

ARTIGO PERSPETIVA/PERSPECTIVE ARTICLE

## O Paradigma da Cessação Tabágica na Doença Mental Grave: Um Olhar Crítico The Smoking Cessation Paradigm in Severe Mental Illness: A Critical Look

RODRIGO VALIDO\*<sup>1</sup>, FILIPA CALDAS<sup>1</sup>, GUSTAVO SANTOS<sup>1</sup>

1. Hospital Magalhães Lemos, Porto, Portugal

O consumo de tabaco é considerado uma das principais causas de morte passível de prevenção e o tratamento da perturbação de uso de nicotina é considerado por alguns autores como o padrão de referência das terapêuticas preventivas na medicina contemporânea.<sup>1-3</sup> A cessação tabágica é uma área científica multidisciplinar, sendo forçosamente partilhada com a Pneumologia, Medicina Interna, Medicina Geral e Familiar e também com a Saúde Pública. O papel do psiquiatra na cessação tabágica foi durante muito tempo subvalorizado, senão mesmo omitido. Contudo, a constatação de que cerca de 70% a 80% das mortes de pessoas com doença mental grave (DMG) devem-se a comorbilidade por doença física, tem dirigido a atenção dos psiquiatras para esta problemática.<sup>2-4</sup> A investigação na área da saúde mental e comorbilidade com patologia aditiva, incluindo o tabagismo, tem também atravessado um interesse crescente.

A Consulta de Cessação Tabágica enquadrada nos Serviços de Saúde Mental tem várias particularidades, pelo que defendemos a mais-valia da criação de uma consulta especializada para cessação tabágica no enquadramento dos serviços de Psiquiatria e Saúde Mental. As intervenções habituais podem não ser suficientes para manutenção da abstinência nas pessoas com DMG, que além de possivelmente terem uma vulnerabilidade biológica à adição da nicotina, têm frequentemente um juízo crítico diminuído para os malefícios do tabaco e apresentam problemáticas como insuficiência económica, fraco suporte social e perturbação do uso de substâncias comórbida.<sup>5,6</sup> Verificamos que entre as pessoas com DMG, os serviços genéricos de cessação tabágica são vivenciados como inadequados e que existe a percepção de falta de apoio dos profissionais de saúde para deixar de fumar.<sup>1,5</sup> Começa a acumular-se evidência de que intervenções mais intensivas e multifacetadas podem ser necessárias para atingir a cessação tabágica sustentada.<sup>1,5,6</sup> Constatamos que as pessoas com DMG recebem menos aconselhamento e incentivo à cessação tabágica. Na nossa perspetiva, uma considerável parte da responsabilidade de

orientar e tratar das pessoas com DMG com dependência de nicotina, pertence aos psiquiatras. Esta importante função explica-se logicamente pela elevada prevalência de fumadores com DMG e o impacto na saúde física e elevada mortalidade relacionada com este comportamento aditivo.<sup>4-6</sup> O sucesso das intervenções de cessação tabágica em pessoas com DMG que recebem suporte adequado é semelhante ao dos fumadores da população geral.<sup>3,6-8</sup> Ao refletirmos acerca da resistência por parte dos psiquiatras e outros técnicos de saúde mental, em aconselhar e orientar os doentes para consultas de cessação tabágica, colocamos a hipótese de estarmos perante um fenómeno de viés de normalização que promove a falta de sentido de urgência em iniciativas de mudança e impede o progresso, criando uma situação de não reação. Por um lado, verificamos a enorme prevalência de pessoas com DMG que fumam e, por outro lado, na prática clínica em psiquiatria, num contexto de consulta externa, a regra é o agendamento sobrelotado e tempos de consulta limitativos. De uma forma geral, os profissionais de saúde mental partilham muitas das crenças erróneas dos doentes e perpetuam o hábito tabágico, nomeadamente que fumar funciona como uma forma de ocupar o tempo e de gerir a ansiedade e o *stress* percebidos. Assim, podemos conceber que se relativizem os consumos de tabaco frente a outros problemas clinicamente significativos que têm de ser atendidos num internamento ou consulta de psiquiatria. No entanto, e supondo haver um investimento na mudança gradual de paradigma na avaliação e tratamento do tabagismo, parece-nos relevante investir na formação dos profissionais e técnicos de saúde mental nesta área.

