

Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia Comissão de Tabagismo

Sessão de Casos Clínicos em Tabagismo:

1º Caso Clínico para Discussão: em Fevereiro de 2011.

Jovem fumante com distúrbio psiquiátrico *¹

Autores e Instituição:

Alberto José de Araújo, médico pneumologista.
Fátima Ortolan, psicóloga clínica.
Núcleo de Estudos e Tratamento do Tabagismo (NETT)
Serviço de Psiquiatria & Psicologia Médica
Instituto de Doenças do Tórax (IDT)
Universidade Federal do Rio de Janeiro - RJ

Debatedores e Instituição:

Prof. Dr. Luis Suárez Halty
Profa. Dra. Maura Dumont Hüttner
Programa de Tratamento do Fumante
Centro Integrado Regional de Pneumologia do HU
Faculdade de Medicina
Universidade Federal do Rio Grande - Rio Grande – RS

APRESENTAÇÃO DO HISTÓRICO DO PACIENTE:

Identificação:

mulher, 25 anos, solteira, técnica de enfermagem, trabalha em uma cooperativa que presta serviços ao HU-UFRJ, estudante de psicologia, natural do RJ. Encaminhada para tratamento por cardiologista do CTI onde trabalha.

QP & HDA:

Descreve o seu estado atual de saúde como “crítico” e está com medo de ter contraído tuberculose na sua última internação, iniciou tratamento com antibióticos de pneumonia lobar esquerda, diagnosticada há 7 dias. No momento se queixa apenas de tosse seca.

Refere que é filha única e seu pai – militar reformado – que insiste em acompanhá-la a todas as consultas e perícias médicas desde que ficou doente aos 14 anos. Refere que faz acompanhamento com Psiquiatra do HCA e Psicóloga particular.

Começou a trabalhar no HU-UFRJ em 2000, como cooperativada; em 2004 foi admitida por concurso em primeiro lugar. Nos últimos 5 anos já ficou de licença por 998 dias, em virtude de várias internações por “agitação psicomotora”.

¹ Obs. A paciente foi consultada e concordou que expuséssemos o relato de sua história.

O pai está “correndo atrás” para me aposentar por invalidez, “mas eu só tenho 25 anos, preciso ter algo”. No momento faz uso contínuo de Trazodona 50mg (antidepressivo) e Rivotril 2mg (clonazepam), mas já usou inúmeros medicamentos psicotrópicos, quanto teve outros diagnósticos psiquiátricos.

HPP:

Co-morbidades referidas: obesidade, asma brônquica, dermatite atópica, bulimia, transtornos

de personalidade e do comportamento do adulto, síndrome de despersonalização/desrealização, respectivamente CID F48 e F69 (sic). Já teve diagnóstico de distúrbio bipolar, esquizofrenia e TDAH (transtornos de déficit de atenção e hiperatividade) na adolescência.

Uso de outras drogas: maconha e LSD (parou de usar aos 15 anos). Bebidas alcoólicas destiladas: uísque e vinho (parou de usar há 1 ano).

História Tabágica:

Os seus pais não fumam, embora haja alguns parentes que fumem, e durante muito tempo fumou escondido deles. Não fuma dentro de casa. No trabalho, para fumar dirige-se a uma janela fora do setor (CTI), disse que há outros fumantes no setor.

Escala de Fagerström: 6 pontos (fuma 1º cigarro entre 6-30 min. após levantar). Atualmente fuma 20-40 cigarros diários durante a semana e 50 diários no final de semana. Começou a fumar para suportar a sua “história de vida”, experimentando aos 10 anos e fumando irregularmente até os 18 anos, época que passou a comprar o cigarro com “meu dinheiro”, quando começou a trabalhar.

Disse que já fumou 105.200 cigarros e que consome R\$238,00 por mês com a compra do cigarro da marca Free, carteira “black”. Em relação ao ano passado disse que está fumando mais e que dependendo do momento que está vivendo fuma 3-4 cigarros seguidos.

Tentativas para deixar de fumar: já havia feito duas tentativas para deixar de fumar, a última há 2 anos na Igreja que frequenta, em nenhuma delas conseguiu parar. Já fez uso de Bupropiona e Acupuntura. A bupropiona teve que interromper com 30 dias devido à agitação psicomotora e insônia.

Principais associações comportamentais: café, após refeições, bebidas, reuniões sociais, tristeza/depressão e quando está com amigos fumantes.

Principais razões para fumar: são as alterações frequentes do humor “fumo mais quando estou eufórica”; para relaxar/acalmar; ter alguma coisa nas mãos; poder se concentrar; esquecer os problemas da vida.

