2021

Livro Digital



ABORDAGEM E TRATAMENTO DO TABAGISMO



UNIDADE 3

PARTE 1

APOIO NÃO MEDICAMENTOSO

Autora:
Renata de Cerqueira Campos

Unidade 3

Objetivos da unidade:

- ✓ Conhecer as técnicas não medicamentosas para a abordagem ao tabagismo;
- ✓ Apresentar alguns aspectos da entrevista motivacional e da abordagem cognitivo-comportamental que podem ser utilizados no tratamento do tabagismo;
- ✓ Conhecer sobre a abordagem de casos especiais – como grávidas, adolescentes/adultos jovens, pacientes psiquiátricos e como evitar ou lidar com as recaídas;
- ✓ Apresentar tópicos especiais na abordagem da abstinência como as formas de lidar com os sintomas de abstinência e fissura, a preocupação do abandono das mulheres ao tratamento pelo ganho de peso, o incentivo a um estilo de vida mais saudável e à mudança de hábitos alimentares.

Apresentação da unidade

Nesta unidade você aprenderá as técnicas não medicamentosas para abordagem ao fumante, tópicos especiais na abordagem da abstinência e obterá uma visão geral sobre o uso de Práticas Integrativas e Complementares (PICs). Esta unidade está dividida em duas partes: a parte 1 abordará o apoio não medicamentoso e a parte 2 a abordagem nutricional e o uso de PICs.

3.1 Tipos de abordagem ao tabagista



Você sabia que o primeiro tratamento que deve ser oferecido ao fumante é o aconselhamento? E que, caso seja necessário o auxílio de medicamentos, os estudos demonstram que a combinação do aconselhamento com o uso de medicação é mais efetiva do que a utilização isolada do medicamento?

Assim, os dois devem ser sempre oferecidos simultaneamente ao fumante, uma vez que existe comprovação de taxas superiores de sucesso com essa combinação (AMB; ANS, 2011). Vamos conhecer então quais as principais estratégias não medicamentosas utilizadas na abordagem ao tabagista.

Aconselhamento motivacional

Acredita-se pelo senso comum que, se o indivíduo não quiser, ele não conseguirá parar de fumar. Assim, a motivação para deixar de fumar é um aspecto fundamental para a mudança de comportamento e deve ser trabalhada em cada etapa do processo de cessação do tabagismo.

O aconselhamento motivacional é uma técnica indicada para se estimular a mudança de comportamento, de acordo com os graus de motivação avaliados no paciente, conforme já apresentado na unidade 2. Ela deve, portanto, ser utilizada em todos os momentos do tratamento, desde a identificação do tabagista até a sua abordagem em si, com o objetivo de fortalecer o desejo de parar de fumar.

Isso significa dizer que, em todo e qualquer encontro com o fumante, independentemente se ele é abordado sobre seu hábito de fumar em um atendimento de rotina ou busca ajuda ativamente para deixar de fumar, a conversa deve ser orientada pela abordagem motivacional.

É importante ressaltar, contudo, que não existe um formato específico para essa abordagem, podendo ser realizada por qualquer profissional de saúde, seja em um atendimento individual ou em grupo, em um acolhimento ou consulta estruturada. Pode estar presente mesmo em uma conversa informal com o usuário, ou até por telefone ou busca ativa.

A teoria que baseia o aconselhamento motivacional vem do conceito de motivação como um estado de prontidão à mudança, sendo então algo momentâneo, variável, que pode oscilar (de tempos em tempos, ou de uma situação para outra), podendo ser modificado. **Isso significa dizer que a motivação também é um comportamento que pode ser estimulado**. O aconselhamento motivacional baseia-se na Entrevista Motivacional (EM), que é considerada um marco nas abordagens de tratamento dos transtornos decorrentes do uso de substâncias psicoativas, por possibilitar a intervenção em indivíduos com pouca motivação para a mudança de comportamento. (MILLER; ROLLNICK, 2001)

Seu surgimento se deu no início da década de 80, apesar de a teoria ter sido publicada apenas em 1991. Antes disso, acreditava-se que pouco podia ser feito pelo indivíduo sem o desejo de modificar seu padrão de uso de substâncias, restando apenas a abordagem confrontativa para se lidar com a resistência à mudança.

As técnicas motivacionais são efetivas em motivar os fumantes a realizar tentativas e também instrumentalizam o profissional de saúde a abordar pacientes pré-contemplativos, ajudando-os a desenvolver habilidades para lidar com ambivalência e motivação para mudança de comportamento (FIORE, 2008).

