

Doença mental grave, dependência ao tabaco e doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC)

Cerca de uma em cada cem pessoas atendidas na atenção primária pode sofrer de doença mental grave.¹ A prevalência da dependência ao tabaco e o risco de DPOC, juntamente com outras doenças não transmissíveis, como doenças cardíacas e câncer de pulmão, são substancialmente mais elevadas em pacientes com DMG na atenção primária e nos serviços de saúde mental comparativamente a população em geral, o que constitui um enorme ônus para a saúde, mas também uma oportunidade significativa para melhorar os cuidados da DPOC.

Este Guia Prático tem como objetivo auxiliar as equipes de atenção primária e as que prestam cuidados médicos gerais nos serviços de saúde mental na avaliação, diagnóstico e tratamento de pacientes com doenças mentais graves que apresentam dependência ao tabaco e têm DPOC. Este Guia pode ser lido em conjunto com nossos Guias Práticos sobre [Ajudando as pessoas a parar de fumar](#) e [DPOC e problemas de saúde mental associados](#).

DOENÇA MENTAL GRAVE E DESIGUALDADES DE SAÚDE FÍSICA

A Doença mental grave (DMG) inclui a esquizofrenia (EZ), o transtorno bipolar (TB) e o transtorno afetivo com psicose.²⁻⁵ A DMG ocasiona comprometimento funcional importante que limita as atividades de vida diária e é relacionada à piora da saúde em comparação àqueles sem DMG. O diagnóstico é baseado no Manual de Diagnóstico e Estatística de Transtornos Mentais (DSM-5), e frequentemente é realizado por psiquiatras da atenção secundária. Uma das principais causas da DPOC continua a ser o tabagismo.⁶ Há alta prevalência de consumo de tabaco, bem como a exposição regular a outras substâncias fumadas como cannabis ou heroína, que também podem ocasionar DPOC/enfisema, em pessoas que vivem com DMG.

É importante que os médicos da atenção primária reconhecem a DMG em pacientes a fim de identificar possíveis comorbidades relacionadas, visto que aproximadamente 1 em cada 4 pessoas com DMG e que são tabagistas podem ter DPOC não diagnosticada.² Além disso, a prevalência de DPOC é elevada em pacientes com DMG e eles podem morrer até 20 anos mais cedo do que a população em geral e têm 3-9 vezes mais probabilidade de morrer de DPOC.⁷ Infelizmente, a DPOC também deixa de ser diagnosticada neste grupo de pacientes devido ao diagnóstico só ocorrer com os pacientes em idade mais avançada quando se compara ao diagnóstico da DMG concomitante (início dos 40 anos comparativamente aos 20

Ações práticas recomendadas para diagnosticar e tratar a DPOC em pessoas com DMG

DIAGNÓSTICO

1. Faça um histórico de tabagismo para compreender o risco da exposição cumulativa ao tabaco e outras drogas.
2. Identifique sintomas sugestivos de DPOC usando escalas clínicas simples, como a escala de dispneia MRC, associada com observação quando necessária.¹⁹
3. Esteja ciente de que este grupo de pacientes pode ser menos propenso em relatar e identificar sintomas como falta de ar e pode estar hipóxico sem relatar falta de ar. Por esta razão é que é útil usar a avaliação clínica para identificar dispneia.
4. Utilize um limiar baixo para realizar um teste de função pulmonar através de uma espirometria expiratória, ou se um teste de função pulmonar não estiver disponível, use um micro espirômetro portátil que pode ser mais fácil e indicar um diagnóstico de DPOC.²⁰
5. Tenha e use um oxímetro de pulso pois os pacientes com DMG podem relatar menos sintomas/ser menos conscientes de que não estão bem; tome medidas quando os valores estiverem baixos. O fenótipo da DPOC em pacientes com histórico significativo de uso de drogas fumadas pode ser mais parecido com o do enfisema com espirometria relativamente preservada e queda na saturação de oxigênio no sangue durante o esforço.²¹
6. A pessoa pode ter outras razões para apresentar níveis baixos de saturação de oxigênio no sangue, incluindo obesidade. Portanto, meça o IMC porque a obesidade é uma comorbidade comum do DMG.²²