A avaliação do “status” tabágico seguindo um dos modelos mais usados e recomendados, o dos 5A’s (Perguntar (“Ask”), 2) Avaliar (“Assess”), 3) Aconselhar (“Advice”), 4) Assistir (“Assist”) e 5) Seguimento (“Arrange”)), deve ser repetido em todas as consultas no sentido de desenvolver a motivação da pessoa para a cessação tabágica. Nesta fase já se podem e devem adotar medidas

Recebido/Received: 2021-11-06

Aceite/Accepted: 2021-11-14

Publicado / Published: 2021-11-27

\* Autor Correspondente/Corresponding Author: Rodrigo Valido | [rodrigovalido@hmlemos.min-saude.pt](mailto:rodrigovalido@hmlemos.min-saude.pt) | R. Prof. Álvaro Rodrigues, 4149-003 Porto

© Author(s) (or their employer(s)) and SPPSM Journal 2021. Re-use permitted under CC BY-NC. No commercial re-use.

© Autor (es) (ou seu (s) empregador (es)) e Revista SPPSM 2021. Reutilização permitida de acordo com CC BY-NC.

Nenhuma reutilização comercial.

farmacológicas para assegurar que a motivação do doente é canalizada para a cessação tabágica. A referenciação para uma consulta pode ser morosa ou inexistente e não deve comprometer o investimento na cessação tabágica, mesmo que não se possa oferecer outro suporte. Se após a avaliação o doente estiver motivado e existir a possibilidade de referenciar a uma consulta de cessação tabágica, este deve ser o padrão. A eficácia de programas de cessação tabágica com tratamentos psicofarmacológicos (vareniclina, terapêutica de substituição de nicotina e bupropiona) e psicoterapêuticos (entrevista motivacional e psicoterapia cognitivo-comportamental individual e/ou em grupo) tem sido amplamente documentada e reforçada por revisões sistemáticas e meta-análises.<sup>5,7,8</sup> A vareniclina e a bupropiona são seguras e eficazes no tratamento para cessação tabágica e não se associam a um aumento importante nas taxas de eventos neuropsiquiátricos adversos.<sup>8,9</sup> Somos da opinião de que alguns doentes com DMG podem beneficiar de doses de vareniclina superiores às aprovadas e de tratamentos mais prolongados do que os utilizados na população geral.<sup>9</sup> Na nossa prática clínica constatamos que as abordagens comportamentais e mais diretivas se revelam mais eficazes que a abordagem mais racional da entrevista motivacional. Várias pessoas com DMG apresentam deterioração cognitiva manifesta, pelo que orientações de natureza comportamental tendem a ser mais eficazes. As técnicas da entrevista motivacional devem ser ajustadas a cada caso concreto, conforme o estadió da doença e o grau de deterioração cognitiva. Apesar de pouco estudado, consideramos importante contemplar o conceito de redução de danos como um resultado favorável em pessoas com DMG, ao contrário do estipulado para a população geral.<sup>10</sup> Isto é, a redução significativa do número de cigarros fumados, conforme o plano individual estabelecido em conjunto com a pessoa, pode ser

um objetivo válido e útil para ganhos em saúde. Alguns doentes apenas se encontram disponíveis para reduzir a carga tabágica e não para a abstinência, sendo que devemos valorizar este esforço e ajudar.

Salientamos a importância de envolver a família na monitorização de eventuais efeitos neuropsiquiátricos adversos e de assegurarmos a estabilidade psicopatológica (sintomatologia afetiva e/ou psicótica) antes de iniciar um tratamento psicofarmacológico para deixar de fumar. Deve ser dada preferência ao tratamento de outras perturbações psiquiátricas antes da cessação tabágica, para que depois esta possa decorrer o mais favoravelmente possível. Salientamos também a constatação de que chamadas telefónicas e consultas rápidas de seguimento funcionam como elementos fundamentais para manter o doente envolvido e motivado no processo de cessação tabágica.

