

Percepções e vivências da Enfermagem quanto à proibição do tabagismo em um hospital psiquiátrico

Renata Marques de Oliveira¹

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

Antonia Regina Ferreira Furegato²

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

Objetivo: conhecer a experiência dos profissionais de Enfermagem diante da implementação da proibição do tabagismo em um hospital psiquiátrico. **Método:** realizou-se um estudo qualitativo com 73 profissionais de Enfermagem de um hospital psiquiátrico, do interior paulista, utilizando a Teoria Fundamentada nos Dados como referencial metodológico e o Interacionismo Simbólico como referencial teórico. Realizaram-se 1260 horas de observação participante com registros em diário de campo. Os dados foram analisados a partir das codificações aberta, axial e seletiva. **Resultados:** observaram-se diferentes facetas da proibição do fumo, tais como insegurança, pessimismo, resistência e boicote, especialmente na unidade de internação privada. Entretanto, muitos profissionais da Enfermagem apoiaram a proibição quando constataram os benefícios para os pacientes. **Considerações finais:** o processo de implementação da proibição do tabagismo foi acompanhado por dificuldades, porém, mostrou-se uma intervenção viável. Profissionais que inicialmente eram contra a proibição passaram a apoiá-la.

Descritores: Tabagismo; Enfermagem; Ambientes Livres de Fumo; Hospitais Psiquiátricos; Enfermagem Psiquiátrica.

¹ Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem, Belo Horizonte, MG, Brasil.

² 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, Furegato ARF. Nursing perceptions and experiences regarding smoking bans in a psychiatric hospital. SMAD, Rev Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog. 2021 out.-dez.;17(4):63-73. doi: <https://dx.doi.org/10.11606/issn.1806-6976.smad.2021.176380>

Nursing perceptions and experiences regarding smoking bans in a psychiatric hospital

Objective: to learn about the experience of nursing professionals in the implementation of the smoking ban in a psychiatric hospital. **Method:** a qualitative study was carried out with 73 nursing professionals from a psychiatric hospital in São Paulo's countryside, using Grounded Theory as a methodological reference and Symbolic Interactionism as a theoretical reference. There were 1260 hours of participant observation with field diary records. The data were analyzed from the open, axial and selective coding. **Results:** different facets of the smoking ban were observed, such as insecurity, pessimism, resistance and boycott, especially in the private internment unit. However, many nursing professionals supported the ban when they saw the benefits to patients. **Final considerations:** the process of implementing the smoking ban was accompanied by difficulties, but it proved to be a viable intervention. Professionals who were initially against the ban began to support it.

Descriptors: Smoking; Nursing; Smoking-Free Policy; Hospitals, Psychiatric; Psychiatric Nursing.

Percepciones y experiencias de Enfermería sobre la prohibición de fumar en un hospital psiquiátrico

Objetivo: conocer la experiencia de los profesionales de enfermería en la implementación de la prohibición del tabaquismo en un hospital psiquiátrico. **Método:** realizamos un estudio cualitativo con 73 profesionales de enfermería de un hospital psiquiátrico del interior de São Paulo utilizando la teoría basada en los datos como marco metodológico y el Interaccionismo Simbólico como marco teórico. Foram 1260 horas de observación participante con registros de diario de campo. Los datos se analizaron mediante codificación abierta, axial y selectiva. **Resultados:** observamos diferentes aspectos de la prohibición de fumar, como inseguridad, pesimismo, resistencia y boicot, especialmente en la unidad de internación privada. Sin embargo, muchos profesionales de enfermería apoyaron la prohibición cuando vieron beneficios para los pacientes. **Consideraciones finales:** el proceso de implementación de la prohibición de fumar estuvo acompañado de dificultades, pero resultó ser una intervención viable. Los profesionales que, inicialmente estaban en contra de la prohibición, vinieron a apoyarla.

Descriptores: Tabaquismo; Enfermería; Ambientes Libres de Humo; Hospitales Psiquiátricos; Enfermería Psiquiátrica.

Introdução

Ao longo do tempo, o tabagismo foi aceito e incentivado, especialmente nos hospitais psiquiátricos, como forma de controlar o comportamento dos pacientes psiquiátricos. Trata-se de um tema polêmico devido às legislações antitabagismo, vigentes em diversos países, e das evidências científicas que indicam os prejuízos do fumo⁽¹⁻³⁾.

No Brasil, a Lei nº 12.546/2011 e o Decreto nº 8262/2014 estabeleceram a proibição do fumo de tabaco nos ambientes coletivos fechados⁽⁴⁻⁵⁾. Além da legislação federal, alguns Estados fortalecem o controle por meio de Leis Estaduais Antifumo, como, por exemplo, Minas Gerais (Lei nº 18.552/2009), Rio de Janeiro (Lei nº 5517/2009), Rio Grande do Norte (Lei nº 9423/2010), Rio Grande do Sul (Lei nº 13.275/2009) e São Paulo (Lei nº 13.541/2009)⁽⁶⁻¹⁰⁾.

A partir da experiência como docentes, inseridos nos serviços de saúde mental, observaram-se conflitos decorrentes da proibição do tabagismo, visto que não há consenso entre os profissionais acerca dessa medida. Essa percepção pessoal coincide com relatos de estudos recentes, conduzidos na Austrália e no Irã⁽¹¹⁻¹²⁾. Nesse contexto, impera o dilema: qual o limite entre a legislação e o direito de os pacientes decidirem se querem parar de fumar?

A proibição do fumo tem levado os profissionais a questionarem a autonomia, a dignidade e o direito das pessoas com transtornos mentais de serem tratadas livres de discriminação. Há quem argumente que a restrição do fumo é desumana e cruel por proporcionar um estresse adicional à pessoa com transtorno mental hospitalizada^(3,11-12).

Embora a legislação federal (Lei nº 12.546/2011) tenha sido publicada há quase uma década⁽⁴⁾, o tabagismo permanece negligenciado em muitos serviços de saúde mental. Diferentemente do que ocorre na população geral, nos hospitais psiquiátricos é como se os não fumantes fossem a exceção⁽¹³⁾. Segundo a literatura científica nacional e internacional, 60 a 70% das pessoas internadas em hospitais psiquiátricos são fumantes⁽¹⁴⁻¹⁶⁾.