INTERVENÇÃO

7. Explique o que é a DPOC ... 'pulmão de fumante' e, em seguida, utilize uma abordagem baseada em evidências e sem julgamento para oferecer tratamento para a dependência do tabaco como o tratamento principal [veja o Guia Prático [Ajudando as pessoas a abandonar o tabagismo](#) e aqui para informações mais detalhadas sobre tratamento farmacoterapêutico de primeira linha para a dependência ao tabaco].
8. Se possível, meça os níveis de CO, pois isso também pode ajudar a motivar o tabagista a parar de fumar.²³
9. Em pessoas com DPOC, explique e ofereça vacinas. As vacinas recomendadas incluem gripe, pneumocócica e COVID-19, bem como Tdap (coqueluche, tétano e difteria), se não for vacinado na adolescência, e a contra a herpes zoster.⁶
10. Trabalhe com a equipe de saúde mental que conhece o paciente em uma agenda compartilhada para garantir o acesso ao tratamento para a sua dependência do tabaco, à vacinação e para permitir que os pacientes que relatam falta de ar participem da reabilitação pulmonar (consulte nosso Guia Prático de [Reabilitação Pulmonar](#) para ajudar a explicar, bem como nosso vídeo sobre [Como Respiramos](#) e o Modelo de funcionamento do pensamento respiratório explicado em nosso Guia Prático).
11. O custo é um fator significativo que impede os pacientes de utilizar essas intervenções úteis. Ajude a melhorar o acesso a elas gratuitamente, seja orientando-os para um serviço gratuito ou sinalizando para que o seu serviço de saúde as ofereça.
12. Ao colaborar com a equipe de saúde mental no tratamento da dependência do tabaco, pode ser útil abordar quaisquer mitos potenciais sobre o tabagismo. É importante educar os profissionais de saúde mental e abordar pontos de vista inúteis, como "fumar é o único prazer que nossos pacientes têm", "fumar ajuda a reduzir a agitação dos pacientes", "não deveríamos dizer aos pacientes o que fazer", "proibir o fumo em ambientes de internação é contra os direitos humanos dos pacientes", pois todos esses pontos de vista demonstraram ser clínica e legalmente incorretos.
13. Não inicie o tratamento com inaladores sem uma avaliação respiratória completa ou sem um diagnóstico. Se for relatada nova falta de ar, solicite uma radiografia do tórax, pois podem haver outras causas, inclusive câncer de pulmão/insuficiência cardíaca.
14. Incluir as mortes de pessoas com doenças mentais graves com idade inferior a 75 anos nas revisões de incidentes adversos.

◀ anos de idade, respectivamente¹⁾, é subnotificada ou apresenta-se com minimização dos sintomas. Portanto, são necessários testes regulares de avaliação da função pulmonar ao longo da vida em pessoas com DMG e que são dependentes de tabaco.

Portanto, há uma grande oportunidade de se fazer melhorias mensuráveis nos resultados de saúde e na equidade por diagnosticar e tratar a DPOC em pessoas com DMG, especificamente concentrando-se em diagnosticar e tratar a sua dependência ao tabaco.

TABACO E DOENÇA MENTAL GRAVE

O tabagismo é o principal fator de risco evitável para a mortalidade prematura em pessoas com DMG e continua sendo um problema sério. Apesar de uma tendência decrescente na prevalência de tabagismo no mundo,²⁻⁴ pessoas com DMG continuam fumando até três vezes mais do que a população em geral e via de regra tendem a ser mais dependentes da nicotina. Historicamente, é menos provável que elas sejam diagnosticadas com dependência ao tabaco e/ou que recebam tratamento e, conseqüentemente, têm um risco maior de morbidade e mortalidade.^{2-4,8} Se não forem tratados, isso pode levar a morte prematura e morbidade evitável.⁸⁻¹¹ **Isto cria uma oportunidade significativa para melhorar os resultados de saúde e a equidade.**

