

ARTIGO ORIGINAL/ORIGINAL ARTICLE

Intervenção Estruturada de Cessação Tabágica em Doentes com Perturbação Psicótica: Protocolo Clínico e Perspectivas de Implementação Structured Intervention for Smoking Cessation in Inpatients with Psychotic Disorders: Clinical Protocol and Implementation Perspectives

✉ FILIPA GOMES TAVARES^{*1}, ✉ MARINA CRUZ², ✉ JOÃO FREIRE³, ✉ VERA MARTINS³, ✉ ALEXANDRE MENDES³, ✉ MIGUEL BAJOUÇO^{3,4,5}

1. Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental, Unidade Local de Saúde do Algarve - Unidade de Faro, Faro, Portugal

2. Serviço de Psiquiatria, Unidade Local de Saúde de São Miguel, Açores, Portugal

3. Centro de Responsabilidade Integrado de Psiquiatria e Saúde Mental, Unidade Local de Saúde de Coimbra, Coimbra, Portugal

4. Centro de Imagem Biomédica e Investigação Translacional, Universidade de Coimbra, Coimbra, Portugal

5. Instituto de Psicologia Médica, Faculdade de Medicina, Universidade de Coimbra, Coimbra, Portugal

RESUMO

Introdução: O tabagismo continua a ser uma das principais causas evitáveis de morbilidade e mortalidade, com impacto agravado em populações com perturbações mentais graves. Entre indivíduos com perturbação psicótica, a prevalência de consumo de tabaco é significativamente superior à da população geral, sendo frequentemente justificada pelo alívio de sintomas negativos e cognitivos. A cessação tabágica neste grupo é, por isso, particularmente desafiante, mas clinicamente prioritária.

O nosso objetivo foi desenvolver e implementar um protocolo estruturado de cessação tabágica dirigido a doentes internados numa unidade especializada no tratamento de doentes com perturbações psicóticas, promovendo a melhoria da saúde global e contribuindo para a reabilitação psiquiátrica.

Métodos: O protocolo baseia-se numa abordagem multiprofissional, integrando avaliação clínica estruturada, intervenções psicoterapêuticas breves, e terapêutica farmacológica individualizada. São utilizados instrumentos psicométricos validados, com avaliação longitudinal em diferentes momentos até aos 12 meses após o início da intervenção.

Resultados: A implementação do protocolo permitirá melhorar as taxas de cessação tabágica, reduzir a sintomatologia psiquiátrica e prevenir a recaída. São também esperadas melhorias na qualidade de vida, no controlo da medicação antipsicótica e nos indicadores de saúde física.

Conclusão: A integração da cessação tabágica no internamento psiquiátrico constitui uma oportunidade terapêutica estratégica. Protocolos como o proposto poderão ser replicados noutras unidades clínicas, contribuindo para uma abordagem mais holística da doença mental grave.

ABSTRACT

Introduction: Smoking continues to be one of the main preventable causes of morbidity and mortality, with an aggravated impact in populations with severe mental disorders. Among individuals with psychotic disorders, the prevalence of smoking is significantly higher than in the general population, and is often justified by the relief of negative and cognitive symptoms. Smoking cessation in this group is therefore particularly challenging, but a clinical priority.

Recebido/Received: 2025-07-22

Aceite/Accepted: 2025-12-17

Publicado Online/Published Online: 2025-12-24

Publicado/Published: –

* Autor Correspondente/Corresponding Author: Filipa Gomes Tavares | ftavares@ulsaalg.min-saude.pt | Av. Prof. Dr. Adelino da Palma Carlos, 8000-510 Faro

© Portuguese Society of Psychiatry and Mental Health 2026. Re-use permitted under CC BY-NC. No commercial re-use.

© Sociedade Portuguesa de Psiquiatria e Saúde Mental 2026. Reutilização permitida de acordo com CC BY-NC. Nenhuma reutilização comercial.

We aimed to develop and implement a structured smoking cessation protocol aimed at patients admitted in an unit specialising in the treatment of patients with psychotic disorders, promoting improved overall health and contributing to psychiatric rehabilitation.