A ambivalência é sempre uma questão central na abordagem ao tabagismo. O indivíduo encontra-se dividido entre dois lados: um prazeroso, que deseja manter a continuidade do uso pelos ganhos que pode obter, como prazer e alívio da ansiedade; e outro mais racional, que sabe que aquele comportamento é prejudicial e considera a necessidade de parada. Os tabagistas estão quase sempre divididos entre esses dois lados, como em uma balança decisória. No entanto, ficam paralisados sem saber para qual direção seguir. (BRASIL, 2001)

A grande maioria dos indivíduos que serão abordados para deixar de fumar estarão em estado pré-contemplativo ou contemplativo (HALAL; CAMPOS, 2016). Isso ocorrerá, especialmente, quando não houver uma busca ativa de tratamento para deixar de fumar e a intervenção estiver ocorrendo, por exemplo, em um acolhimento ou consulta de rotina na Unidade Básica de Saúde ou visita domiciliar.

O aconselhamento motivacional irá proporcionar a você, profissional de saúde, habilidade para lidar com a ambivalência do indivíduo, no sentido de diminuir a resistência e aumentar a motivação para a mudança do comportamento de fumar. Você precisará ter cuidado, no entanto, para não querer resolver a ambivalência do indivíduo. Para que ele mude, é fundamental que ele próprio ache seu caminho (HALAL; CAMPOS, 2016).

Os princípios fundamentais da EM são (MILLER; ROLLNICK, 2001):

Expressar empatia: significa aceitar a ambivalência do indivíduo, compreendendo que o comportamento de fumar lhe traz algo positivo, por isso a dificuldade de mudar. É importante ter cautela para não emitir um julgamento de valor. Contudo, sem perder o foco na mudança, que é o principal objetivo;

Desenvolver discrepância: devemos ajudar o indivíduo a perceber a diferença entre o comportamento de fumar e seus objetivos, desejos e valores na vida na tentativa de que ele perceba o tabagismo como um obstáculo que necessita ser superado. Por exemplo, uma avó nos coloca, em seu atendimento, que gostaria de ser um exemplo para seus netos. Entretanto, toda vez que fuma, eles reclamam dizendo que aprenderam na escola que ela pode morrer. Pontuar isso a ajudará a identificar sua própria ambivalência e despertar a vontade de mudar;

Rolar com (ou acompanhar) a resistência: evitar argumentação ou confronto. Quando encontrar a resistência, usá-la como um sinal para modificar sua abordagem, no sentido de tentar construir com o indivíduo novas alternativas, sem precisar impô-las;

Promover autoeficácia: o indivíduo precisa acreditar na sua possibilidade de parar de fumar, pois será ele o responsável por fazê-lo. É possível ajudar o tabagista a aumentar sua confiança na mudança à medida que o próprio profissional confie na habilidade dele em mudar.

Abaixo você pode entender melhor como utilizar os preceitos da EM na prática e perceber quais são as estratégias motivacionais mais eficazes, que podem sensibilizar as pessoas a mudar seu comportamento de fumar (HALAL; CAMPOS, 2016):

Dar orientações e informações: em alguns momentos, precisaremos oferecer ao usuário informações claras e precisas com o objetivo de auxiliá-lo no processo de tomada de decisão. Um aconselhamento breve e informativo pode ajudar em momentos de dúvida, por exemplo: *"Você sabia que fumar e tomar pílula anticoncepcional pode aumentar em até 10 vezes o risco de derrames?"*;

Remover barreiras: barreiras práticas e específicas podem interferir na decisão de mudança. Um efetivo aconselhamento motivacional, portanto, precisa ajudar a identificar e superar essas barreiras. **Vamos ver alguns exemplos?** No caso de um familiar fumante estar dificultando o tratamento do indivíduo, pode-se sugerir conversar com esse familiar e, até mesmo, encaminhá-lo para outro grupo, caso haja interesse. Se o fumante manifestar vontade de participar do grupo, mas o horário não estiver de acordo com sua jornada de trabalho, podemos enviar uma carta ou até mesmo telefonar para o empregador explicando a importância do processo e mostrando como essas sessões de grupo podem aumentar a produtividade do funcionário, evitando inúmeras faltas no futuro. Enfim, quaisquer que sejam as barreiras identificadas pelo

fumante relacionadas ao seu tratamento, é de nossa responsabilidade como profissional ajudá-lo a resolver, entendendo que ele já vai enfrentar uma série de dificuldades internas e inerentes ao processo, em uma tentativa de minimizar as resistências;