Considerando que duas em cada três fumantes na população em geral morrerão por causas relacionadas ao tabagismo, isto representa uma oportunidade significativa.^{12,13-14} Em pacientes com DMG, é sensato priorizar a avaliação da dependência ao tabaco e o tratamento desta dependência.¹⁵ Estudos demonstram que pessoas com DMG e que são tabagistas são motivadas a parar de fumar, o que é possível com abordagens baseadas em evidências, mas estas muitas vezes não são oferecidas ou não são economicamente acessíveis para serem realizadas por estas pessoas.¹⁶ No entanto, as pessoas com DMG que são tabagistas e conseguem parar de fumar apresentam resultados de saúde estatisticamente melhores em comparação ao que apresentavam antes da cessação.^{17,18}

PRINCIPAIS TRATAMENTOS

Os principais medicamentos aprovados pela OMS para cessação do tabagismo, a saber, vareniclina, bupropiona e terapia de reposição de nicotina, são todos seguros para uso em pessoas com DMG. [Clique aqui](#) para acessar o Guia Prático Ajudando as pessoas a pararem de fumar que mostra uma abordagem passo a passo e mais detalhada e [aqui](#) para mais informações sobre a farmacoterapia discutida abaixo.

Dicas para uma comunicação eficaz sobre a dependência do tabaco com pacientes com DMG

Considere adotar uma abordagem motivacional, por exemplo, com perguntas do tipo PARR e explique o modelo Respiração-Pensamento-Funcionamento para orientar a sua conversa. Leia mais sobre este modelo e intervenções não farmacológicas nos [Guias Práticos de DPOC e de saúde mental do IPCRG](#).

Pergunte sobre o uso de tabaco

- Você fuma tabaco ou usa outros produtos de tabaco? [não, sim, parou - há quanto tempo - mais de 3 meses = ex-tabagista, menos de 3 meses = tabagista]
- Quantos cigarros por dia? [observe que 1 maço-ano = 20 cigarros fumados diariamente durante um ano; anos-maço = anos de fumo x maços 1 maço = 20 cigarros]

Informe sobre os danos e o apoio disponível

- O tabaco é realmente viciante - mais viciante do que a heroína, mas podemos ajudá-lo a parar de fumar.
- Se você fuma, é provável que venha a ter DPOC/enfisema/pulmão de fumante, o que é muito prejudicial à sua saúde e à sua vida.
- Se você parar de fumar, isso melhorará sua saúde mental: isso leva à redução da depressão, da ansiedade e do estresse e melhora o humor e a qualidade de vida.⁴
- Isso pode ajudá-lo a reduzir a dosagem de medicamentos antipsicóticos.²⁴ Fumar diminui os efeitos de medicamentos antipsicóticos (e outros medicamentos psiquiátricos), como clozapina, olanzapina e risperidona. Por esse motivo, o médico pode ter de aumentar a dose do medicamento para garantir que você esteja recebendo a quantidade recomendada. Parar de fumar pode fazer com que seu médico prescreva menos medicamentos e obtenha os mesmos resultados.²⁴
- Você terá mais dinheiro para gastar em outras coisas e é mais provável que tenha uma renda maior.²⁵
- É provável que você viva mais e tenha mais chances de evitar o câncer de pulmão e outros tipos de câncer.
- Fumar heroína, cocaína ou maconha também pode ocasionar enfisema; parar de fumar tabaco pode aumentar sua confiança para também deixar de fumar essas substâncias e aumentar seu sucesso em ficar longe de todas as substâncias.²⁶
- Outras coisas que podemos fazer para ajudar a sua saúde são vaciná-lo contra a gripe e, se você tiver DPOC, vaciná-lo também contra a pneumonia.

