited Jan 04, 2019];19(1):14-23. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27613905> doi: 10.1093/ntr/ntw183

8. Szklo AS, Levy D, Souza MC, Szklo M, Figueiredo VC, Perez C, et al. Changes in cigarette consumption patterns among Brazilian smokers between 1989 and 2008. *Cad Saúde Pública*. [Internet]. 2012 Nov 30 [cited Jan 4, 2019];28(11):2211-15. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2012001100020

9. Szklo AS, Souza MC, Szklo M, Almeida LM. Smokers in Brazil: who are they? *Tob Control*. [Internet]. 2016 Sep 1 [cited Jan 4, 2019];25(5):564-70. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26292700> doi: 10.1136/tobaccocontrol-2015-052324.

10. Portes LH, Machado CV, Turci SRB. History of Brazil's tobacco control policy from 1986 to 2016. *Cad. Saúde Pública*. *Cad Saude Publica*. [Internet]. 2018 Feb 19 [cited Jan 4, 2019];34(2):e00017317. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2018000205012 doi: 10.1590/0102-311X00017317.

11. Oliveira RM, Siqueira AC Júnior, Santos JL, Furegato ARF. Nicotine dependence in the mental disorders, relationship with clinical indicators, and the meaning for the user. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. [Internet]. 2014 Jul 1 [cited Jan 4, 2019];22(4):685-92. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692014000400685 Doi: 10.1590/0104-1169.3549.2468

12. Barros S, Bichaff R. Desafio para a desinstitucionalização: censo psicossocial dos moradores em hospitais psiquiátricos do estado de São Paulo. São Paulo: FUNDAP, 2008.

13. Oliveira RM, Duarte AF, Alves D, Furegato AR. Development of the TabacoQuest app for computerization of data collection on smoking in psychiatric nursing. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. [Internet]. 2016 Aug 29 [cited Jan 4, 2019];24:e2726. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5016051/> doi: 10.1590/1518-8345.0661.2726.
14. Romano F, Elkins H. Translation and adaptation of the Brief Psychiatric Rating Scale-anchored version (BPRS-A). *J Bras Psiquiatr*. [Internet]. 1996 Jan 3 [cited Jan 4, 2019];45(1):43-9. Available from: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=198150&indexSearch=ID>
15. Souza EST, Crippa JAS, Pasian SR, Martinez JAB. Modified Reasons for Smoking Scale: translation to Portuguese, cross-cultural adaptation for use in Brazil and evaluation of test-retest reliability. *J Bras Pneumol*. [Internet]. 2009 Jul 15 [cited Jan 4, 2019];35(7):683-9. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-37132009000700010&lng=en&nrm=iso&tlng=en
16. Levinson AH. Where the U.S. tobacco epidemic still rages: Most remaining smokers have lower socioeconomic status. *J Health Care Poor Underserved*. [Internet]. 2017 Sep 30 [cited Jan 4, 2019];28(1):100-7. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28238991> doi: 10.1353/hpu.2017.0012.
17. Martinez SA, Beebe LA, Thompson DM, Wagener TL, Terrell DR, Campbell JE. A structural equation modeling approach to understanding pathways that connect socioeconomic status and smoking. *PLoS One*. [Internet]. 2018 Feb 6 [cited Jan 4, 2019];13(2):e0192451. Available from: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0192451> doi: 10.1371/journal.pone.0192451.
18. Drope J, Schluger, NW. [Internet]. The tobacco atlas. Georgia: American Cancer Society, 2018. [cited Jul 3, 2018]. Available from: https://tobaccoatlas.org/wp-content/uploads/2018/03/TobaccoAtlas_6thEdition_LoRes_Rev0318.pdf
19. Prochaska JJ, Michalek AK, Brown-Johnson C, Daza EJ, Baiocchi M, Anzai N, et al. Likelihood of Unemployed Smokers vs Nonsmokers Attaining Reemployment in a One-Year Observational Study. *JAMA Intern Med*. [Internet]. 2016 May 1 [cited Jan 4, 2019];176(5):662-70. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27065044> doi: 10.1001/jamainternmed.2016.0772.
20. Hartz SM, Pato CN, Medeiros H, Cavazos-Rehg P, Sobell JL, Knowles JA, et al. Comorbidity of severe psychotic disorders with measures of substance use. *JAMA Psychiatry*. [Internet]. 2014 Mar 1 [cited Jan 4, 2019];71(3):248-54. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4060740/> doi: 10.1001/jamapsychiatry.2013.3726
21. Adler LE, Olincy A, Waldo M, Harris JG, Griffith J, Stevens K, et al. Schizophrenia, sensory gating, and nicotinic receptors. *Schizophr Bull*. [Internet]. 1998 Feb 1 [cited Jan 4, 2019];24(2):189-202. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9613620>
22. Krishnadas R, Jauhar S, Telfer S, Shivashankar S, McCreadie RG. Nicotine dependence and illness severity in schizophrenia. *Br J Psychiatry*. [Internet]. 2012 Oct 13 [cited Jan 4, 2019];201(4):306-12. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22878134> doi: 10.1192/bjp.bp.111.107953.
23. Mallet J, Le Strat Y, Schürhoff F, Mazer N, Portalier C, Andrianarisoa M, et al. Tobacco smoking is associated with antipsychotic medication, physical aggressiveness, and alcohol use disorder in schizophrenia: results from the FACE-SZ national cohort. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. [Internet]. 2018 Feb 2. [cited Jan 4, 2019]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29396753> doi: 10.1007/s00406-018-0873-7. Epub 2018 Jul 3.
24. Abela AR, Li Z, Lê AD, Fletcher PJ. Clozapine reduces nicotine self-administration, blunts reinstatement of nicotine-seeking but increases responding for food. *Addict Biol*. [Internet]. 2018 Mar 25 [cited Jan 4, 2019]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29575323> doi: 10.1111/adb.12619. Epub 2018 Jul 3.
25. Wijesundera H, Hanwella R, de Silva VA. Antipsychotic medication and tobacco use among outpatients with schizophrenia: a cross-sectional study. *Ann Gen Psychiatry*. [Internet]. 2014 Mar 19 [cited Jan 4, 2019];13(1):7. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24642279> doi: 10.1186/1744-859X-13-7.
26. Aubin HJ, Rollema H, Svensson TH, Winterer G. Smoking, quitting, and psychiatric disease: a review. *Neurosci Biobehav Rev*. [Internet]. 2012 Jan 1 [cited Jan 4, 2019];36(1):271-84. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21723317> doi: 10.1016/j.neubiorev.2011.06.007.
27. Ma X, Li C, Meng H, Du L, Wang Q, Wang Y, et al. Premorbid tobacco smoking is associated with later age at onset in schizophrenia. *Psychiatry Res*. [Internet]. 2010 Aug 15 [cited Jan 4, 2019];178(3):461-6. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20493556> doi: 10.1016/j.psychres.2009.08.014.
28. Winterer G. Why do patients with schizophrenia smoke? *Curr Opin Psychiatry*. [Internet]. 2010 Mar 1 [cited Jan 4, 2019];23(2):112-9. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20051860> doi: 10.1097/YCO.0b013e3283366643.
29. Segarra R, Zabala A, Eguiluz JI, Ojeda N, Elizagarate E, Sánchez P, et al. Cognitive performance and smoking in first-episode psychosis: the self-medication hypothesis.

- Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci. [Internet]. 2011 Jun 1 [cited Jan 4, 2019];261(4):241-50. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20839003> doi: 10.1007/s00406-010-0146-6.
30. Meszaros ZS, Dimmock JA, Ploutz-Snyder RJ, Abdul-Malak Y, Leontieva L, Canfield K, et al. Predictors of smoking severity in patients with schizophrenia and alcohol use disorders. *Am J Addict.* [Internet]. 2011 Sep 2 [cited Jan 4, 2019];20(5):462-7. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21838846> doi: 10.1111/j.1521-0391.2011.00150.x.
31. de Beaurepaire R, Rat P, Beauverie P, Houery M, Niel P, Castéra S, et al. Is smoking linked to positive symptoms in acutely ill psychiatric patients? *Nord J Psychiatry.* [Internet]. 2012 Sep 1 [cited Jan 4, 2019];66(4):225-31. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21905972> doi: 10.3109/08039488.2011.610468.
32. Evans DE, Drobles DJ. Nicotine self-medication of cognitive-attentional processing. *Addict Biol.* [Internet]. 2009 Jan 28 [cited Jan 4, 2019];14(1):32-42. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18855804> doi: 10.1111/j.1369-1600.2008.00130.x.
33. Evatt DP, Kassel JD. Smoking, arousal, and affect: the role of anxiety sensitivity. *J Anxiety Disord.* [Internet]. 2010 Jan 10 [cited Jan 4, 2019];24(1):114-23. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19819669> doi: 10.1016/j.janxdis.2009.09.006.
34. Zevin S, Benowitz NL. Drug interactions with tobacco smoking. An update. *Clin Pharmacokinet.* [Internet]. 1999 Jun 5 [cited Jan 4, 2019];36(6):425-38. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10427467>
35. Oliveira RM, Santos JLF, Furegato ARF. Tobacco addiction in the psychiatric population and in the general population. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* [Internet]. 2017 Dec 4 [cited Jan 4, 2019];25:e2945. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5738870/> doi: 10.1590/1518-8345.2202.2945.
36. Barros FC, Melo AP, Cournos F, Cherchiglia ML, Peixoto ER, Guimarães MD. Cigarette smoking among psychiatric patients in Brazil. *Cad Saúde Pública.* [Internet]. 2014 Jun 9 [cited Jan 4, 2019];30(6):1195-206. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25099043>
37. Berlin I, Hakes JK, Hu MC, Covey LS. Tobacco use and suicide attempts: longitudinal analysis with retrospective reports. *PLoS One.* [Internet]. 2015 Apr 7 [cited Jan 4, 2019];10(4):e0122607. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25849514> doi: 10.1371/journal.pone.0122607.
38. Ducasse D, Jausse 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.* [Internet]. 2015 Sep 1 [cited Jan 4, 2019];183:113-8. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26001671> doi: 10.1016/j.jad.2015.04.038.
39. 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.* [Internet]. 2013 Dec 1 [cited Jan 4, 2019];151(3):1053-8. Available from: doi: 10.1016/j.jad.2013.08.033.
40. Dickerson F, Stallings CR, Origoni AE, Vaughan C, Khushalani S, Schroeder J, et al. Cigarette smoking among persons with schizophrenia or bipolar disorder in routine clinical settings, 1999-2011. *Psychiatr Serv.* [Internet]. 2013 Jan 1 [cited Jan 4, 2019];64(1):44-50. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23280457> doi: 10.1176/appi.ps.201200143.
41. Castaldelli-Maia JM, Ventriglio A, Bhugra D. Tobacco smoking: From 'glamour' to 'stigma'. A comprehensive review. *Psychiatry Clin Neurosci.* [Internet]. 2016 Jan 30 [cited Jan 4, 2019];70(1):24-33. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26449875> doi: 10.1111/pcn.12365.


Recebido: 06.08.2018

Aceito: 07.02.2019

Autor correspondente:

Antonia Regina Ferreira Furegato

E-mail: furegato@eerp.usp.br

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

Copyright © 2019 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.