Proporcionar escolhas: a resistência pode ser esperada quando o indivíduo tem suas opções limitadas. A verdadeira motivação aparece quando ele percebe que tem uma oportunidade de mudar. Insistir em uma estratégia particular, a despeito da percepção e do desejo do indivíduo, pode comprometer a motivação e os resultados. Você deve, então, mostrar claramente as alternativas de tratamento, medicamentoso ou não, e deixar que a pessoa escolha o que for melhor para ela;

Diminuir a atratividade: pela ambivalência, os indivíduos estão sempre divididos entre os benefícios da parada e os ganhos em manter a continuidade de seu comportamento. Falar abertamente sobre tais ganhos, percebendo a atratividade do comportamento de fumar, pode ajudar a contrabalançá-los, adotando medidas que ajudem a diminuir o interesse, comentando, por exemplo: *"eu sei que fumar pode ajudar a aliviar a ansiedade... mas de que outras maneiras você poderia conseguir esse efeito, sem prejudicar tanto?";*

Praticar empatia: como já mencionado, é fundamental ser caloroso, respeitoso, dar suporte, cuidar, se preocupar, demonstrar interesse e tentar compreender, sem julgar, o indivíduo. Porém, empatia não significa se identificar com o outro, e sim ter a habilidade de se colocar em seu lugar e entender o significado que ele dá à situação ou problema. A empatia é uma habilidade que pode ser desenvolvida, embora nem sempre seja fácil, visto que exige que você saia de um papel técnico, distanciado da problemática, para um entendimento mais emocional do sujeito;

Proporcionar retorno ou "*feedbacks*": os indivíduos muitas vezes desistem da mudança por não receberem *feedbacks* claros e significativos sobre as novas atitudes adotadas, pois esses retornos são fundamentais para a motivação. Resultados de testes objetivos, auto monitoração diária de consumo ou expressões de preocupação e de cuidado auxiliam no processo;

Clarificar metas e ajudar ativamente: pouco ou nenhum esforço será feito para atingir uma meta se ela não for percebida como importante e viável pelo indivíduo. Por isso, você deve orientá-lo a traçar objetivos simples que ajudem a criar motivação para a mudança. Ainda, você precisa ter uma postura ativa quando o indivíduo desanimar ou considerar abandonar a mudança, aumentando muito as chances de que ele mantenha seus esforços.

Dessa forma, na abordagem motivacional do fumante, você, profissional de saúde, precisa adotar uma postura não confrontativa, baseada em empatia e flexibilidade (HALAL; CAMPOS, 2016).

Abordagem cognitivo-comportamental

A abordagem baseada no modelo cognitivo-comportamental é a técnica recomendada para o tratamento do fumante, tendo como premissa básica o entendimento de que o ato de fumar

é um comportamento aprendido, desencadeado e mantido por determinadas situações e emoções, que leva à dependência devido às propriedades psicoativas da nicotina.

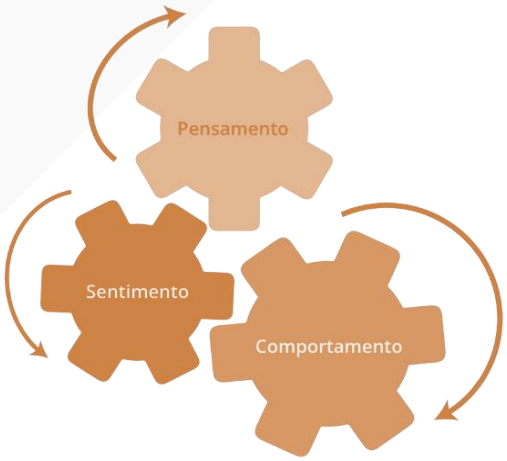
A Abordagem Cognitivo-Comportamental (ACC) é derivada de uma linha da psicologia chamada de terapia cognitivo-comportamental e baseia-se em um modelo de intervenção centrado na mudança de crenças e comportamentos que levam um indivíduo a lidar com uma determinada situação.

Não há necessidade, porém, de ser psicólogo para se conduzir a ACC com o fumante. Esse curso visa instrumentalizar os profissionais de saúde em algumas das técnicas dessa abordagem, que poderão ser aplicadas no tratamento do fumante.