Essas dicas podem ser úteis se a pessoa quiser ajuda

- A abstinência pode fazer com que você se sinta mal, por isso é importante tratar a abstinência e prevenir os desejos.
- Esteja ciente de que você pode ter alterações de humor, dificuldade de concentração ou irritabilidade à medida que a nicotina é retirada do seu corpo. Isso vai parar; peça à família e aos amigos que cuidem de você e não se preocupe: esses não são novos problemas de saúde mental, apenas efeitos adversos de parar de fumar.
- Os adesivos de terapia de reposição de nicotina (TRN) podem ajudá-lo a lidar com os sintomas de abstinência [consulte o Guia Prático Ajudando as pessoas a pararem de fumar].
- Inaladores de nicotina ou vaporizadores também podem ajudar com a "fissura", ou seja, o que seu corpo deseja ("vontade") [consulte a tabela 2].
- O tratamento com comprimidos de vareniclina, para ajudá-lo a parar de fumar, dura 12 semanas, e é recomendado pela Organização Mundial de Saúde. Você começa a utilizar a vareniclina quando ainda está fumando e marca uma data para parar de fumar cerca de uma a duas semanas após o início do tratamento com vareniclina [consulte *].
- O tratamento com a Citisina, para ajudá-lo a parar de fumar, é um tratamento de 25 dias. Você começa a utilizar 6 comprimidos na primeira semana e reduz a dose gradualmente. Você perceberá que sua ansiedade poderá diminuir rapidamente.

Se eles estiverem interessados em fazer uma tentativa de parar de fumar no futuro

- Pode ser que não seja o momento certo para você parar de fumar agora, mas nós perguntaremos também na próxima consulta.

* Há uma vasta experiência com a vareniclina. No entanto, o uso e a adoção da vareniclina são relativamente baixos nos serviços de saúde mental. Isso se deve, em parte, à falta de conhecimento/especialização dos médicos, mas também pode estar relacionado às preocupações iniciais levantadas em relação ao potencial da vareniclina em aumentar a suicidalidade em casos de DMG, que desde então foram refutadas.²⁰ Infelizmente, em 2023, há problemas com o fornecimento de vareniclina em todo o mundo, portanto, verifique com seu médico se a vareniclina é uma terapia viável para ajudá-lo a parar de fumar ou se há uma alternativa.

Vareniclina

A vareniclina é um medicamento que atua como um agonista e antagonista duplo no receptor nicotínico do cérebro. Ela reduz a abstinência e reduz os efeitos de recompensa dopaminérgica do fumo. Observe que atualmente há problemas de fornecimento em alguns países. Verifique a situação local e a disponibilidade da Vareniclina genérica, pois esse medicamento pode ser de grande valia

para esse grupo de pacientes. É aconselhável oferecer TRN com esse medicamento para fornecer a nicotina adicional durante a fase de escalonamento da vareniclina.

Citisina

A citisina é um agonista parcial do receptor nicotínico, similar a vareniclina. Há fortes evidências, incluindo estudos randomizados, ensaios controlados e

Tabela 1: Abordagens terapêuticas para a cessação do tabagismo

Intervenção	Número em 100 provavelmente cessará o tabagismo	Diferença em relação a não intervenção	Força da evidência
Sem assistência	6		Alta
Vareniclina	14 (Entre 12-16)	8 (Entre 6-10)	Alta
Citisinga	13 (10-18)	7 (4-12)	Alta
Combinação de adesivo de TRN e TRN de ação rápida	Estimado como similar a citisinga e a vareniclina	Estimado como similar a citisinga e a vareniclina	Estimada
Adesivo de nicotina	8 (7-9)	2 (1-3)	Alta
TRN de ação rápida	9 (8-9)	3 (2-3)	Alta
Nicotina CE	14 (10-19)	8 (4-13)	Alta
Bupropiona	9 (8-10)	3 (2-4)	Alta
Redução Gradual da nicotina	7 (6-8)	1 (0-2)	Baixa

Adaptado de Lindson N, et al. Pharmacological and electronic cigarette interventions for smoking cessation in adults, Cochrane. 2023²⁷