Os ganhos em saúde e a melhoria na qualidade de vida são inquestionáveis com a cessação tabágica, contudo é a manutenção da cessação que se demonstra um grande desafio. Existem muito poucos estudos nesta área e acreditamos que seja necessária uma atenção especial e investigação dedicada ao tabagismo e à sua associação com a Saúde Mental, para se poderem desenvolver novas estratégias comportamentais e farmacológicas para a cessação tabágica e, igualmente importante, a manutenção da mesma.

Por fim, acreditamos na importância de tornar as unidades psiquiátricas em unidades sem fumo, sendo que Portugal está muito desfásado da realidade de outros países europeus neste aspeto. Idealmente as hospitalizações serviriam de força motriz para a cessação tabágica, criando condições para encorajar o doente a deixar de fumar. Tal exige uma mudança de mentalidade acerca do tabagismo nas pessoas com DMG e uma mudança de paradigma na Psiquiatria em geral.

### Responsabilidades Éticas

**Conflitos de Interesse:** Os autores declaram não possuir conflitos de interesse.

**Suporte Financeiro:** O presente trabalho não foi suportado por nenhum subsidio ou bolsa.

**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.

**Financial Support:** This work has not received any contribution grant or scholarship.

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

### Referências

1. Knowles S, Planner C, Bradshaw T, Peckham E, Man MS, Gilbody S. Making the journey with me: a qualitative study of experiences of a bespoke mental health smoking cessation intervention for service users with serious mental illness. *BMC Psychiatry*. 2016;16:193. doi:10.1186/s12888-016-0901-y.
2. Jackson JG, Diaz FJ, Lopez L, de Leon J. A combined analysis of worldwide studies demonstrates an association between bipolar disorder and tobacco smoking behaviors in adults. *Bipolar Disord*. 2015;17:575-97. doi:10.1111/bdi.12319.
3. Dixon L, Medoff DR, Wohlheiter K, DiClemente C, Goldberg R, Kreyenbuhl J, et al. Correlates of severity of smoking among persons with severe mental illness. *Am J Addict*. 2007;16:101-10. doi:10.1080/10550490601184415.
4. Šagud M, Vuksan-Ćusa B, Jakšić N, Mihaljević-Peleš A, Rojnić Kuzman M, Pivac N. Smoking in

- Schizophrenia: an Updated Review. *Psychiatr Danub*. 2018;30:216-23.
5. Mitchell AJ, Vancampfort D, De Hert M, Stubbs B. Do people with mental illness receive adequate smoking cessation advice? A systematic review and meta-analysis. *Gen Hosp Psychiatry*. 2015;37:14-23. doi:10.1016/j.genhosppsy.2014.
  6. Peckham E, Bradshaw TJ, Brabyn S, Knowles S, Gilbody S. Exploring why people with SMI smoke and why they may want to quit: baseline data from the SCIMITAR RCT. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2016;23:282-9. doi:10.1111/jpm.12241.
  7. Gilbody S, Peckham E, Bailey D, Arundel C, Heron P, Crosland S, et al. Smoking cessation for people with severe mental illness (SCIMITAR+): a pragmatic randomised controlled trial. *Lancet Psychiatry*. 2019;6:379-90. doi:10.1016/S2215-0366(19)30047-1.
  8. Evins AE, Benowitz NL, West R, Russ C, McRae T, Lawrence D, et al. Neuropsychiatric Safety and Efficacy of Varenicline, Bupropion, and Nicotine Patch in Smokers With Psychotic, Anxiety, and Mood Disorders in the EAGLES Trial. *J Clin Psychopharmacol*. 2019;39:108-16. doi:10.1097/JCP.0000000000001015.
  9. Ahmed S, Virani S, Kotapati VP, Bachu R, Adnan M, Khan AM, et al. Efficacy and Safety of Varenicline for Smoking Cessation in Schizophrenia: A Meta-Analysis. *Front Psychiatry*. 2018;9:428. doi: 10.3389/fpsy.2018.00428.
  10. Gartner C, Hall W. Tobacco harm reduction in people with serious mental illnesses. *Lancet Psychiatry*. 2015;2:485-7. doi: 10.1016/S2215-0366(15)00238-2.