Methods: The protocol is based on a multi-professional approach, integrating structured clinical assessment, brief psychotherapeutic interventions and individualised pharmacological therapy. Validated psychometric instruments are used, with longitudinal assessment at different times up to 12 months after the start of the intervention.

Results: Implementing the protocol will improve smoking cessation rates, reduce psychiatric symptomatology and prevent relapse. Improvements in quality of life, control of antipsychotic medication and physical health indicators are also expected.

Conclusion: Integrating smoking cessation into psychiatric hospitalisation is a strategic therapeutic opportunity. Protocols such as the one proposed could be replicated in other clinical units, contributing to a more holistic approach to severe mental illness.

Palavras-chave: Abandono do Hábito de Fumar; Perturbações Mentais; Síndrome de Abstinência a Substâncias

Keywords: Mental Disorders; Smoking Cessation; Substance Withdrawal Syndrome

INTRODUÇÃO

O tabagismo é uma das principais causas evitáveis de morbilidade e mortalidade a nível global, representando um importante fator de risco para múltiplas doenças físicas e mentais.^{1,2} A sua prevalência é significativamente superior entre indivíduos com perturbações psicóticas, particularmente em pessoas com esquizofrenia, com estimativas entre os 40% e os 80%, comparativamente a cerca de 20% na população geral.¹ A suspensão dos consumos é possível e pode ser potenciada por uma boa relação terapêutica.³ Este padrão de consumo tem sido atribuído, em parte, aos efeitos da nicotina sobre sintomas negativos, cognitivos e extra-piramidais, funcionando como uma forma de automedicação.⁴ A nicotina pode também melhorar a memória de trabalho e a atenção, conferindo algum alívio a défices cognitivos frequentemente presentes nesta população.⁴ Contudo, o tabagismo está associado a múltiplos desfechos clínicos negativos em doentes com esquizofrenia, incluindo aumento da gravidade dos sintomas positivos, maior risco de suicídio, uso concomitante de substâncias, e maior número de internamentos psiquiátricos.^{2,5} Adicionalmente, interfere na farmacocinética de antipsicóticos metabolizados pelo sistema enzimático CYP1A2, como a olanzapina e a clozapina, podendo comprometer a eficácia terapêutica ou aumentar o risco de toxicidade após cessação abrupta.⁵ Apesar destes desafios, há evidência científica consolidada de que intervenções estruturadas de cessação tabágica — incluindo aconselhamento breve, apoio motivacional e terapêutica de substituição de nicotina (TSN) ou farmacoterapia — podem duplicar as taxas de sucesso, mesmo em doentes com doença mental grave.^{6,7} A hospitalização representa uma oportunidade terapêutica privilegiada para iniciar a cessação tabágica, pela redução do acesso ao tabaco e pela possibilidade de uma intervenção integrada e supervisionada.³ Assim, o desenvolvimento de protocolos específicos para esta população assume particular relevância, não apenas para a redução dos riscos físicos, mas também como parte integrante da reabilitação em saúde mental.

O presente artigo descreve a concepção e estruturação de um protocolo de cessação tabágica aplicado numa unidade de internamento especializada no tratamento de perturbações psicóticas, integrando uma abordagem multidisciplinar, baseada na evidência, e orientada para a continuidade de cuidados após a alta hospitalar.

MATERIAL E MÉTODOS

a. Contexto da Intervenção

Este protocolo foi desenvolvido para implementação numa unidade de internamento especializada no tratamento de perturbações psicóticas. A intervenção insere-se numa estratégia de melhoria da qualidade assistencial.

b. População-Alvo

Critérios de Inclusão:

- Doentes internados por patologia psicótica, num serviço de Psiquiatria;
- Diagnóstico de Perturbação do Uso de Tabaco, de acordo com Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais, Quinta Edição, Texto Revisto (DSM-5-TR);
- Estágio motivacional de preparação ou ação para cessação tabágica.