Tabela 2: Como lidar com os sintomas de abstinência

Sintomas	O que está acontecendo	Como lidar com isso
Desejo intenso de fumar	O cérebro sente falta da dose de nicotina	Lembre-se de que isso passará em algumas semanas
Tosse	Os pulmões estão se livrando do alcatrão	Melhora rapidamente, bebidas quentes podem ajudar
Fome	O metabolismo está mudando, os alimentos estão mais saborosos desde que deixou de fumar	Coma frutas e vegetais, masque chicletes sem açúcar e beba muita água
Prisão de ventre e diarreia	O corpo volta ao normal (vai se restabelecer)	Beba muita água, coma frutas e vegetais frescos e faça exercícios. Se persistir: experimente produtos isentos de prescrição médica ou consulte um médico
Problemas para dormir	Devido ao fato de a nicotina sair do corpo	Dura cerca de 2 a 3 semanas, diminua o consumo de chá/café, tome mais ar fresco e faça exercícios
Tontura	Mais oxigênio para o cérebro, menos monóxido de carbono	Passará em alguns dias
Mudanças de humor, falta de concentração, irritabilidade	Sinais de abstinência de nicotina (vai deixar de ocorrer)	Avise a família e os amigos, peça apoio.

Para obter mais informações, consulte o Guia Prático Ajudando as pessoas a pararem de fumar.

meta-análises confirmando sua eficácia contra o placebo, não inferioridade (e provavelmente superioridade) em relação à TRN e não inferioridade em relação à vareniclina. Atualmente, ela está licenciada em vários países. É um tratamento de 25 dias, começando com 6 comprimidos ao dia e reduzindo, ao longo do tratamento, para dois comprimidos. É um produto natural, derivado de plantas e, consequentemente, atrativo a pacientes que preferem um produto 'natural'. Ainda não faz parte da Lista de Medicamentos Essenciais da OMS, mas é uma opção importante na ausência da vareniclina.

Terapia de Reposição de Nicotina (TRN)

A TRN tem o objetivo de evitar a recaída do tabagismo, prescrever tanto medicamentos de ação longa (adesivo), quanto curta (goma, inalador, spray) para evitar sintomas de abstinência e combater a vontade de fumar. Em caso de dentição deficiente, o que não é incomum em pessoas com DMG, a goma de mascar pode ser inadequada e a TRN via inalador ou spray bucal deve ser considerada. Para obter uma diretriz detalhada sobre a farmacoterapia de primeira linha para o

tratamento da dependência ao tabaco, consulte a [Tabela de Farmacoterapia de primeira linha para a cessação do tabagismo](#).²

Bupropiona

Consulte as diretrizes locais para prescrever bupropiona, pois em alguns países ela não é mais a primeira linha de tratamento. Em alguns países, a bupropiona ainda é considerada padrão de tratamento para ajudar as pessoas a pararem de fumar, mas os prescritores devem estar cientes do monitoramento adicional exigido do profissional de saúde.

Cigarros Eletrônicos de Nicotina (E-cigars)

É provável que os cigarros eletrônicos ajudem as pessoas com DMG a parar de fumar e geralmente são usados por um período de aproximadamente seis meses. Esses podem funcionar melhor do que a TRN, cigarros eletrônicos sem nicotina, nenhum apoio ou apenas apoio comportamental. Entretanto, eles não são isentos de riscos. São necessários mais estudos para fornecer evidências claras de seus efeitos.^{9,20}

Apoio Comportamental

O apoio comportamental por meio de entrevista motivacional e terapia cognitivo-comportamental (TCC) é comumente usado em pessoas com DMG. A TCC combinada com a farmacoterapia é mais eficaz do que apenas a TCC. ^{5,28,30-33}

Interações Medicamentosas entre o tabaco e medicamentos para o tratamento da DMG

O uso do tabaco tem um impacto no metabolismo de medicamentos antipsicóticos, como a clozapina, olanzapina e risperidona, o que pode afetar as doses necessárias para atingir níveis sanguíneos terapêuticos e, consequentemente, sua eficácia. Entretanto, embora seja importante considerar e abordar possíveis interações medicamentosas, a mensagem principal é tratar a dependência ao tabaco. As pessoas que utilizam alguns medicamentos antipsicóticos e que param de fumar também podem reduzir sua dosagem.²⁴ Modifique a dosagem de clozapina se o paciente parar de fumar.³⁴