Os prejuízos do tabaco à população psiquiátrica envolvem comorbidades somáticas, diminuição da expectativa de vida (em torno de 25 anos), piora dos sintomas psiquiátricos, intensificação do risco de suicídio, estigma e privação de necessidades básicas (alimentação, produtos de higiene e vestimenta) devido à compra de cigarros⁽¹⁷⁻²¹⁾.

Além das pessoas com transtornos mentais, o fumo de tabaco prejudica os profissionais de saúde, tendo em vista a proximidade de contato, promovendo a frequente e intensa exposição passiva ao fumo dos pacientes. Desse modo, os profissionais de Enfermagem que atuam nos hospitais psiquiátricos requerem especial atenção.

Estudiosos da Espanha, Austrália e Estados Unidos têm se dedicado a essa temática^(12,22-23).

A partir dos descritores controlados em ciências da saúde "tabagismo" e "psiquiatria", realizou-se uma consulta inicial na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) com o intuito de conhecer as principais perspectivas, investigadas nessa temática (a pesquisa não teve o intuito de subsidiar a realização de uma revisão integrativa da literatura). A partir dessa busca, identificaram-se 20 artigos em português. Observou-se, na leitura dos resumos, que em nenhum deles foi considerada a perspectiva dos profissionais de saúde expostos ao fumo passivo, o que aumentou o interesse pela temática. Este estudo visa a suprir esta lacuna da literatura científica nacional.

Para a definição da pergunta norteadora do estudo, utilizou-se a estratégia PICO, a qual apresenta quatro elementos que orientam a redação das perguntas dos estudos. É reconhecida como uma estratégia eficaz para melhorar a qualidade das pesquisas científicas, uma vez que o problema fica melhor delimitado⁽²⁴⁾. A questão norteadora foi elaborada a partir de três componentes do acrônimo PICO: P (*population/população* = profissionais de Enfermagem), I (*intervention/intervenção* = implementação da proibição do fumo) e O (*outcome/desfecho* = experiências/vivências). Portanto, este estudo teve por base a seguinte questão: "Como os profissionais de Enfermagem vivenciam a proibição do fumo em um hospital psiquiátrico?"

O objetivo deste estudo foi conhecer a experiência dos profissionais de Enfermagem diante da implementação da proibição do tabagismo em um hospital psiquiátrico.

Método

Aspectos éticos

Estudo aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo (nº omitido na etapa de avaliação para preservar o anonimato). Os participantes assinaram duas vias do Termo de Consentimento.

Referencial teórico-metodológico e tipo de estudo

Para responder ao questionamento, realizou-se um estudo qualitativo tendo a Teoria Fundamentada nos Dados como referencial metodológico e o Interacionismo Simbólico como referencial teórico.

A Teoria Fundamentada nos Dados, com a perspectiva do Interacionismo Simbólico, aplica-se a este estudo, uma vez que visa a investigar a percepção que as pessoas têm em relação a uma determinada situação. O objeto de interesse é o comportamento das pessoas⁽²⁵⁻²⁶⁾.

Foram respeitados os critérios consolidados para relatos de Pesquisa Qualitativa (*Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research* – COREQ).

Cenário do estudo

Hospital psiquiátrico do interior paulista, com administração filantrópica e capacidade para 215 leitos (127 leitos psiquiátricos do Sistema Único de Saúde, 60 leitos psiquiátricos em enfermaria privada e 28 leitos privados em enfermaria clínica).

Fonte de dados

A fim de obter um panorama preciso da situação, procurou-se obter o maior número possível de relatos contendo as percepções e os comportamentos em relação à proibição do tabagismo, incluindo os enfermeiros e os técnicos de Enfermagem de todas as unidades de internação, do plantão diurno e do noturno. Participaram 73 profissionais de Enfermagem (13 enfermeiros e 60 técnicos). Foram excluídos sete que se encontravam de licença médica, nove contratados há menos de três meses e um que se recusou a participar.

Coleta dos dados

Utilizou-se a observação participante, escolhida como método de coleta dos dados, por ser indicada quando pouco se conhece em relação a um determinado fenômeno ou quando se investigam temas relacionados a tabus e processos culturais⁽²⁷⁾.

Um dos autores do estudo inseriu-se na rotina, junto com os demais profissionais da Enfermagem, com o intuito de vivenciar a proibição do fumo. Tal procedimento iniciou-se dois meses antes da proibição, o que permitiu investigar as percepções e os comportamentos da Enfermagem antes e durante a implementação da proibição.

Realizou-se a coleta dos dados entre janeiro e outubro de 2018, totalizando 1260 horas de observação, divididas em 42 semanas. Cada inserção no hospital tinha duração de seis horas, sendo alternados os períodos (manhã, tarde e noite), ao longo da semana, a fim de garantir o contato com todos os plantões.

Realizaram-se as observações em todos os ambientes em que havia a presença de profissionais de Enfermagem (sala dos enfermeiros, unidades de internação, salas de reuniões, recepção, refeitórios,

pátio). Realizavam-se registros em um diário de campo no qual eram inseridos a data e o conteúdo observado (conversas formais e informais, tom de voz, impressões da pesquisadora em relação aos acontecimentos, atitudes e comportamentos).

Análise dos dados

Após diversas leituras do diário de campo, realizou-se a análise de acordo com os seguintes passos: 1) codificação aberta (organização inicial de categorias e subcategorias); 2) codificação axial (integração das categorias a partir da identificação do problema principal segundo a percepção dos participantes) e 3) codificação seletiva (delimitação de uma única categoria central com a integração dos conceitos em condições causais, fenômeno, contexto, condições intervenientes, estratégias e consequências)^(26,28).

Identificaram-se as falas dos enfermeiros com "E" e a dos técnicos de Enfermagem com "T". Os resultados foram discutidos com base nas publicações sobre o tema.