Critérios de Exclusão:

Recusa explícita em suspender consumos de tabaco;
Ausência de motivação para cessar o consumo no mês seguinte.
Os nossos objetivos são:

- Avaliar e disponibilizar apoio na cessação tabágica ao doente internado com patologia psicótica, através de psicoterapia ou terapêutica farmacológica;
- Caracterizar a resposta ao tratamento no contexto das intervenções implementadas, avaliando variações sintomáticas, adesão e taxas de abstinência, de modo

a orientar intervenções futuras eventualmente mais eficazes;

- Monitorização da saúde física geral dos doentes, reduzindo o risco de doenças cardiovasculares e respiratórias;
- Avaliar a resposta ao tratamento antipsicótico, com medição de níveis séricos.

c. Estrutura do Protocolo

A intervenção contempla avaliações clínicas periódicas, apoio psicoterapêutico breve e terapêutica farmacológica ajustada à intensidade de dependência nicotínica. As avaliações decorrem ao longo de um período de 12 meses, com sessões presenciais durante o internamento e seguimento pós-alta, preferencialmente em articulação com a consulta de cessação tabágica do hospital ou por contacto telefónico estruturado.

Avaliações clínicas programadas:

- Antes do Dia D: avaliação inicial e motivacional (2 consultas);
- Dia D (1.º dia sem tabaco): início da cessação (1 consulta);
- 1.ª, 2.ª, 3.ª e 4.ª semanas (4 consultas);
- 8.ª, 12.ª, 24.ª e 48.ª semanas após o Dia D (4 consultas).

d. Intervenção Terapêutica

Abordagem Psicológica

- Intervenções breves baseadas nos “5 Ás” (Abordar, Aconselhar, Avaliar, Ajudar, Acompanhar);
- Psicoeducação individual e familiar;
- Aconselhamento motivacional para casos em fase de pré-contemplação;
- Apoio na prevenção de recaída e na gestão de sintomas de abstinência.

Abordagem Farmacológica

“Existem várias *guidelines* disponíveis, entre elas portuguesas, que sugerem como terapêutica de primeira linha a terapêutica de substituição de nicotina (TSN) ou o bupropiom sr; como segunda linha a nortriptilina e a clonidina,³ e eventualmente a areniclina e a cistisiniclina. Nos doentes com psicose, as evidências de maior sucesso na taxa de cessação tabágica parecem remeter para a TSN e para o bupropiom quando combinadas com uma abordagem cognitivo-comportamental.^{4,9,10} Uma revisão sistemática realizada por Pinho S, Rocha V, Vieira-Coelho MA (2021) demonstrou boa tolerabilidade e segurança destas terapêuticas, não só em doentes com perturbações psicóticas, como também em situações do foro humor e ansioso.¹⁰ Estudos mais recentes, datados de 2023, demonstram eficácia da cistisiniclina na cessação tabágica, não inferior à vareniclina. Comparativamente, a cistisiniclina possui um melhor perfil de tolerância, com menos efeitos adversos, e com taxas de abstinências semelhantes aos TSN.¹² Apesar de serem poucos os estudos de eficácia para a população de doentes com perturbações psiquiátricas do foro psicótico, estima-se também um perfil idêntico ao da vareniclina.”

e. Indicações para Terapêutica:

- Consumo ≥ 10 cigarros/dia;
- Pontuação no Teste de Fagerström > 5 ;
- Tentativas prévias sem sucesso ou critério clínico.

f. Opções Terapêuticas:

- Terapêutica de substituição de nicotina (TSN): gomas, pastilhas, adesivos (24h ou 16h), incluindo combinações em doses elevadas;
- Bupropiom: titulação até 300 mg/dia durante 7 a 9 semanas;
- Vareniclina: esquema de titulação com 12 semanas de duração mínima;
- Cistisiniclina: esquema de redução progressiva durante 25 dias.

g. Instrumentos de Avaliação

Serão utilizados instrumentos psicométricos validados (Tabela 1) para avaliar dependência, motivação, psicopatologia, sintomas de abstinência, efeitos adversos e qualidade de vida.

Em termos do estado físico do doente, serão feitas avaliações em cada observação, nomeadamente medição da pressão arterial, frequência cardíaca e peso, conforme demonstrado na Tabela 2.