Principais razões para deixar são: porque está afetando a minha saúde, medo de adoecer no futuro, motivos religiosos, gasto muito dinheiro, mau exemplo como profissional de saúde, não gosta de ser dependente.

O motivo que está mais pesando em sua tentativa é “a preocupante questão respiratória”, pois “eu vejo todos os dias aquelas pessoas com enfisema no CTI e imagino que eu posso ficar cheia de aparelhos como eles”.

Estágio Motivacional: em relação à sua motivação diz que a frase que melhor se encaixa é “eu penso em parar algum dia na vida, porém ainda não penso marcar uma data em 30 dias”. Disse que ainda se sente pouco preparada para deixar de fumar, embora atribua grande importância, não sente confiança/capaz de conseguir “talvez com ajuda, se eu pudesse reduzir um pouco”.

Expectativa com o tratamento: em relação à expectativa do tratamento, relata que os ganhos serão a conquista da sua liberdade, a recuperação da saúde e ser exemplo para terceiros. As principais desvantagens serão: o sofrimento com a abstinência, perder o controle das emoções e o cigarro como “ato de punição”.

Obstáculos & dificuldades: como principais barreiras para deixar de fumar refere o temor de aumentar mais o peso (93 kg e 1,68m) e as situações de estresse.

Estilo de vida: diz ser sedentária, alimenta-se irregularmente e de forma compulsiva (quando sente que o peso está aumentando pratica vômito), não tem distúrbios do sono, é hiperativa e muito ansiosa, não tem nenhum tipo de lazer, os relacionamentos são curtos e instáveis, diz ter pouco prazer na vida.

Suporte social: onde encontra mais suporte são com “seus pais, apesar de tudo né”; alguns amigos; o médico psiquiatra e a psicóloga.

Testes: Monóxido de Carbono: 19 ppm. HAD (escala hospitalar de ansiedade e depressão): Escala de Ansiedade: 13 (em 21 possíveis); Depressão: 9 (em 21 possíveis).

DISCUSSÃO SOBRE O DIAGNÓSTICO, CONDUTA E PROGNÓSTICO DO CASO:

1. Como avaliar o estágio motivacional em que se encontra a paciente?

Opções:

- (A) Pré-contemplativo**
- (B) Contemplativo**
- (C) Preparada para ação**
- (D) Em ação**

Comentários:

Resposta: Contemplativo (B)

Iniciamos, com alguns elementos escolhidos para a Discussão.

1. Quanto a Motivação podemos dizer que esta *paciente encontra-se ainda muito ambivalente*, o que unido a suas expressões, nos permitem catalogá-la claramente na etapa de Contemplação (segundo o Modelo transteórico comportamental de Prochaska e DiClementi). Pode-se utilizar também o *Teste de Richmond* para avaliar melhor o grau de motivação.
2. Os elementos da ambivalência devem ser valorizados e discutidos assim como a listagem de vantagens e desvantagens de fumar e de cessar de fumar e o motivo por ela referido da “preocupante questão respiratória”.
3. A etapa comportamental nos orienta quanto ao momento adequado para realizar a tentativa (neste caso sua terceira) e o grau de dependência pelo teste de Fagerström de 6 pontos, ou seja, moderada a severa nos dá um elemento prognóstico da tentativa para deixar de fumar (corroborado por uma determinação da concentração de monóxido de carbono no ar exalado de 19 ppm ou %COHB 3.04). Existindo uma relação diretamente proporcional entre a intensidade da clínica psiquiátrica e a gravidade da dependência nicotínica nestes pacientes.
4. A abordagem do terapeuta para cessação de fumar neste caso: ajudar a inclinar a balança para a mudança positiva para a etapa de Preparação e Ação, através do reforço das razões do próprio paciente acrescido das razões do terapeuta.
5. No caso de tratamento de paciente com diferentes patologias psiquiátricas, como esta paciente, quando se decida realizar uma tentativa de abandono: Intensificar e prolongar as intervenções, devendo aplicar de forma conjunta terapia cognitivo-comportamental e utilizando algum tratamento farmacológico visando o componente bioquímico da dependência e que ajude a controlar e/ou reduzir a aparição de recaídas no consumo de tabaco ou na sintomatologia psiquiátrica de base.

6. Em geral estes doentes respondem as mesmas intervenções que são úteis na população geral, podendo requerer que estas sejam mais intensivas.

7. O uso da terapia de reposição com nicotina (TRN) em pacientes psicóticos incrementa as taxas de cessação a médio e longo prazo e apresenta poucas contra-indicações, adicionalmente, pode ser útil para reduzir a sintomatologia da abstinência. Recomenda-se usar combinações de TRN de liberação rápida (gomas de mascar ou comprimidos) e retardada (adesivos transdérmicos). Pelos antecedentes, nesta paciente, em princípio, a bupropiona está contra-indicada.