Resultados

Os participantes eram, predominantemente, mulheres com média etária de 39,8 anos. Exerciam a Enfermagem, em média, há 12 anos, atuando no hospital psiquiátrico há seis anos.

A interpretação dos dados foi guiada pelo Interacionismo Simbólico, como referencial teórico, considerando que as atitudes e os comportamentos são motivados pelo significado que o fenômeno tem para cada pessoa⁽²⁹⁾.

As impressões, registradas no diário de campo, permitiram interpretar as opiniões e o comportamento dos profissionais de Enfermagem em relação à proibição do fumo. Ao seguir a Teoria Fundamentada nos Dados⁽²⁸⁾, o modelo teórico foi construído em torno da categoria central (fenômeno) "Vivenciando a proibição do fumo em um hospital psiquiátrico" com as seguintes vertentes: 1) Condições causais; 2) Contexto; 3) Condições intervenientes; 4) Estratégias de ação/interação e 5) Consequências (Figura 1).

| Fenômeno: "Vivenciando a proibição do fumo em um hospital psiquiátrico" | | |
|---|---|---|
| 1) Condições causais: "Há uma lei a ser seguida" | → | -Proibição do fumo de acordo com a lei -Pessimismo e insegurança antes da proibição -Preocupação devido à crença da automedicação |
| 2) Contexto: "A implementação da proibição" | → | -Aceitação nas unidades públicas como surpresa -Os pacientes crônicos foram os que mais aceitaram a restrição do fumo |
| 3) Condições intervenientes: "Boicote" | → | -Resistência dos profissionais da unidade privada -Omissão, conluio e falsa caridade |
| 4) Estratégias de ação/interação: "Valorizando a abstinência" | → | -Diálogo, elogio, incentivo -Ação educativa |

(continua na próxima página...)

| Fenômeno: "Vivenciando a proibição do fumo em um hospital psiquiátrico" | |
|---|---|
| 5) Consequências: "Positivas e negativas" | → <ul style="list-style-type: none"> -Desejo de manter a abstinência após a alta hospitalar -Mudança de opinião de alguns profissionais -Menos agressividade entre os pacientes -Menor uso de xarope para tosse -Fim da proibição na unidade privada -Risco de fuga e de atropelamento -Profissionais humilhados e hostilizados -Volta do cigarro como moeda de troca |

Figura 1 – Modelo teórico do estudo

Condições causais: "Há uma lei a ser seguida"

Em dezembro de 2017, a Comissão do Tabagismo, constituída por médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, farmacêutico e técnico de segurança do trabalho, divulgou que a proibição do fumo iniciaria em março de 2018, em cumprimento à Lei nº 12.546/2011. Na data divulgada, os cigarros foram devolvidos aos familiares.

Com a divulgação da data da implementação da proibição, este assunto tornou-se presente e recorrente entre os enfermeiros e técnicos de Enfermagem, tanto nas conversas formais como nas informais. Por representar uma mudança significativa nas normas e na rotina hospitalar, a primeira reação foi a resistência diante do novo/desconhecido.

A resistência dos enfermeiros e dos técnicos de Enfermagem ficou explícita, por meio dos discursos com conteúdo pessimista, mostrando uma insegurança diante da mudança: *Não vai dar certo, já foi tentado antes (T4); Como vai ser? (T30); Coitados dos moradores que só tem esse prazer na vida! (E1)*

A crença da automedicação dos sintomas psiquiátricos a partir do fumo ficou evidente: *Os pacientes vão dar trabalho (E6); Vão ficar mais agressivos (T5); Vão usar mais remédios (T15).*

Contexto: "A implementação da proibição"

Nos primeiros dias da proibição, presenciaram-se enfermeiros e técnicos de Enfermagem serem questionados, nas unidades de internação públicas, sobre a falta dos cigarros. Na unidade psiquiátrica feminina, notou-se mais resistência do que na masculina. Contudo, o manejo verbal foi suficiente nas situações em que se presenciaram questionamentos à equipe.

Na unidade dos moradores, mesmo eles tendo sido orientados quanto à intervenção, insistiram, por alguns dias, em formar uma fila, após o café da manhã, no aguardo do primeiro cigarro do dia. Todo profissional que passava pelo local era interpelado: *"Tio, e o cigarro?"*. Também observou-se alguns pedirem cigarros como recompensa, após arrumarem os leitos, varrerem o pátio etc. Por não receberem a retribuição, alguns apresentavam comportamento regredido, fazendo bicos (expressões de

desagrado) e verbalizando "estar de mal" do profissional de Enfermagem.

Com o passar dos dias, a maioria dos moradores não mencionava o assunto e o comportamento condicionado (por exemplo, formar fila para pedir cigarros) foi esquecido.

O sucesso da retirada dos cigarros, na unidade dos moradores, gerou um mesmo questionamento em todo o hospital, o qual se exemplifica: *A proibição está dando certo ou estão fumando escondido? (E7)*

Embora os moradores tenham sido uma das preocupações mais mencionadas antes da implementação da proibição, foi surpreendente a aceitação desse público: *Os moradores, que pensei que seriam mais difíceis, estão umas gracinhas. (T42)*

Condições intervenientes: "Boicote"

Diferentemente das unidades públicas, notou-se intensa resistência na privada. No início da proibição, um paciente da unidade privada foi transferido para a unidade clínica, pois, poucos dias antes do início da proibição, apresentou um grave quadro respiratório. Mesmo diante do risco de morte, ouviram-se técnicos de Enfermagem com discurso paternalista: *Coitado! Fumou a vida toda, o que adianta tirar [o cigarro] agora? (T18); Olha como ele está triste! Parece um pássaro na gaiola (T20); Nesta altura da vida, o benefício maior é permanecer fumando (T33).*

Três dias após o início da proibição, um médico da enfermagem privada registrou, em prontuário, que autorizava um paciente a fumar cinco cigarros por dia, tendo justificado que ele se apresentava agitado e agressivo devido à abstinência. As dúvidas quanto aos aspectos éticos dessa conduta repercutiram entre os profissionais de Enfermagem conforme detalhado a seguir.