Por último e não menos importante, propomos o doseamento dos níveis plasmáticos de antipsicótico em determinadas observações: 1M, 2M, 3M, 6M e 12M.

Tabela 1. Instrumentos Psicométricos para avaliação da dependência, motivação, psicopatologia, sintomas de abstinência, efeitos adversos e qualidade de vida.

Avaliação do grau de dependência	Teste de Fagerström: <i>Baseline</i> ^{3,9} ;
Avaliação da motivação	Teste de Richmond: <i>Screening</i> ; <i>Baseline</i> ; 2ª avaliação - antes do Dia D; 1M; 2M; 3M; 6M; 12M ³ ;
	Questionário para Avaliação dos Estádios de Mudança Comportamental: <i>Baseline</i> ; 2ª avaliação - antes do Dia D; 1M; 2M; 3M; 6M; 12M ^{3,9,14,15} ;
Avaliação de psicopatologia	Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão de Zigmund e Snaith (HADS): <i>Baseline</i> ; 1ª semana; 1M; 2M; 3M; 6M; 12M ³ ;
	24-item <i>Brief Psychiatric Rating Scale</i> : <i>Baseline</i> ; 1ª semana; 1M; 2M; 3M; 6M; 12M ^{10,16} ;
Avaliação de consumos etílicos	<i>Alcohol Use Disorder Identification Test</i> (AUDIT-C): <i>Baseline</i> ^{3,17} ;
Avaliação de sintomas de abstinência	<i>Questionnaire of Smoking Urges - Brief</i> : 1ª semana; 2ª semana; 3ª semana; 1M; 2M; 3M; 6M; 12M ^{18,20} ;
	<i>Cigarette Withdrawal Scale</i> (CWS): 1ª semana; 2ª semana; 3ª semana; 1M; 2M; 3M; 6M; 12M ^{19,21} ;
	<i>Wisconsin Withdrawal Scale</i> (WWSI): 1ª semana; 2ª semana; 3ª semana; 1M; 2M; 3M; 6M; 12M ^{20,21} ;
Avaliação de sintomas adversos durante o tratamento	Escala de Avaliação do Conforto durante o Tratamento de Cessação Tabágica: 1ª semana; 2ª semana; 3ª semana; 1M; 2M; 3M; 6M; 12M ²² ;
Avaliação da qualidade de vida	<i>WHO Quality of Life-BREF</i> (WHOQOL-BREF): 1M; 2M; 3M; 6M; 12M ²³ ;
	<i>12-item Short Form Survey</i> : 1M; 2M; 3M; 6M; 12M ¹⁰

Tabela 2. Avaliação do estado físico

Avaliação de sinais vitais	Pressão arterial;
	Frequência cardíaca;
	Saturação de oxigénio;
	Frequência respiratória;
	Temperatura;
Medicação de dados antropo morfométricos	Peso;
	Índice de massa corporal;
	Perímetro abdominal;
Doseamento do monóxido de carbono no ar expirado	

h. Equipa Técnica

O protocolo é implementado por uma equipa multiprofissional composta por:

- Médico Psiquiatra: avaliação clínica, prescrição terapêutica;
- Enfermeiro: avaliação antropométrica, aplicação de escalas, reforço educativo;

- Psicólogo: apoio motivacional, prevenção de recaídas;
- Nutricionista: aconselhamento em casos de preocupação com aumento de peso ou IMC acima de 25 kg/m².

i. Aspectos Éticos

O protocolo inclui a obtenção de consentimento informado por escrito, com explicitação verbal e documental dos

objetivos, benefícios e potenciais efeitos adversos da intervenção. A recolha e tratamento dos dados é efetuada em conformidade com as normas de confidencialidade clínica. O projeto foi enquadrado na atividade clínica regular da unidade de internamento, em conformidade com os princípios éticos de Helsínquia.