Dentro do modelo cognitivo, proposto por Beck e colaboradores em 1982, temos o entendimento de que nenhum fato por si só tem a propriedade de despertar sentimentos nas pessoas. A interpretação que as pessoas fazem dos fatos é que tem a propriedade de levantar emoções, sejam elas positivas, negativas ou neutras.

Isso significa dizer que a maior parte do desconforto experimentado pelas pessoas deriva do modo como elas interpretam as situações que vivenciam. **Você já reparou nisso?** Mesmo em uma situação neutra, se você a interpretar de forma negativa, vai ter sentimentos negativos em relação a ela. E se a interpretar de forma positiva, vai ter sentimentos também positivos. E a maneira como você vai reagir na referida situação será diretamente influenciada pelo sentimento que tiver. Dentro do modelo cognitivo, isso equivale a dizer que o pensamento é quem origina o sentimento, que é o que vai determinar o comportamento. Observe a figura abaixo:

Figura 1: Modelo Cognitivo-Comportamental.



Fonte: Elias *et al.*, 2019.

Ou seja, para se modificar um comportamento – como, por exemplo, o ato de fumar – precisaremos identificar os pensamentos que a pessoa teve quando vivenciou determinada

situação, qual foi sua interpretação e de que forma isso acabou despertando determinados sentimentos (raiva, angústia, ansiedade, frustração), que culminaram na vontade de fumar.

O tratamento tem como objetivo a aprendizagem de um novo comportamento através da promoção de mudanças nas crenças e desconstrução de vinculações comportamentais ao ato de fumar, uma vez que combina intervenções cognitivas (no pensamento) com o treinamento de habilidades comportamentais.

Alguns objetivos da ACC na abordagem ao fumante são: preparar o fumante para a solução de seus problemas sem precisar recorrer ao cigarro; estimular suas habilidades para resistir às tentações; prepará-lo para prevenir a recaída e para lidar com o estresse.

A ACC para a cessação do tabagismo pode ser classificada como **Mínima** (ou **Breve**), **Básica** e/ou **Intensiva**, dependendo do tempo investido no contato entre o tabagista e o profissional de saúde, que pode ser menor que 3 minutos, entre 3 e 10 minutos, e maior que 10 minutos, respectivamente (BRASIL, 2001; FIORE, 2008). A forma breve já foi apresentada na unidade anterior e a forma intensiva veremos nesta unidade.

Existe uma forte relação dose-resposta entre a intensidade e a duração do contato e o número de sessões e o sucesso do tratamento, ou seja, quanto mais intensivo for o aconselhamento, maior será a taxa de abstinência.

Entretanto, apesar da abordagem intensiva ser mais efetiva que a mínima, não podemos diminuir a importância desta, que apresenta impacto significativo em termos de saúde pública. Estudos de meta-análise revelaram que o aconselhamento dado por um profissional de saúde, por mais breve que seja, aumenta as taxas de cessação do tabagismo (FIORE, 2008).

Dessa forma, a abordagem mínima pode - e deve - ser oferecida por todos os profissionais de saúde da atenção primária dentro de suas consultas de rotina, em qualquer espaço terapêutico, aumentando a disponibilidade da oferta de ajuda. Assim, quando não houver possibilidade de oferecer a abordagem intensiva, temos a responsabilidade de conduzir, pelo menos, a abordagem mínima ou básica, partindo da premissa que qualquer aconselhamento é melhor do que nenhum, como vemos a seguir no Quadro 1, que apresenta a taxa de abstinência (%) segundo a realização de aconselhamento, considerando sete estudos.

Quadro 1: Apresentação da taxa de abstinência (%) segundo realização de aconselhamento.

Aconselhamento	Taxa de abstinência (%)
Sim	10,2
Não	7,9

Fonte: Fiore, M. C. *et al*., 2008.

Na abordagem **intensiva**, dentro do modelo proposto pelo INCA, o acompanhamento é oferecido através de grupos específicos com uma hora e meia de duração conduzido, de preferência, por dois profissionais de saúde capacitados e envolvidos. São quatro sessões semanais estruturadas, seguidas de duas sessões quinzenais de manutenção e, a partir do terceiro mês, uma sessão mensal.

Em casos especiais, identificados pelo profissional na entrevista individual que antecede o tratamento, as sessões de grupo podem ser substituídas por consultas individuais, desde que sigam a mesma estrutura proposta. Tais casos podem incluir transtornos de ansiedade, distúrbio de pânico, esquizofrenia, depressão maior ou outras comorbidades psiquiátricas não estabilizadas, as quais possam justificar um acompanhamento individual mais próximo, desde que haja conforto do usuário para participar das sessões individuais. Ou ainda, casos em que o paciente possua déficits auditivos, cognitivos e outras situações que o prejudiquem em uma abordagem em grupo (LANCASTER, 2005; ZIEDONIS, 2008).