Entre os profissionais de Enfermagem, houve uma divisão entre aqueles que eram favoráveis à proibição e os que eram contra. Nesse sentido, houve profissionais que cumpriram a prescrição médica e outros que se recusaram. Nesses dias, foi muito comum ouvir, dos que eram contra a proibição, argumentos semelhantes aos exemplificados: *É fácil para vocês falarem porque vocês não fumam (E13); É ordem médica. Se a doutora está falando que tem que deixar fumar... (T3).*

As condições intervenientes começaram a ser percebidas com mais frequência, a partir da segunda semana após o início da proibição, talvez pelo fato de os profissionais terem se acostumado com a presença da pesquisadora. Em conversas informais, os profissionais de Enfermagem da unidade privada torciam para que a experiência da proibição não fosse bem-sucedida.

Durante uma passagem de plantão, houve um diálogo entre duas enfermeiras, as quais supunham que, naquele momento, a pesquisadora não estaria atenta a elas. A fim de garantirem que não chamariam a atenção, utilizaram tom de voz baixo: *Combinei com a Dra. K. [psiquiatra da unidade privada] que vamos nos fazer de mortas quando virmos algum paciente fumando (E8); Eu também. Estamos vivendo uma mentira! (E2).*

Como forma de pressionar o fim da proibição, alguns profissionais de Enfermagem da unidade privada, articulados à equipe interdisciplinar, informaram à Comissão de Tabagismo que havia pacientes solicitando a alta hospitalar devido à proibição e que havia aumentado o número de contenções mecânicas embora não houvesse nenhum registro formal desses dados. A pesquisadora não teve a mesma percepção.

Um enfermeiro reconheceu que a resistência dos profissionais da unidade privada estava relacionada a interesses financeiros: *Como "bater de frente" com os profissionais da [unidade] privada se a própria diretoria os respalda? Não dá para ser inflexível e achar que não tem a questão financeira envolvida porque o hospital ainda é uma empresa para a diretoria (E10).*

Apesar do sucesso da proibição nas unidades públicas, algumas dificuldades surgiram nesses setores a partir do momento em que se identificou que havia funcionários e visitantes doando cigarros para as pessoas internadas. A oferta acontecia mesmo sem elas pedirem e viu-se um técnico de Enfermagem oferecendo cigarro para uma pessoa que nunca havia fumado.

Alguns moradores contaram que um técnico de Enfermagem estava fumando escondido durante sua jornada de trabalho e oferecia cigarros a eles como forma de não ser denunciado.

O boicote também partia dos pacientes da enfermaria privada, os quais traziam cigarros para o hospital, ao retornarem das saídas de final de semana, escondidos nas roupas íntimas ou introduzidos no ânus. Mesmo os profissionais favoráveis à proibição não podiam agir, nessa situação, devido à ausência de respaldo ético para realizar esse tipo de revista.

Os profissionais de Enfermagem da unidade privada argumentavam que a proibição do tabagismo havia trazido mais riscos. Mencionavam o risco de queda por terem presenciado pessoas fumando sobre o vaso sanitário com a finalidade de expirar a fumaça pela janela: *Essa noite*

vi a S. em cima do vaso sanitário fumando. Depois, cai e bate a cabeça... Essa proibição ainda vai matar os pacientes (E5).

Um técnico de Enfermagem apagou fogo em uma lixeira de banheiro devido ao descarte indevido de bituca (ponta de cigarro). Além dos riscos de queda e de incêndio, percebeu-se o risco de explosão (havia pacientes e funcionários que fumavam escondidos próximos à rede de oxigênio) e de intoxicação nicotínica (um técnico de Enfermagem distribuía cigarros escondidos, inclusive para pacientes em uso de adesivo de nicotina).

Estratégias de ação/interação: "Valorizando a abstinência"

No início da implementação da proibição, era comum ver profissionais conscientizando os pacientes sobre os riscos do tabagismo. Com o passar dos dias, notou-se que um grupo de enfermeiros e técnicos de Enfermagem adotou uma estratégia diferente, passando a valorizar os benefícios da abstinência como elogio à mudança na coloração da pele, destaque para a menor ocorrência de sintomas respiratórios e diminuição da ansiedade: *N., você reparou que você não está mais tossindo igual antes? (T40); Como sua pele está bonita depois que parou de fumar! (T1); J., quem te viu, quem te vê! Está até mais calmo! (E3).*

A fala do técnico de Enfermagem elogiando a mudança da pele foi direcionada a uma paciente da unidade feminina, a qual sempre se mostrou vaidosa. A estratégia foi tão eficaz que ela sugeriu à família utilizar o dinheiro destinado aos cigarros para comprar creme facial.

Percebeu-se que muitos enfermeiros e técnicos de Enfermagem estavam abertos ao diálogo. Essa atitude foi fundamental para aqueles pacientes que aceitaram a proibição sem resistência.

Uma estratégia realizada pelos profissionais de Enfermagem, da unidade dos moradores, foi uma ação educativa (palestra) sobre o tabagismo. Esse momento foi positivo, pois alguns moradores conseguiram identificar prejuízos do cigarro em seu próprio organismo (risco de amputação de perna, catarata agravada). Como motivação, a ação foi finalizada com o questionamento: "Prisioneiros do cigarro?". Nessa atividade, os profissionais de Enfermagem mostraram fotos de pessoas, conhecidas por eles, que haviam parado de fumar antes da proibição de modo a despertar o sentimento de ser capaz tanto quanto o outro.

Consequências: "Positivas e negativas"

Ao longo dos dez meses de observação do fenômeno "Vivenciando a proibição do fumo em um hospital psiquiátrico", identificaram-se consequências positivas e negativas.

Dentre as consequências positivas, observou-se que alguns pacientes relataram o desejo de manter a abstinência após a alta hospitalar, pois descobriram,

durante a internação, que parar de fumar era menos difícil do que imaginavam. Os profissionais de Enfermagem, que apoiavam a proibição, procuravam motivar os demais quanto aos benefícios da abstinência: *O mais difícil já foi. O mais difícil são as duas primeiras semanas sem o cigarro. Você vai conseguir ficar sem [fumar]* (T23).