RESULTADOS

A implementação do protocolo de cessação tabágica numa unidade de internamento especializada no tratamento de perturbações psicóticas tem como objetivo principal a promoção da abstinência sustentada de consumo de tabaco em doentes com perturbação psicótica. Como tal, hipotetizamos que este protocolo poderá contribuir para:

- Melhoria das taxas de cessação tabágica durante e após o internamento, com manutenção da abstinência até aos 12 meses;
- Redução dos sintomas negativos e cognitivos associados, através de uma abordagem personalizada e multidisciplinar;
- Melhoria dos indicadores de saúde física, nomeadamente parâmetros cardiovasculares, respiratórios e antropométricos;
- Melhoria da qualidade de vida global, com impacto nos domínios físico, psicológico e relacional;
- Maior estabilidade farmacológica, com monitorização ativa de níveis plasmáticos de antipsicóticos e prevenção de eventos adversos relacionados com alterações metabólicas decorrentes da cessação.

Finalmente, pressupomos uma redução de episódios de agudização e de reinternamentos, atendendo à evidência científica que associa a cessação tabágica a melhorias na estabilidade clínica e diminuição do risco de reinternamento. No entanto, reconhecemos que o presente protocolo não foi desenhado para testar esta hipótese de forma direta, pelo que futuros estudos deverão avaliar especificamente esta relação. Estes resultados serão monitorizados através da aplicação periódica de instrumentos psicométricos e clínicos validados, em diferentes momentos, ao longo de 12 meses após o início da intervenção.

DISCUSSÃO

A elevada prevalência de consumo de tabaco em doentes com perturbação psicótica, em particular esquizofrenia, exige respostas clínicas estruturadas e integradas. Este protocolo responde à necessidade de abordar a dependência nicotínica como parte integrante do plano terapêutico em contexto de internamento psiquiátrico.

Os dados disponíveis apontam para benefícios significativos da cessação tabágica nesta população, incluindo não só ganhos em saúde física e redução da mortalidade, como também impacto positivo na estabilização clínica e redução da sintomatologia.^{1,4,6} A abordagem multiprofissional, integrando médico, enfermeiro, psicólogo e nutricionista, permite uma atuação abrangente e adaptada às necessidades específicas de cada doente.

O protocolo aqui descrito reforça o internamento como janela terapêutica privilegiada, promovendo a motivação para a mudança, a adesão à terapêutica e o acompanhamento estruturado após a alta. A utilização de escalas validadas, combinada com a flexibilidade do modelo (presencial ou telefónico), facilita a continuidade da intervenção em diferentes contextos.

Apesar de robusto na sua conceção, este protocolo apresenta algumas limitações:

- A ausência, até à data, de dados sistematizados de eficácia na população-alvo (ainda em fase de implementação);
- A escassez de evidência específica para determinadas moléculas, como a cistisiniciclina, em doentes com psicose¹¹⁻¹³;
- A dependência de recursos humanos diferenciados, nem sempre disponíveis de forma sistemática noutras unidades;
- Risco acrescido de *dropouts* ao longo dos 12 meses.

No entanto, estas limitações poderão ser colmatadas com a continuidade do acompanhamento, a recolha de dados prospectivos e a articulação com unidades de investigação clínica, permitindo uma futura validação formal do modelo e eventual replicação em outros contextos hospitalares.

Especificamente para o risco de abandono ao longo dos 12 meses, propomos estratégias de reforço da adesão e flexibilização das avaliações para minimizar este impacto, como flexibilização das avaliações (possibilidade de realizar algumas avaliações por telefone ou teleconsulta); calendarização prévia das sessões; formação da equipa para uniformizar procedimentos e otimizar o tempo despendido; registo estruturado de faltas e motivos, permitindo intervenções precoces em utentes em risco de abandono.

CONCLUSÃO

A cessação tabágica em doentes com perturbação psicótica representa simultaneamente um desafio clínico e uma oportunidade terapêutica. A elevada prevalência de consumo, associada a fatores neurobiológicos, psicossociais e farmacológicos, exige uma resposta estruturada, contínua e adaptada às especificidades desta população.

O protocolo aqui apresentado, implementado em contexto de internamento psiquiátrico, recorre a uma abordagem multiprofissional baseada na evidência, aliando intervenção psicoterapêutica breve, terapêutica farmacológica individualizada e seguimento prolongado até 12 meses. Esta proposta visa não só melhorar as taxas de abstinência, mas também contribuir para a estabilidade clínica, a monitorização adequada da terapêutica antipsicótica e a promoção de estilos de vida saudáveis.