8. Uma pergunta que fica no ar é o momento de iniciar o tratamento da cessação de fumar, ainda que se acredite que o melhor momento é quando a patologia psiquiátrica esteja estabilizada. Quando exista uma estabilidade sintomática do transtorno psicótico.

9. Não é freqüente, porém, também não é descartável que a cessação do consumo de tabaco pode se associar a uma recaída psicótica (suspeitar se aparecem condutas inapropriadas ou idéias auto-referenciais ou paranóicas) ou aparição de episódio depressivo, também frequentes nos pacientes esquizofrênicos.

10. Por isto, durante as tentativas de cessação destes pacientes é recomendado realizar um seguimento de seu transtorno de base.

11. O programa de cessação do tabagismo é eficaz também nestes pacientes, inclusive nos institucionalizados. Muitos destes respondem a intervenções simples. Ainda assim, como norma geral, é conveniente considerar aos pacientes psiquiátricos fumadores como pessoas com uma elevada dependência do tabaco, e utilizar os recursos que se empregam na população geral altamente dependente.

12. Portanto, a última palavra vai depender do julgamento clínico do psiquiatra ou terapeuta responsável do caso, ainda que não seja este quem realize o tratamento da cessação de fumar.

Então, podemos concluir que:

1º. O consumo de tabaco deve ser abordado nestes pacientes psiquiátricos porque, além de representar um grave risco de morbi-mortalidade, afeta marcadamente a sua qualidade de vida.

2º. O consumo de tabaco deve ser avaliado sistematicamente em todo o paciente psiquiátrico e todos os que sejam fumantes devem receber aconselhamento breve para a cessação do consumo. Deve ser oferecido tratamento mais intenso e específico a todos os que desejem deixar de fumar e cujo transtorno de base esteja controlado ou estabilizado.

2. O que deveria ser mais valorizado na abordagem clínica desta paciente?

Opções:

- (A) Avaliar o consumo de tabaco em relação ao quadro psiquiátrico**
- (B) Avaliar os níveis de monóxido de carbono**
- (C) Analisar os exames de função pulmonar**
- (D) Solicitar uma radiografia de tórax e uma baciloscopia de escarro.**

Comentários:

Resposta: Avaliar o consumo de tabaco em relação ao quadro psiquiátrico (A)

O Caso Clínico para Debate foi muito bem escolhido. Eu concordei com o desafio, porém, **acredito que o mais importante é a oportunidade para iniciar a discussão do consumo de tabaco e a patologia psiquiátrica.**

Existe uma relação direta e amplamente comprovada por vários estudos entre o consumo de tabaco e diferentes patologias psiquiátricas. As patologias nas que mais amplamente têm sido estudadas esta co-morbidade têm sido os transtornos psicóticos, os transtornos afetivos e de ansiedade e o consumo de outras substâncias psicoativas.

No tratamento do tabagismo de paciente que padece alguma destas patologias é conveniente: intensificar e prolongar as intervenções, colocar em prática técnicas psicoeducativas e cognitivo-comportamentais e utilizar algum tratamento farmacológico que ajude a controlar e/ou reduzir a aparição de recaídas no consumo de tabaco ou na sintomatologia psiquiátrica de base.

Uma pergunta que fica no ar é o momento de iniciar o tratamento da cessação de fumar, ainda que se acredite que o melhor momento é quando a patologia psiquiátrica esteja estabilizada.

Embora já faça mais de 100 anos que Leon Tolstoi (1828-1910) perguntava-se por que todos os loucos fumavam, é a partir de 1986 que apropriadamente a comunidade científica inicia a corroborar uma forte associação entre o consumo de tabaco e a presença de sintomatologia psiquiátrica.

O consumo de tabaco é mais prevalente em quase todo tipo de patologia psiquiátrica. A probabilidade de que uma pessoa com um transtorno mental fume é aproximadamente duas vezes maior do que a população em geral. Estes pacientes reúnem mais freqüentemente os critérios da dependência nicotínica, sendo esta mais intensa, se medida pelos critérios habitualmente estabelecidos.

5

Em geral, existe uma relação diretamente proporcional entre a intensidade da clínica psiquiátrica e a gravidade da dependência nicotínica.

Os fatores neurobiológicos assim como os psicossociais parecem estar implicados nesta associação: a maior freqüência de estados de ânimo negativos ou a própria anedonia (*falta de capacidade de experimentar o prazer, falta de possibilidade de sentir prazer - Psicologia*) provê as diversas substâncias psicoativas de maior poder reforçador. Por sua vez, as maiores limitações cognitivas, afetivas ou de relação que estes pacientes padecem dificultam o desenvolvimento de mecanismos de enfrentamento alternativos ao próprio consumo.