Outra consequência positiva foi a mudança de opinião de alguns profissionais. Aqueles que, inicialmente, não apoiavam a proibição mudaram sua atitude ao observar a aceitação e a melhora dos pacientes. Durante as passagens de plantão, pontuavam a menor ocorrência de agressividade, a melhora do convívio e o menor uso de xaropes para a tosse: *Tenho certeza que o hospital está gastando menos com xarope.* (E12) *Está uma maravilha. Não tem mais aquelas brigas* (T55).

Notou-se que as consequências negativas foram decorrentes das condições intervenientes (resistência dos profissionais da unidade privada e boicote de alguns grupos).

A resistência dos profissionais da unidade privada foi tão expressiva que, 15 dias após a implementação da proibição, a Comissão do Tabagismo definiu que os pacientes dessa unidade, autorizados a fumar pela equipe médica, seriam conduzidos pela Enfermagem à área externa do hospital três vezes ao dia, nos horários das 9h30, 15h30 e 20h30.

Essa exceção gerou conflitos devido à inflexibilidade dos pacientes. Quando estava chovendo ou havia outras demandas prioritárias na unidade, os profissionais de Enfermagem não conseguiam cumprir os horários combinados para fumar. Viram-se profissionais sendo humilhados e hostilizados pelos pacientes nessas situações. Constatou-se que alguns técnicos de Enfermagem ficaram emocionalmente afetados, relatando o desejo de abandonar o plantão: *Continuo aqui porque preciso do emprego. Se pudesse, não voltaria mais* (T39).

Conflitos entre membros da equipe interdisciplinar aconteceram quando os profissionais de Enfermagem se posicionaram contra acompanhar os pacientes na calçada para fumar e identificaram os riscos de fuga e de atropelamento: *Autorizar fumar sob supervisão da Enfermagem? Me desculpe, mas trabalhamos pela saúde e não pela doença.* (T58); *Eu levar paciente na calçada para fumar? A doutora que vá! E se ele fugir e for atropelado?* (T32); *Temos pacientes dependentes dos cuidados de Enfermagem que acabam ficando sem os cuidados porque a Enfermagem precisa levar outros pacientes para fumar* (E4).

Com alguns enfermeiros e técnicos de Enfermagem recusando-se a levar os pacientes para fumar na calçada, o próprio médico levou os pacientes para fumar em alguns horários.

Devido à pressão exercida pelos profissionais e pelos pacientes, três meses após o início da proibição foi

definida pela Comissão do Tabagismo e pela administração hospitalar a suspensão da proibição na unidade privada.

O fim da proibição na unidade privada repercutiu nas unidades públicas. Os pacientes que não mencionavam o tabaco passaram a solicitar cigarros ao encontrar bitucas pelo chão.

Com esse movimento, aos poucos, os cigarros foram tornando-se cada vez mais presentes no hospital, mesmo que escondidos. Como consequência, notaram-se o aumento de brigas, a troca de pertences (chinelos, roupas, produtos de higiene, rádio) e as relações sexuais motivadas pelos cigarros escondidos.

Discussão

O modelo teórico que se construiu para o fenômeno “Vivenciando a proibição do fumo em um hospital psiquiátrico” permitiu identificar diferentes facetas da vivência dos enfermeiros e dos técnicos de Enfermagem.

A condição causal do modelo teórico aqui apresentado foi a Lei nº 12.546/2011⁽⁴⁾, a qual impõe a proibição do fumo de tabaco nos ambientes coletivos. Embora a lei tenha sido formulada há quase uma década, percebe-se a dificuldade dos profissionais do hospital psiquiátrico em aceitá-la. Dois meses antes de sua implementação encontraram-se enfermeiros e técnicos de Enfermagem pessimistas e inseguros.

Estudos realizados em serviços de saúde mental da Austrália, Inglaterra e Irã mostraram que os conflitos que os profissionais enfrentam diante da proibição do fumo não divergem da experiência brasileira, sugerindo uma supremacia da cultura do tabagismo^(1,12,30).

Aproximadamente a metade dos profissionais do hospital psiquiátrico iraniano não considerava a proibição viável e 87% disseram que não era justo impor a cessação do fumo durante a internação⁽¹¹⁾. Os profissionais de serviços de saúde mental australianos concordaram que parar de fumar deveria ser escolha e não imposição⁽¹²⁾.

Pode-se compreender a insegurança dos profissionais de Enfermagem ao pensar que eles foram, ao longo da história, fundamentais para a perpetuação da cultura do tabagismo, visto que a eles sempre foram atribuídas as funções de distribuir o fumo e controlar o comportamento dos pacientes. Nesse cenário, surgiu a utilização dos cigarros como “moeda de troca”⁽¹⁻³⁾.

Parte da insegurança dos profissionais foi justificada pelo receio de aumento da agressividade dos fumantes, mostrando que eles acreditam na teoria de automedicação dos sintomas psiquiátricos. Essa teoria, juntamente com a ociosidade característica dos serviços de saúde mental médico-centrados, contribuiu para a consolidação do tabaco como parte da cultura dos serviços de saúde mental⁽¹⁻³⁾.

Dois possibilidades para o enfrentamento dessa questão cultural seriam a divulgação das evidências

científicas contrárias à teoria da automedicação e a implementação da proibição do fumo concomitantemente a propostas de socialização e de estratégias para o alívio do estresse dos pacientes⁽³⁾.

Independentemente da cultura, o ser humano tem uma resistência natural às mudanças. O pessimismo e a insegurança observados antes da proibição, portanto, eram esperados. Contudo, nem sempre a resistência à mudança é negativa. Ela pode trazer contribuições na medida em que promove a abertura ao diálogo, não permitindo que a inovação fique na superficialidade⁽³¹⁾. É importante que os gestores tenham conhecimento desse fenômeno para que não desistam da implementação da legislação diante das primeiras dificuldades.