A replicação deste modelo noutras contextos poderá representar um passo decisivo na integração da cessação tabágica nos cuidados de saúde mental, reforçando o compromisso com uma abordagem verdadeiramente holística e centrada na recuperação dos doentes com doença mental grave.

PRÉMIOS E APRESENTAÇÕES PRÉVIAS

Apresentação do protocolo em reunião de equipa da Unidade de Psicose da ULS de Coimbra.

RESPONSABILIDADES ÉTICAS

Conflitos de Interesse: Os autores declaram a inexistência de conflitos de interesse na realização do presente trabalho.

Fontes de Financiamento: Não existiram fontes externas de financiamento para a realização deste artigo.

Confidencialidade dos Dados: Os autores declaram ter seguido os protocolos da sua instituição acerca da publicação dos dados de doentes.

Proteção de Pessoas e Animais: Os autores declaram que os procedimentos seguidos estavam de acordo com os regulamentos estabelecidos pela Comissão de Ética responsável e de acordo com a Declaração de Helsínquia revista em 2024 e da Associação Médica Mundial.

Proveniência e Revisão por Pares: Não comissionado; revisão externa por pares.

ETHICAL DISCLOSURES

Conflicts of Interest: The authors have no conflicts of interest to declare.

Financing Support: This work has not received any contribution, grant or scholarship

Confidentiality of Data: The authors declare that they have followed the protocols of their work center on the publication of patient data.

Protection of Human and Animal Subjects: The authors declare that the procedures followed were in accordance with the regulations of the relevant clinical research ethics committee and those of the Code of Ethics of the World Medical Association (Declaration of Helsinki as revised in 2024).

Provenance and Peer Review: Not commissioned; externally peer-reviewed.

DECLARAÇÃO DE CONTRIBUIÇÃO

FGT: Pesquisa bibliográfica e redação do manuscrito.

MC, JF, VM e AM: Revisão do manuscrito.

MB: Supervisão, redação e revisão do manuscrito.

Todos os autores aprovaram a versão final a ser publicada.

CONTRIBUTORSHIP STATEMENT

FGT: Literature review and manuscript writing.

MC, JF, VM, and AM: Manuscript review.

MB: Supervision, writing, and manuscript review.

All authors approved the final version to be published.

Referências

- McClave AK, McKnight-Eily LR, Davis SP, Dube SR. Smoking characteristics of adults with selected lifetime mental illnesses: results from the 2007 National Health Interview Survey. *Am J Public Health*. 2010;100:2464-72. doi: 10.2105/AJPH.2009.188136.
- Tsoi DT, Porwal M, Webster AC. Interventions for smoking cessation and reduction in individuals with schizophrenia. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013;2013:CD007253. doi: 10.1002/14651858.CD007253.pub3.
- Nunes E. Programa-tipo de atuação em cessação tabágica: Circular Normativa Nº: 26/DSPPS. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde; 2007.
- Rolleberg EV, Pires TO, Cintra MM, Correa MC, Aguiar LL, Silva DF. Abordagem Terapêutica Para Cessação do Tabagismo em Esquizofrênicos: Uma Revisão de Literatura. *Rev Med Saude Brasilia* 2017; 6:359-371.
- Livingstone-Banks J, Fanshawe TR, Thomas KH, Theodoulou A, Hajizadeh A, Hartman L, Lindson N. Nicotine receptor partial agonists for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*. 2023: CD006103. doi: 10.1002/14651858.CD006103.pub9.
- Banham L, Gilbody S. Smoking cessation in severe mental illness: what works? *Addiction*. 2010;105:1176-89. doi:10.1111/j.1360-0443.2010.02946.x
- Rolleberg EV, Pires TO, Cintra MM, Correa MC, Aguiar LL, Silva DO. Therapeutic Approach to Cessation of Smoking in Schizophrenics: A Literature Review. *Rev Med Saude Brasilia* 2017; 6:359-371.
- Doll R, Peto R, Boreham J, Sutherland I. Mortality in relation to smoking: 50 years' observations on male British doctors. *BMJ*. 2004;328:1519. doi: 10.1136/bmj.38142.554479.AE.
- Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva/Ministério da Saúde. Protocolo Clínico E Diretrizes Terapêuticas Dependência À Nicotina: Divisão de Controle do Tabagismo/Coordenação de