Referências

- Severe mental health and physical health inequalities: briefing. Available via: <https://www.gov.uk/government/publications/severe-mental-illness-smi-physical-health-inequalities/severe-mental-illness-and-physical-health-inequalities-briefing>. Accessed November 2023.
- Jaen-Moreno MJ et al. Chronic obstructive pulmonary disease in severe mental illness: A timely diagnosis to advance the process of

- quitting smoking. *Eur Psychiatry*. 2021 Feb 26;64(1):e22.
3. Taylor GM et al. Smoking cessation for improving mental health. *Cochrane Database Syst Rev*. 2021 Mar 9;3(3):CD013522. doi: 10.1002/14651858.CD013522.pub2. PMID: 33687070; PMCID: PMC8121093.
 4. Gilbody S, et al. Smoking cessation for people with severe mental illness (SCIMITAR+): a pragmatic randomised controlled trial. *Lancet Psychiatry*. 2019 May;6(5):379-390. doi: 10.1016/S2215-0366(19)30047-1. Epub 2019 Apr 8. PMID: 30975539; PMCID: PMC6546931.
 5. Jahagirdar D, Kaunelis D. Smoking Cessation Interventions for Patients with Severe Mental Illnesses: A Review of Clinical Effectiveness and Guidelines [Internet]. Ottawa (ON): Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health; 2017 Aug 24.
 6. GOLD Report 2023. Available via: <https://goldcopd.org/2023-gold-report-2>
 7. Jaén-Moreno MJ, Rico-Villademoros F, Ruiz-Rull C, Laguna-Muñoz D, Del Pozo GI, Sarramea F. A Systematic Review on the Association between Schizophrenia and Bipolar Disorder with Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *COPD*. 2023 Dec;20(1):31-43
 8. Razzano LA, Cook JA, Yost C, et al. Factors associated with cooccurring medical conditions among adults with serious mental disorders. *Schizophr Res* 2015;161:458–64.
 9. Liu NH, Daumit GL, Dua T, et al. Excess mortality in persons with severe mental disorders: a multilevel intervention framework and priorities for clinical practice, policy and research agendas. *World Psychiatry* 2017;16:30–40.
 10. Launders N, Dotsikas K, Marston L, Price G, Osborn DPJ, Hayes JF. The impact of comorbid severe mental illness and common chronic physical health conditions on hospitalisation: A systematic review and meta-analysis. *PLoS One*. 2022 Aug 18;17(8):e0272498.
 11. Mitchell C, Zuraw N, Delaney B, Twohig H, Dolan N, Walton E, Hulin J, Yousefpour C. Primary care for people with severe mental illness and comorbid obstructive airways disease: a qualitative study of patient perspectives with integrated stakeholder feedback. *BMJ Open*. 2022 Mar 1;12(3):e057143.
 12. Evins AE, Cather C, Laffer A. Treatment of tobacco use disorders in smokers with serious mental illness: toward clinical best practices. *Harv Rev Psychiatry*. 2015;23(2):90–8.
 13. Jaén-Moreno, M., Feu, N., Redondo-Écija, J. et al. Smoking cessation opportunities in severe mental illness (tobacco intensive motivational and estimate risk — TIMER—): study protocol for a randomized controlled trial. *Trials* 20, 47 (2019).
 14. Banks E, et al. *BMC Medicine* 2015;13(38): doi:10.1186/s12916-015-0281-z
 15. Lawrence D, Mitrou F, Zubrick SR. Smoking and mental illness: results from population surveys in Australia and the United States. *BMC Public Health*. 2009 Aug 7;9:285. doi: 10.1186/1471-2458-9-285
 16. Ranita Siru, Gary K. Hulse, and Robert J. Tait, "Assessing Motivation to Quit Smoking in People with Mental Illness; A Review," *Addiction* 104:5 (2009): 719-733
 17. Difeng Wu A, et al. Smoking cessation and changes in anxiety and depression in patients with and without psychiatric disorders. *JAMA Network Open* 2023;6(5):e2316111. Doi:10.1001/jamanetworkopen.2023.16111.