A partir da implementação da proibição, verificaram-se profissionais de Enfermagem surpresos com a aceitação dos pacientes internados nas unidades públicas. Fato semelhante foi identificado em estudo australiano conduzido em Serviços Residenciais Terapêuticos⁽¹⁾. Ao comparar a opinião de profissionais de Enfermagem de hospitais psiquiátricos, antes e após a proibição do fumo, estudos australiano e canadense identificaram um aumento do percentual de pessoas favoráveis à intervenção⁽³²⁻³³⁾.

Os moradores, mencionados como principal argumento contrário à proibição, foram os que apresentaram menos resistência, indicando que muitos fumavam por estarem condicionados a esse hábito. Isso leva a questionar a crença de que fumar é o único prazer dos pacientes psiquiátricos, assim como abordado em uma revisão de literatura⁽²⁾.

Além da eficácia da proibição com os moradores, alguns pacientes, internados no setor de agudos, receberam a alta hospitalar dispostos a se manterem abstinente, assim como identificado em estudo australiano, o qual mostrou que 39% dos pacientes reduziram a quantidade de cigarros após a alta hospitalar e 9% pararam de fumar definitivamente⁽³²⁾.

Entre outros resultados positivos, os profissionais de Enfermagem perceberam uma melhora do convívio (menos agressividade) entre os pacientes e uma melhora dos sintomas respiratórios.

A percepção da diminuição da agressividade é semelhante ao constatado em estudo realizado em hospital psiquiátrico da Inglaterra. Ao comparar antes e após a proibição, os episódios de violência física contra os profissionais diminuíram de 58% para 20%⁽³⁴⁾.

As principais dificuldades foram os boicotes manifestados por meio de conluios, omissões e atitudes de desrespeito à norma. Semelhantemente, estudo inglês relatou protestos, por parte de pacientes e de profissionais, com 322 notificações de cigarros escondidos. Os pacientes admitiram esconder os cigarros no próprio corpo por terem sido aconselhados pelos profissionais na

admissão hospitalar⁽³⁴⁾. Outros estudos ingleses relataram cigarros escondidos pelos pacientes e doações por parte dos visitantes^(30,34).

As situações de boicote observadas ocorreram principalmente na unidade privada. De fato, os profissionais, desse setor, foram os mais resistentes à proibição e esse é o principal diferencial deste estudo, pois não se encontraram, na literatura científica, estudos que mostrassem a divergência da aceitação da proibição ao comparar as unidades públicas e privadas.

A maior resistência dos profissionais da unidade privada foi motivada por receio de altas a pedido na unidade que concentrava a maior parte dos ingressos econômicos do hospital. Isso leva a refletir que a preocupação principal foi com os interesses financeiros. Assim, o princípio bioético da beneficência não foi preservado, pois não se pensou no bem que a proibição poderia proporcionar aos fumantes. Do mesmo modo, os boicotes desrespeitaram a não maleficência, pois um mal foi gerado aos fumantes a partir da omissão dos profissionais e oferecimento escondido de cigarros a eles⁽³⁾. Além disso, o clima de insegurança e a disputa entre os profissionais geraram um clima pouco produtivo na instituição.

A liberação do fumo na unidade privada, em horários pré-estabelecidos, teve por consequência o aumento das desavenças entre os pacientes devido à disputa pelos cigarros e a comercialização desses produtos em troca de roupas, produtos de higiene ou sexo.

Estudos realizados no Canadá e na Inglaterra mostraram que, quando o tabagismo é permitido, há mais incidentes em decorrência do comportamento dos pacientes⁽³³⁻³⁵⁾. Estudos ingleses, conduzidos em unidades de internação psiquiátrica, mostraram que os conflitos ocorriam nos "intervalos" em que era permitido fumar⁽³⁵⁻³⁶⁾.

Dentre as estratégias bem-sucedidas utilizadas pelos profissionais de Enfermagem para lidar com os fumantes internados, destacaram-se uma ação educativa para conscientização, o diálogo e o uso de elogios/incentivo. Ao pesquisar estudos que abordam intervenções ao tabagismo na população psiquiátrica, observa-se o foco nas intervenções biológicas, tais como o adesivo de nicotina e os medicamentos. Os aconselhamentos, as ações educativas, a entrevista motivacional e a comunicação terapêutica são pouco mencionados^(32,37-38).

Este estudo trouxe importantes discussões sobre a vivência dos profissionais de Enfermagem frente à proibição do tabagismo, em um hospital psiquiátrico brasileiro.

Limitações

A inclusão de 73 participantes dificultou uma abordagem mais profunda do fenômeno, uma vez que foi necessário dividir o tempo para que todos pudessem ser contemplados na observação.

Contribuições para a área da Enfermagem

Espera-se que as reflexões contribuam para a formação de futuros profissionais e para a educação permanente de enfermeiros que reproduzem, hoje, nos serviços de saúde mental, comportamentos dos antigos manicômios contrários à legislação antitabagismo. Estudos futuros poderão trazer resultados mais diretos focalizando as intervenções de Enfermagem para o controle do tabagismo na população psiquiátrica e estratégias de educação permanente para abordar a temática com os profissionais de Enfermagem.

Considerações finais

A proibição do fumo em um hospital psiquiátrico filantrópico que atende a internações do SUS e privadas foi vivenciada por toda a equipe e setores desse serviço.

Construiu-se um modelo teórico em torno do fenômeno "Vivenciando a proibição do fumo em um hospital psiquiátrico" a partir do qual se observaram diferentes facetas da proibição do fumo, como insegurança, pessimismo, resistência, boicote e aceitação por parte de muitos profissionais quando constataram os benefícios da intervenção para os pacientes.

Antes da implementação da proibição, observou-se a insegurança nos profissionais motivada por mitos relacionados ao aumento da agressividade com a abstinência nicotínica.

Observaram-se diferenças entre as atitudes e os comportamentos dos profissionais das unidades de internação pública e privada, evidenciando que a preocupação com os interesses financeiros pode interferir no sucesso da proibição.