A menor pressão social sobre o consumo nestes pacientes também propõe o exercício de atitudes de controle sobre o próprio consumo. Nos pacientes psiquiátricos graves a probabilidade de presença da dependência ao tabaco é maior, existindo uma relação diretamente proporcional entre a intensidade da clínica psiquiátrica e a gravidade da dependência nicotínica.

Nas sociedades desenvolvidas atualmente observa-se que:

1º. Aproximadamente metade da clientela que solicita ajuda para deixar de fumar apresenta patologia psiquiátrica detectável.

2º. O consumo de tabaco pode ser considerado um marcador da enfermidade psiquiátrica. *O consumo de tabaco pode possuir algumas características diferenciais na população que padece de transtornos mentais, porém, em geral estes respondem as mesmas intervenções que são úteis na população geral, podendo requerer que estas sejam mais intensivas: as diferenças não seriam no qualitativo, mas, sim, no quantitativo.* Similar com outros consumos

de substâncias psicoativas, os principais obstáculos na intervenção nem sempre provêm dos pacientes ou de suas patologias.

Não existe acordo sobre se esta associação entre a patologia psiquiátrica e consumo de substâncias corresponde a um único problema ou qualquer dos componentes é primário ou secundário a outro.

Têm sido levantadas diversas hipóteses que muito resumidas são:

- a) A patologia psiquiátrica poderia ser o transtorno primário (hipótese da automedicação).
- b) A patologia psiquiátrica poderia derivar-se do uso continuado da droga (patologia reativa).
- c) O uso de drogas e a patologia psiquiátrica seriam manifestações de um mesmo epifenômeno (*condição ou algo sobre ou acima do fenômeno, derivando de uma causa primária; Sintoma superveniente, numa doença já declarada*) refletindo uma vulnerabilidade comum.
- d) A elevada taxa de consumo de tabaco em pacientes psiquiátricos graves e/ou com outras dependências é um dos fatores mais fortemente associados com a morbidade e mortalidade nestes pacientes. Devido ao grande consumo de tabaco, as taxas de câncer, problemas cardiovasculares e respiratórios dos pacientes psiquiátricos graves são duas vezes maiores que na população geral.

O consumo de tabaco em pacientes psicóticos oscila entre 74% (pacientes ambulatoriais) e 88% (pacientes hospitalizados), superando 90% nos crônicos institucionalizados. Além do mais, nestes pacientes são maiores as taxas de dependência nicotínica moderada a severa. Descreve-se que os esquizofrênicos que fumam apresentam mais sintomas positivos (delírios e alucinações), porém, menos sintomas negativos (anedonia, alergia, falta de motivação, déficit em habilidades sociais) que aqueles outros pacientes que não fumam ou fumam pouco.

3. Quais são as melhores ferramentas disponíveis para avaliar a conduta a ser tomada?
Opções:

- (A) Aplicar o teste de nicotino-dependência de Fagerström e o nível de CO.
- (B) Obter informações sobre o estado de humor da paciente
- (C) Avaliar o grau de motivação e a auto-eficácia da paciente
- (D) Todas as respostas anteriores são válidas.

Comentários:

Resposta: Todas as respostas anteriores são válidas (D)

O consumo de tabaco modifica a farmacocinética de vários antipsicóticos, tanto típicos (haloperidol, flufenazina, etc.) como atípicos (clozapina, olanzapina, etc.). De fato, uma das razões porque fumam os esquizofrênicos é para aplacar os efeitos secundários dos antipsicóticos, especialmente dos antipsicóticos mais antigos. Por isto, depois da cessação de fumar, ocasionalmente pode ter-se que ajustar a dose de algum fármaco para evitar a aparição de efeitos adversos derivados da presença de maiores níveis plasmáticos de antipsicóticos (não é frequente).

Assim como ocorre com os pacientes sem patologia psiquiátrica, as tentativas de abandono do consumo devem estar bem planejadas, ser tentativas sérias, e devem realizar-se quando exista uma estabilidade sintomática do transtorno psicótico.

Quando se decida realizar uma tentativa de abandono, o tratamento farmacológico deve se associar a uma combinação de intervenções psicoeducativas e cognitivo-comportamentais.

Na cessação de fumar a eficácia é tempo-dependente: até um limite de três horas, as taxas de eficácia são proporcionais ao tempo dedicado aos pacientes; isto é especialmente importante naqueles com maiores problemas de comportamento.