 18. Firth J, Wootton RE, Sawyer C, Taylor GM. Clearing the air: clarifying the causal role of smoking in mental illness. *World Psychiatry*. 2023 Feb;22(1):151-152. doi: 10.1002/wps.21023.
 19. Dragonieri S, et al. Assessment of Five Questionnaires for Chronic Obstructive Pulmonary Disease in a Southern Italian Population: A Proof-of-Concept Study. *Medicina (Kaunas)*. 2023 Jul 5;59(7):1252.
 20. Livingstone-Banks J, et al. Nicotine receptor partial agonists for smoking cessation. *Cochrane Database Systematic Reviews* 2023;May 5. Doi:10.1002/14651858.
 21. Walker PP, et al. The Association Between Heroin Inhalation and Early Onset Emphysema. *Chest* 2015; 148(5): 1156-1163.
 22. Afzal M, et al. Prevalence of Overweight and Obesity in People With Severe Mental Illness: Systematic Review and Meta-Analysis. *Front Endocrinol (Lausanne)* 2021 Nov 25;12:769309.
 23. Marler JD, Fujii CA, Wong KS, Galanko JA, Balbierz DJ, Utley DS. Assessment of a Personal Interactive Carbon Monoxide Breath Sensor in People Who Smoke Cigarettes: Single-Arm Cohort Study. *J Med Internet Res*. 2020 Oct 2;22(10):e22811
 24. Dervaux A, Laqueille X. Tobacco and schizophrenia: therapeutic aspects. *L'encephale*. 2007 Sep 1;33(4 Pt 1):629-32. DOI: 10.1016/s0013-7006(07)92064-3
 25. RCP. Smoking and mental health. March 2013, available via: <https://committees.parliament.uk/writtenevidence/118078/pdf/>
 26. McKelvey K, Thrul J, Ramo D. Impact of quitting smoking and smoking cessation treatment on substance use outcomes: An updated and narrative review. *Addictive behaviors*. 2017 Feb 1;65:161- 70. DOI: 10.1016/j.addbeh.2016.10.012
 27. Lindson N, et al. Pharmacological and electronic cigarette interventions for smoking cessation in adults: component network meta-analyses. *Cochrane Database Syst Rev* 2023 Sep 12;9(9):CD015226.
 28. Campion J, Shiers D, Britton J, Gilbody S, Bradshaw T. Royal College of General Practitioners and Royal College of Psychiatrists; London: 2014. Primary care guidance on smoking and mental disorders — 2014 update
 29. Hartmann-Boyce J, Lindson N, Butler AR, et al. Electronic cigarettes for smoking cessation. *Cochrane Rev* 2022. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD010216.pub7>
 30. Rigotti NA. Pharmacotherapy for smoking cessation in adults. In: Post TW, editor. *UpToDate* [Internet]. Waltham (MA): UpToDate; 2017 [cited 2017 Aug 10]. Available from: www.uptodate.com Subscription required. [Reference list]
 31. RACGP. The Royal Australian New Zealand College of Psychiatrists. *Mental Health Clinician Guidance for Managing People's Smoking Cessation*; 2022
 32. Evins AE, Cather C, Daumit GL. Smoking cessation in people with serious mental illness. *Lancet Psychiatry*. 2019 Jul;6(7):563-564
 33. Küçükaksoy, M.H., van Meijel, B., Jansen, L. et al. A smoking cessation intervention for people with severe mental illness treated in ambulatory mental health care (KISMET): study protocol of a randomised controlled trial. *BMC Psychiatry* 23, 108 (2023).
 34. Wagner E, McMahon L, Falkai P, Hasan A, Siskind D. Impact of smoking behavior on clozapine blood levels - a systematic review and meta-analysis. *Acta Psychiatr Scand*. 2020 Dec;142(6):456-466. doi: 10.1111/acps.13228. Epub 2020 Sep 27.

Observação: usamos principalmente o termo "tratamento da dependência do tabaco" para reconhecer que se trata de uma doença tratável por si só. Entretanto, entendemos que alguns colegas podem usar o termo "cessação do tabagismo". Tentamos ser consistentes em nossa linguagem. A palavra "tabagismo" continua sendo importante e, neste documento, nos concentramos no tabagismo e não em outras formas de uso do tabaco, como o tabaco mascado.