O processo de implementação da proibição do tabagismo foi acompanhado por uma série de dificuldades, porém, mostrou que o procedimento é viável. Profissionais de Enfermagem que, inicialmente, eram contra a proibição passaram a apoiá-la devido aos benefícios decorrentes da supressão do uso de tabaco nas unidades de internação psiquiátrica.

Referências

1. Lawn S, Lucas T. Addressing smoking in supported residential facilities for people with severe mental illness: has any progress been achieved? *Int J Environ Res Public Health*. 2016;13(10):996. doi: <https://doi.org/10.3390/ijerph13100996>
2. Malone V, Harrison R, Daker-White G. Mental health service user and staff perspectives on tobacco addiction and smoking cessation: a meta-synthesis of published qualitative studies. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2018;25(4):270-82. doi: <https://doi.org/10.1111/jpm.12458>
3. Woodward ER, Richmond R. Smoking bans in psychiatric units: an issue of medical ethics. *Front Psychiatry*. 2019;10(134):1-4. doi: <https://doi.org/10.3389/fpsy.2019.00134>
4. Lei n. 12.546 de 14 dezembro de 2011 (BR). Altera a Lei nº 9.782, de 26 de janeiro de 1999. Institui o Regime Especial de Reintegração de Valores Tributários para as Empresas Exportadoras (Reintegra); dispõe sobre a redução do Imposto sobre Produtos Industrializados (IPI) à indústria automotiva; altera a incidência das contribuições previdenciárias devidas pelas empresas que menciona. *Diário Oficial da União, Brasília*, 15 dez 1990; Sec.1:3.
5. Decreto 8262 de 31 de maio de 2014 (BR). Altera o Decreto nº 2.018, de 1º de outubro de 1996, que regulamenta a Lei nº 9.294, de 15 de julho de 1996. *Diário Oficial da União, Brasília*, 2 jun 2014; Sec.1:1.
6. Lei 18.552 de 4 dezembro de 2009 (MG-BR). Altera a Lei nº 12.903, de 23 de junho de 1998, que define medidas para combater o tabagismo no Estado e proíbe o uso do cigarro e similares nos locais que menciona. *Diário Oficial do Estado, Belo Horizonte*, 5 dez 2009; Sec1:1.
7. Lei 9423 de 9 de dezembro de 2010 (RN-BR). Dispõe sobre a proibição do consumo de produtos derivados do tabaco em recintos coletivos fechados e dá outras providências. *Diário Oficial do Estado, Natal*, 10 dez 2010; Sec1:1.
8. Lei 13.275 de 14 dezembro de 2010 (RS-BR). Regulamenta a Lei nº 13.275, de 03 de novembro de 2009, que proíbe o uso do fumo e similares, derivados ou não do tabaco, em recinto coletivo fechado em todo o Estado do Rio Grande do Sul. *Diário Oficial do Estado, Porto Alegre*, 15 dez 2010; Sec1:a.
9. Lei 5517 de 17 agosto de 2009 (RJ-BR). Proíbe o consumo de cigarros, cigarrilhas, charutos, cachimbos ou de qualquer outro produto fumígeno, derivado ou não do tabaco, na forma que especifica, e cria ambientes de uso coletivo livres de tabaco. *Diário Oficial do Estado, Rio de Janeiro*, 18 ago 2009; Sec1:1.
10. Lei 13.541 de 7 maio de 2009 (SP-BR). Proíbe o consumo de cigarros, cigarrilhas, charutos, cachimbos ou de qualquer outro produto fumígeno, derivado ou não do tabaco, na forma que especifica. *Diário Oficial do Estado, São Paulo*, 8 maio 2009; Sec1:1.
11. Beyraghi N, Mazaheri Meybodi A, Jafarian Bahri RS. Smoking ban in psychiatric inpatient unit: an iranian study on the views and attitudes of the mental health staff and psychiatric patients. *Psychiatry J*. 2018;2018:2450939. doi: <https://doi.org/10.1155/2018/2450939>
12. Magor-Blatch LE, Rugendyke AR. Going smoke-free: attitudes of mental health professionals to policy change. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2016;23(5):290-302. doi: <https://doi.org/10.1111/jpm.12309>
13. Ballbè M, Gual A, Nieva G, Saltó E, Fernández E. Deconstructing myths, building alliances: a networking