O uso da terapia de reposição com nicotina (TRN) em pacientes psicóticos incrementa as taxas de cessação a médio e longo prazo e apresenta poucas contra-indicações, adicionalmente, pode ser útil para reduzir a sintomatologia da abstinência. Recomenda-se usar combinações de TRN de liberação rápida (gomas de mascar ou comprimidos) e retardada (adesivos). A bupropiona também é útil e apresenta a vantagem de que melhora alguma sintomatologia negativa, e ainda pode ter interações com outros psicofármacos.

Apesar de não haver estudos, provavelmente tudo o que se aplica aos adesivos de nicotina seja semelhante com a vareniclina.

Não é freqüente, porém, também não é descartável que a cessação do consumo de tabaco pode se associar a uma recaída psicótica (suspeitar se aparecem condutas inapropriadas ou ideais auto-referenciais ou paranóicas) ou aparição de episódio depressivo, que também são frequentes nos pacientes esquizofrênicos. Por isto, durante as tentativas de cessação de estes pacientes é recomendado realizar um seguimento de seu transtorno de base.

Aproximadamente metade dos doentes depressivos fuma diariamente, além do que, em geral padecem uma dependência mais severa. O consumo de tabaco aumenta geralmente durante a fase sintomática do transtorno depressivo. A relação do consumo de tabaco com a presença de sintomatologia depressiva é mais estreita no caso das mulheres. Pelas características do próprio transtorno depressivo, durante a fase ativa da enfermidade estes pacientes realizam menos tentativas de cessação e estas dão lugar a menores taxas de cessação.

Consequentemente, a depressão ativa não é um bom momento para abordar a cessação de fumar. O mais adequado é protelar a tentativa de cessação até quando esteja estabilizado o transtorno depressivo. Toda pessoa fumadora que abandone o consumo de tabaco tem maior risco de padecer um episódio depressivo nos nove meses seguintes: este risco é de 2% se a pessoa não tem antecedentes depressivos; de 17% se existe antecedente de um único episódio depressivo e de 30% em depressão recorrente.

Os doentes depressivos respondem aos tratamentos convencionais de cessação do tabagismo. De maneira similar ao que acontece com quem apresenta maior dependência nicotínica e com quem padece outros transtornos psiquiátricos, nestes pacientes devem intensificar-se as intervenções de base: tempo dedicado, aumentar a motivação, analisar a funcionalidade dos consumos, desenvolver mecanismos alternativos de enfrentamento e fomentar o apoio intra e extra-tratamento.

4. Quais são as melhores práticas terapêuticas para conduzir a abordagem nesta paciente?

Opções:

(A) Apresentar para a paciente os protocolos de tratamento disponíveis com evidências científicas que podem ajudá-la a deixar de fumar.

(B) Considerar sempre que possível a(s) preferência(s) da paciente na abordagem terapêutica, tanto na terapia cognitivo-comportamental quanto na farmacológica.

7

(C) Identificar os psicofármacos que a paciente utiliza e considerar os riscos potenciais na escolha da farmacoterapia do tabagismo.

(D) Todas as respostas anteriores são válidas.

Comentários:

Resposta: Todas as respostas anteriores são válidas (D)

Por questões de eficácia não é prudente renunciar ao emprego de tratamentos farmacológicos úteis para a cessação. Nestes pacientes a TRN é útil em todas as suas apresentações. Quiçá, para evitar recidivas depressivas, convém propor nestes pacientes o emprego mais prolongado do tratamento farmacológico: habitualmente utiliza-se durante 8-12 semanas, que é o que tem mostrado eficácia na cessação em longo prazo. O mesmo seria aplicável à vareniclina.

Tanto a bupropiona como a nortriptilina poderiam ser úteis com as duas finalidades: deixar de fumar e cobrir a sintomatologia depressiva. O Guia Americano sugere que a bupropiona pode ser de eleição nesta situação, embora seu uso seja contra-indicado em pacientes com depressão bipolar, depressão psicótica ou que estejam usando IMAO.

□ Transtorno bipolar: a prevalência de consumo de tabaco em quem padece transtorno bipolar é de 70%. Ainda que não existam muitos estudos, estes pacientes parecem apresentar uma especial dificuldade para a cessação de fumar. Além das intervenções psicoeducativas e cognitivo-comportamentais imprescindíveis, deve utilizar-se TRN ou vareniclina; a bupropiona está contra-indicada porque pode induzir ou exacerbar uma fase maníaca.

□ Transtorno por déficit de atenção com hiperatividade (TDAH): Quem padece deste transtorno na infância apresenta o dobro de prevalência de consumo de tabaco que a população geral, apresentando, além disso, menores taxas de cessação. Acredita-se que este consumo tem uma função de automedicação, já que todos os psicoestimulantes exercem uma ação terapêutica sintomatológica sobre os que padecem estes transtornos. Por este motivo, igual ao que acontece com o resto dos transtornos psiquiátricos, se considera que a estabilização do transtorno de base é a condição para lograr a abstinência nicotínica.