- Ações Estratégicas/ Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva/Ministério da Saúde. Rio de Janeiro: INCJAG; 2013.
10. Baker A, Richmond R, Haile M, et al. A randomized controlled trial of a smoking cessation intervention among people with a psychotic disorder. *Am J Psychiatry*. 2006;163:1934-42. doi:10.1176/ajp.2006.163.11.1934.
 11. Pinho S, Rocha V, Vieira-Coelho MA. Effectiveness of multimodal interventions focused on smoking cessation in patients with schizophrenia: A systematic review. *Schizophrenia Res*. 2021;145-53. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2021.03.012>.
 12. Rigotti NA, Benowitz NL, Prochaska J, Leischow S, Nides M, Blumenstein B, et al. Cytisinicline for Smoking Cessation: A Randomized Clinical Trial. *JAMA*. 2023;330:152-60. doi:10.1001/jama.2023.10042.
 13. Ofori S, Lu C, Olasupo OO, Dennis BB, Fairbairn N, Devereaux PJ, Mbuagbaw L. Cytisine for smoking cessation: A systematic review and meta-analysis. *Drug Alcohol Depend*. 2023;110936. doi:10.1016/j.drugalcdep.2023.110936.
 14. Prochaska JO, Di Clemente CC. Transtheoretical therapy: towards a more integrative model of change. *Psychotherapy*. 1982;19:276-288.
 15. Prochaska JJ, Das S, Young-Wolff KC. Smoking, Mental Illness, and Public Health. *Annu Rev Public Health*. 2017;38:165-85. doi: 10.1146/annurev-publhealth-031816-044618.
 16. Zanello A, Berthoud L, Ventura J, Merlo MC. The Brief Psychiatric Rating Scale (version 4.0) factorial structure and its sensitivity in the treatment of outpatients with unipolar depression. *Psychiatry Res*. 2013;210:626-33. doi: 10.1016/j.psychres.2013.07.001.
 17. Bush K, Kivlahan DR, McDonell MB, Fihn SD, Bradley KA, et al. The Audit alcohol consumption questions (AUDIT-C): an effective brief screening test for problem drinking. *Arch Inter Med*. 1998; 16: 1789-95.
 18. Araujo RB, Oliveira MS, Duarte Moraes JF, Pedroso RS, Port F, Tanori de Castro MG. Validation of the Brazilian version of Questionnaire of Smoking Urges-Brief. *Arch Clin Psychiatry*. 2007;34. doi: 10.1590/S0101-60832007000400002.
 19. Etter J. A self-administered questionnaire to measure cigarette withdrawal symptoms: the Cigarette Withdrawal Scale. *Nicotine Tob Res*. 2005;7:47-57. doi: 10.1080/14622200412331328501.
 20. Welsch SK, Smith SS, Wetter DW, Jorenby DE, Fiore MC, Baker TB. Development and validation of the Wisconsin Smoking Withdrawal Scale. *Exp Clin Psychopharmacol*. 1999;7:354-61. doi: 10.1037//1064-1297.7.4.354.
 21. Pereira dos Santos JD, Silveira DV, Oliveira DF, Caiaffa WT. Instruments used to evaluate smoking habits: a systematic review. *Ciênc Saúde Coletiva*, 2011;16:4707-20. doi: 10.1590/S1413-81232011001300020.
 22. Issa JS. A new nicotine dependence score and a new scale assessing patient comfort during smoking cessation treatment. *J Bras Pneumol*. 2012;38:761-5. <https://doi.org/10.1590/S1806-37132012000600012>.
 23. Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF quality of life assessment. The WHOQOL Group. *Psychol Med*. 1998; 28:551-8.