- model to enhance tobacco control in hospital mental health settings. *Gac Sanit*. 2016;30(5):389-92. doi: <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2016.04.017>
14. Collins A, Ajayi O, Diamond S, Diamond W, Holroyd S. Tobacco use and associated factors in patients presenting to a psychiatric emergency room. *J Addic*. 2018;2018:8102165. doi: <https://doi.org/10.1155/2018/8102165>
15. Lores L, Monje A, Bergada M, Arellano E, Rodríguez-Larrea J, Miravittles M. Prevalence of smoking in a psychiatric hospital and its relationship with respiratory symptoms and the prevalence of COPD. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis*. 2018;13:2797-804. doi: <https://doi.org/10.2147/COPD.S165880>
16. Oliveira RM, Santos JLF, Furegato ARF. Prevalence and smokers' profile: comparisons between the psychiatric population and the general population. *Rev. Latino-Am. Enferm*. 2019;27:e3149. doi: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.2976.3149>
17. Callaghan RC, Veldhuizen S, Jeysingh T, Orlan C, Graham C, Kakouris G, et al. Patters of tobacco-related mortality among individuals diagnosed with schizophrenia, bipolar disorder, or depression. *J Psychiatr Res*. 2014;48(1):102-10. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2013.09.014>
18. Han B, Compton WM, Blanco C. Tobacco use and 12-Month suicidality among adults in United States. *Nicotine Tob Res*. 2017;19(1):39-48. doi: <https://doi.org/10.1093/ntr/ntw136>
19. Hahn L, Rigby A, Galletly C. Determinants of high rates of smoking among people with psychosis living in a socially disadvantaged region in South Australia. *Aust N Z J Psychiatry*. 2014;48(1):70-9. doi: <https://doi.org/10.1177/0004867413491158>
20. Fluharty M, Taylor AE, Grabski M, Munafò MR. The Association of Cigarette Smoking With Depression and Anxiety: A Systematic Review. *Nicotine Tob Res*. 2017;19(1):3-13. doi: <https://doi.org/10.1093/ntr/ntw140>
21. Skov-Ettrup LS, Nordestgaard BG, Petersen CB, Janne S, Tolstrup JS. Does High Tobacco Consumption Cause Psychological Distress? A Mendelian Randomization Study. *Nicotine Tob Res*. 2017;19(1):32-8. doi: <https://doi.org/10.1093/ntr/ntw186>
22. Ballbè M, Sureda X, Martínez-Sánchez JMM, Fu M, Saltó E, Gual A, et al. Secondhand smoke in psychiatric units: patient and staff misperceptions. *Tob Control*. 2015;24(e3):212-20. doi: <https://doi.org/10.1136/tobaccocontrol-2014-051585>
23. Okoli CTC, Seng S. Associations between secondhand tobacco smoke exposure and nicotine dependence and smoking cessation attempts among adult tobacco users with a psychiatric disorder. *Biol Res Nurs*. 2018;20(5):558-65. doi: <https://doi.org/10.1177/1099800418781914>
24. Santos CMC, Pimenta AM, Nobre MRC. A estratégia pico para a construção da pergunta de pesquisa e busca de evidências. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2007;15(3):508-11. doi: <https://doi.org/10.1590/S0104-11692007000300023>
25. Andrews T, Mariano GJS, Santos JLG, Koerber-Timmons K, Silva FH. The methodology of classic grounded theory: considerations on its application in nursing research. *Texto Contexto Enferm*. 2017;26(4):e1560017. doi: <https://doi.org/10.1590/0104-070720170001560017>
26. Cassiani SHB, Caliri MHL, Pelá NTR. A teoria fundamentada nos dados como abordagem da pesquisa interpretativa. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. [Internet]. 1996 [cited 2020 Jun 22];4(3):75-88. Available from: <http://www.revistas.usp.br/rlae/article/view/1208/1227>
27. Jorgensen DL. Participant Observation: A Methodology for Human Studies. California: Sage Publications; 1989.
28. Strauss A, Corbin J. Pesquisa Qualitativa: técnicas e procedimentos para o desenvolvimento de teoria fundamentada. Porto Alegre: Artmed; 2008.
29. Charmaz K. A construção da teoria fundamentada: guia prático para análise qualitativa. Porto Alegre: Artmed; 2009.
30. Smith CA, Mc Neill A, Kock L, Shahab L. Exploring mental health professionals' practice in relation to smoke-free policy within a mental health trust: qualitative study using the COM-B model of behaviour. *BMC Psychiatry*. 2019;19(1):54. doi: <https://doi.org/10.1186/s12888-019-2029-3>
31. Mares J. Resistance of health personnel to changes in healthcare. *Kontakt*. 2018;20(3):e262-72. doi: <https://doi.org/10.1016/j.kontakt.2018.04.002>
32. Martin K, Dono J, Sharplin G, Bowden J, Miller C. Staff and patient perspectives of a smoke-free health services policy in South Australia: A state-wide implementation. *Health Policy*. 2017;121(8):895-902. doi: <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2017.06.003>
33. Riad-Allen L, Dermody SS, Herman Y, Bellissimo K, Selby P, George TP. Becoming tobacco-free: Changes in staff and patient attitudes and incident reports in a large academic mental health and addictions hospital. *Am J Addict*. 2017;26(2):183-91. doi: <https://doi.org/10.1111/ajad.12513>
34. Huddleston L, Sohal H, Paul C, Ratschen E. Complete smokefree policies in mental health inpatient settings: results from a mixed-methods evaluation before and after implementing national guidance. *BMC Health Serv Res*. 2018;18(1):542. doi: <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3320-6>
35. Spaducci G, McNeill A, Hubbard K, Stewart D, Yates M, Robson D. Smoking-related violence in a mental health setting following the implementation of a comprehensive smoke-free policy: a content analysis of incident reports. *Int J*

Ment Health Nurs. 2020;29(2):202-11. doi: <https://doi.org/10.1111/inm.12659>

36. Sohal H, Huddleston L, Ratschen E. Preparing for Completely Smoke-Free Mental Health Settings: Findings on Patient Smoking, Resources Spent Facilitating Smoking Breaks, and the Role of Smoking in Reported Incidents from a Large Mental Health Trust in England. *Int J Environ Res Public Health*. 2016;13(3):E256. doi: <https://doi.org/10.3390/ijerph13030256>

37. Dean TD, Cross W, Munro I. An Exploration of the Perspectives of Associate Nurse Unit Managers Regarding the Implementation of Smoke-free Policies in Adult Mental Health Inpatient Units. *Issues Ment Health Nurs*. 2018;39(4):328-36. doi: <https://doi.org/10.1080/01612840.2017.1413461>

38. Metse AP, Wiggers J, Wye P, Bowman JA. Patient receipt of smoking cessation care in four Australian acute psychiatric facilities. *Int J Ment Health Nurs*. 2018;27(5):1556-63. doi: <https://doi.org/10.1111/inm.12459>

Contribuição dos autores

Concepção e planejamento do estudo: Renata Marques de Oliveira, Antonia Regina Ferreira Furegato.

Obtenção dos dados: Renata Marques de Oliveira.

Análise e interpretação dos dados: Renata Marques de Oliveira, Antonia Regina Ferreira Furegato.

Análise estatística: Renata Marques de Oliveira, Antonia Regina Ferreira Furegato.

Redação do manuscrito: Renata Marques de Oliveira, Antonia Regina Ferreira Furegato.

Revisão crítica do manuscrito: Antonia Regina Ferreira Furegato.

Todos os autores aprovaram a versão final do texto.

Conflito de interesse: os autores declararam que não há conflito de interesse.

Recebido: 21.10.2020

Aceito: 05.01.2021

Autor correspondente:
Renata Marques de Oliveira
E-mail: renata_marques@outlook.com
 <https://orcid.org/0000-0002-7169-8309>

Copyright © 2021 SMAD, Rev Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog.
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.