□ Transtornos de conduta alimentar: as pessoas com bulimia nervosa apresentam uma maior prevalência de consumo de tabaco.

□ Transtornos por consumo de outras substâncias psicoativas: o consumo de tabaco é muito alto entre os que padecem transtornos por uso de substâncias. Na população que consome outras substâncias psicoativas, a prevalência de consumo de tabaco não somente é a mais elevada (90% dos pacientes com dependência de álcool ou de entorpecentes derivados de ópio; 75% de quem apresentam dependência da cocaína), como a diferença com a população geral, que tem diminuído, se mantém estável.

□ O consumo de álcool e tabaco está intimamente relacionado: a maioria das pessoas alcoólicas (90%) é fumante. Esta forte associação tem repercussões no tratamento das duas dependências. A dependência do tabaco piora o prognóstico do tratamento do alcoolismo e vice-versa.

Quanto à eficácia das intervenções se tem comprovado que os tratamentos atuais para deixar de fumar são úteis e seguros nos alcoólicos, porém, tendo em conta que geralmente são dependências mais severas que precisam de tratamentos mais longos e intensivos. Tanto a TRN como a bupropiona tem se mostrado eficazes para conseguir a cessação do consumo de tabaco em doentes alcoólicos. Quanto a determinar o momento adequado para a intervenção parece que se obtém melhor resultado no tratamento do alcoolismo quando se retarda o tratamento do mesmo seis meses que quando se faz de forma simultânea, apesar de que a abstinência de fumar é semelhante aos 18 meses tanto no grupo de tratamento simultâneo como no adiado.

Abordagem geral

O programa sanitário de cessação do tabagismo é eficaz também nestes pacientes, inclusive nos institucionalizados. Muitos destes respondem a intervenções simples. Ainda assim, como norma geral, é conveniente considerar aos pacientes psiquiátricos fumadores como pessoas com uma elevada dependência do tabaco, e utilizar os recursos que se empregam na população geral altamente dependente.

O tratamento da população psiquiátrica é o mesmo que o recomendado para os demais fumantes; as intervenções gerais são úteis e seguras nestes doentes. Ainda que na maioria dos casos a cessação costuma ser segura e bem tolerada, deve ter-se em conta algumas considerações específicas:

- a) é conveniente vigiar o transtorno de base;*
- b) é conveniente valorizar as possíveis interações farmacológicas;*
- c) sendo dependências geralmente mais severas são necessários tratamentos mais intensivos e acompanhamento mais prolongado.*

Quando for necessária uma vigilância mais estreita da evolução do paciente para detectar as repercussões da cessação sobre o transtorno psiquiátrico, recomenda-se encaminhamento para atendimento especializado (em caso de não realizar-se o tratamento em saúde mental).

Existem poucos dados para concluir em que momento específico da recuperação da doença mental que deve ser realizada a abordagem do consumo de tabaco, ainda que pareça aconselhável que se realize quando a mesma estiver estabilizada. Portanto, a última palavra vai depender do julgamento clínico do psiquiatra ou terapeuta responsável do caso, ainda que não seja este quem realize o tratamento da cessação de fumar.

5. Quais poderiam ser os cenários possíveis no prognóstico da paciente?

Opções:

- (A) O prognóstico quanto à abstinência é reservado, em função do quadro de comorbidades psiquiátricas apresentado.**
- (B) Na melhor das hipóteses, este paciente poderia conseguir uma redução significativa do nº. de cigarros fumados.**
- (C) O paciente mesmo jovem e com distúrbio psiquiátrico pode sim alcançar a abstinência com um tempo mais prolongado de atenção.**
- (D) Este tipo de paciente teria muita dificuldade para frequentar o grupo terapêutico e pela falta de apoio familiar, mesmo parando, certamente recairia em pouco tempo.**

Comentários:

Resposta: O paciente mesmo jovem e com distúrbio psiquiátrico pode sim alcançar a abstinência com um tempo mais prolongado de atenção (C).

Ainda é frequente em nosso meio que os pacientes atendidos e diagnosticados como portadores de transtorno psiquiátrico não recebam o diagnóstico de transtornos relacionados com uso de substâncias psicoativas, ou que não se prescreva tratamento específico e viceversa. Isto é mais evidente ainda no caso do tabagismo, e seu consumo acostuma ser tolerado em todas estas patologias, inclusive quando a patologia psiquiátrica está compensada ou quando se tenha conseguido a abstinência da utilização da droga psicoativa principal. O consumo de tabaco deve ser abordado nestes pacientes porque, além de representar um grave risco de morbi-mortalidade, afeta marcadamente a sua qualidade de vida. As possíveis utilidades do consumo de tabaco podem ser substituídas por outras vias que, ainda

que possam requerer no início certo treinamento, acabam sendo mais satisfatórias para os pacientes e para o controle de seus transtornos.

Portanto, recomenda-se que o consumo de tabaco deva ser avaliado sistematicamente em todos os pacientes psiquiátricos, incluídos os adictos a drogas ilegais ou álcool, e que todos os que sejam fumantes devam receber sempre aconselhamento breve para a cessação do consumo, oferecendo tratamento mais intenso e específico a todos os que desejem deixar o tabaco e cujo transtorno de base esteja controlado ou estabilizado.

DESFECHO DO CASO:

Esta paciente surpreendeu aos membros da equipe multidisciplinar no tratamento do tabagismo no NETT-UFRJ. Após a entrevista inicial utilizando técnicas da *entrevista motivacional* procuramos avaliar e afastar os “fantasmas” que atormentavam a paciente, do ponto de vista dela ter uma “tuberculose”, de “sentir inválida para o trabalho” etc. Os exames e o apoio psicológico foram fundamentais, além de buscar a construção de uma rede de apoio social e terapêutico para lhe possibilitar uma maior segurança na tentativa para deixar de fumar.

Então, ainda na primeira semana, a equipe fez contato – com o consentimento da paciente – com sua psicóloga e posteriormente com seu psiquiatra, além de uma ligação para o pai dela, os quais se mostraram muito receptivos, embora não acreditassem muito no sucesso da tentativa.

O protocolo terapêutico inicial foi de acompanhamento individual – por preferência da paciente, embora em nossa experiência estes pacientes se beneficiem da abordagem em grupo – com a utilização das ferramentas da abordagem cognitivo-comportamental e o uso de apoio farmacológico baseado na terapia de reposição de nicotina combinada (adesivos e goma de mascar), com periodicidade semanal das visitas. A paciente na primeira visita encontrava-se em estágio contemplativo e preferia ainda não definir uma data de parada.

Iniciamos uma terapia pré-cessação com Adesivo de 14-mg associado à terapia de resgate nos momentos de intensa fissura com gomas de mascar de 2 mg (entre 2-4 por dia), já que a paciente referia dificuldade de reduzir o consumo de cigarros. A paciente referia que nos momentos de grande ansiedade ou de profunda tristeza chegava a acender de 4 a 6 cigarros seguidos, para estes momentos foi recomendado o uso da goma.

Já na 1ª semana cumpriu à risca a orientação quanto ao preenchimento do *Mapa Diário de Registro de Cigarros e Situações*, cumprindo a meta de redução de 40 para 30 cigarros diários, e disse que estava se sentindo bem, mais motivada e que desejava parar em um mês.

Na 3ª visita, a paciente manifestou o desejo de parar no dia seguinte ao da consulta, estava fumando somente 10 cigarros por dia, estava eufórica (o que de certa forma nos preocupou) e disse que queria assistir à primeira seção de um grupo terapêutico que estava por começar (havia tido um contato com uma paciente em recaída que lhe havia dito o quanto o grupo tinha sido importante para que ela ficasse sem fumar durante seis meses).

A equipe consentiu que ela esperasse e participasse do grupo e, orientou a paciente para usar Adesivos de 21mg no dia da parada e aumentar a dose da goma de mascar para 4mg. Na 4ª visita, que coincidiu com a 2ª sessão do grupo terapêutico que a paciente ingressou, ela havia parado de fumar e passou a aconselhar os pacientes do grupo, inclusive uma pessoa com distúrbio bipolar e outra com quadro depressivo moderado, dizendo-lhes abertamente do que sofria e que, assim como ela, eles também podiam fazer um esforço e pararem de fumar.

O engajamento da paciente, a sua coragem e a grande determinação, com a seriedade e aplicação no tratamento foi uma força mobilizadora para todos os pacientes que trocaram

telefones entre si e, mesmo os mais reticentes resolveram marcar uma data para deixar de fumar.

As aferições de monóxido de carbono eram sempre cobradas pela paciente, mesmo quando fazíamos intervalos entre uma sessão e outra para as medidas. Ela vibrava intensamente com o fato do teor de CO estar abaixo de 6 PPM (ponto de corte).

A paciente manteve-se abstinente durante todo o tratamento, afastou definitivamente a idéia da aposentadoria por doença mental – que era alimentada por seu pai – e passou a dedicar-se mais ao seu curso de psicologia e ao trabalho no CTI, já não pagava mais plantões de substitutas. A mudança de atitude desta paciente diante da vida, de sua própria condição clínica foi algo extraordinário para toda a equipe que a assistia no NETT e para a psicóloga e o psiquiatra que a acompanhavam externamente.

Com a cessação do tabagismo, houve uma redução da posologia dos medicamentos, o que aliviou o desconforto dos efeitos colaterais que a paciente sentia. Durante todo o período de terapia para cessação, os contatos foram frequentes com os colegas da saúde mental que a assistiam, trazendo conforto e segurança para ambos, terapeutas e paciente.

Ao completar 1 (um) ano de abstinência a paciente compareceu a um Encontro Anual de Pacientes Ex-Fumantes recebeu um Diploma e uma Medalha alusiva à sua conquista e deu um depoimento carregado de emoção para todos os presentes. Ela dizia estar limpa, já havia se libertado antes do LSD e do uso abusivo de álcool e, agora do cigarro. A paciente que sempre controlava, de forma rígida, as suas manifestações emotivas – como chorar – neste dia foi às lágrimas e fez uma catarse das coisas que estavam represadas.

Atualmente já se completaram dois anos de sua abstinência, mas ela segue frequentando as reuniões semestrais (31 de maio) e os encontros anuais (dezembro) e, quando sente algo que a incomoda, ligar para a equipe do NETT que faz a prevenção das recaídas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS SUGERIDAS PARA LEITURA COMPLEMENTAR:

1. Araujo AJ, Caldas N, Borges MT, Ortolan F, Cassabian L, Zoucas MA. Abordagem de populações especiais: tabagismo e mulher – razões para abordagem específica de gênero. In: Gigliotti A, Pressman S, organizers. Atualização no Tratamento do Tabagismo. Rio de Janeiro: Abc Saúde; 2006. p. 107-128.
 2. Benowitz NL. Clinical pharmacology of nicotine: implications for understanding, preventing, and treating tobacco addiction. Clin Pharmacol Ther. 2008;83(4):531-41.
- DiClemente CC, Prochaska JO. Self-change and therapy change of smoking behavior: a comparison of processes of change in cessation and maintenance. Addict Behav. 1982;7(2):133-42.
- El-Guebaly N, Cathcart J, Currie S, Brown D, Gloster S. Smoking cessation approaches for persons with mental illness or addictive disorders. Psychiatr Serv. 2002;53(9):1166-70.
- Fiore M. Treating tobacco use and dependence: 2008 update. Clinical practice guideline. Rockville Md: U.S. Dept. of Health and Human Services, Public Health Service, 2008.
- Halty LS, Hüttner MD, Netto IC, Santos VA, Martins G. Análise da utilização do questionário de tolerância de Fagerström (QTF) como instrumento de medida da dependência nicotínica. J Pneumol. 2002;28(4):180-86.
- Jorenby D. Clinical efficacy of bupropion in the management of smoking cessation. Drugs. 2002;62(Suppl 2):25-35.
- McRobbie H, Lee M, Juniper Z. Non-nicotine pharmacotherapies for smoking cessation. Respir

Med. 2005;99(10):1203-12.

Miller W, Rollnick S, editors. Entrevista Motivacional – Preparando as pessoas para a mudança de comportamentos aditivos. Porto Alegre: Artmed; 2001. pp. 30-42.

Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Abordagem e Tratamento do Fumante - Consenso 2001. Rio de Janeiro: MS/INCA.

Reichert J, Araujo AJ, Gonçalves CMC, Godoy I, Chatkin JM, Sales MPU, Santos SRAS et al. Diretrizes para cessação do tabagismo - 2008. *J. bras. pneumol.* [online]. 2008, vol.34, n.10, pp. 845-880.

Rodu B, Godshall WT. Tobacco harm reduction: an alternative cessation strategy for inveterate smokers. *Harm Reduct J.* 2006;3:37.

Rosemberg J, Rosemberg AM, Moraes MA. Nicotina: droga universal. Sao Paulo: Sao Paulo (Estado). Secretaria da Saude. Centro de Vigilancia Epidemiologica, 2003.

Santos UP, Gannam S, Abe JM, Esteves PB, Freitas FM, Wakassa TB, et al. Emprego da determinação de monóxido de carbono no ar exalado para a detecção do consumo de tabaco. *J Pneumol.* 2001;27(5):231-236.

Sardinha A, Oliva AD, D'Augustin J, Ribeiro F, Falcone EM. O. Intervenção Cognitivo-Comportamental com grupos para o abandono do cigarro. *Rev Bras Ter Cogn.* 2005;1(1):83-90.

Tonstad S, Tønnesen P, Hajek P, Williams KE, Billing CB, Reeves KR, et al. Effect of maintenance therapy with varenicline on smoking cessation: a randomized controlled trial. *JAMA.* 2006;296(1):64-71.