Saiba mais:

Você pode acessar o manual do coordenador do programa de controle de tabagismo no INCA para conhecer melhor o conteúdo e formato das sessões clicando aqui.



Se, na sua unidade de saúde, você conseguir estruturar o grupo de manutenção semanalmente, trará um ganho significativo ao seu programa de tabagismo, uma vez que os estudos comprovam que há uma forte relação de resposta entre número, duração de sessões e o sucesso do tratamento.

Lembre-se que deixar de fumar é apenas o primeiro passo, o segundo é manter-se firme nessa decisão, e o que possibilita o alcance dessas metas é o processo de mudança de comportamento. Ou seja, é na fase de manutenção que reside o maior desafio. Há grande risco de recaída, principalmente no início do processo. Não há indícios na literatura de medicações ou aconselhamento que possam diminuir o risco de recaídas. Assim, o ideal é manter o acompanhamento (reforçando e revendo as estratégias) até pelo menos completar um ano da intervenção, mesmo que não seja em grupo. Pode-se pensar em contato telefônico, visita domiciliar pelos agentes comunitários de saúde ou outra forma de acompanhamento que a sua equipe conseguir efetivar.

Veja, no quadro 2, as taxas de abstinência conforme o nível de intensidade das sessões realizadas, com o objetivo de cessar o tabagismo, após um ano da intervenção (FIORE, 2008).

Quadro 2: Eficácia e taxa de abstinência estimada conforme níveis de intensidade de duração da sessão (n = 43 estudos).

Contato	Taxa de abstinência (%)	Razão de Taxas
Controle (não aconselhamento)	10.9	1.0
Aconselhamento mínimo (3 -5 min.)	13.4	1.3
Aconselhamento de 5 a 10 min.	16.0	1.5
Aconselhamento de mais de 10 min.	22.1	2.0

Fonte: Fiore *et al*., 2008.

Saiba mais:

Você pode acessar o Projeto Diretrizes da Associação Médica Brasileira e do Conselho Federal de Medicina clicando aqui.



Sua equipe utiliza alguma estratégia não medicamentosa para o tratamento do tabagismo? Que tal debater, a partir da leitura deste texto, sobre a importância dessas estratégias e de que forma vocês podem inseri-las na abordagem aos tabagistas de sua unidade de saúde?

3.2 Recaídas

A recaída é o retorno ao consumo do tabaco**,** podendo iniciar com um lapso evoluindo para a recaída (padrão anterior de uso). Deve-se encorajar a motivação do sujeito para retomar o tratamento. Julgamentos ou repreensão são contraindicados.

Quando acontece uma recaída, o sujeito tem dificuldades de voltar a buscar ajuda, pois tem sentimentos de vergonha e fracasso. É preciso deixar claro, desde o começo do tratamento, que a recaída pode vir a acontecer, embora não seja o desejado. A literatura, inclusive, diz que

são necessárias de cinco a sete tentativas para que o fumante consiga efetivamente deixar de fumar. Isso o auxilia a aceitar sem críticas e a tentar novamente.

O momento da recaída deve ser visto como uma ocasião para refletir sobre a prevenção de futuras recaídas. Devem-se avaliar causas e circunstâncias do insucesso, procurando responder às seguintes perguntas: **o que aconteceu? O que estava fazendo nessa hora? O que estava pensando/sentindo? De onde veio o 1º cigarro? Já pensou em nova data?**

Muitas vezes é preciso reavaliar a abordagem (inclusive a farmacoterapia), negociar ou renegociar o plano de tratamento, reconhecer e elogiar progressos alcançados e necessidade de mudanças. Também é preciso identificar situações de risco e estratégias de enfrentamento e rever objetivos e metas, buscando lições aprendidas com a recaída, além de manter vínculo e suporte sempre que necessário.

Devido à taxa de recaídas no tratamento do tabagismo (assim como na dependência de substâncias em geral) ser particularmente elevado, existe a necessidade de manter o acompanhamento a longo prazo por meio de intervenções eficazes, mesmo após o fim do tratamento. O modelo chamado de Prevenção de Recaídas, também derivado da terapia cognitivo-comportamental, foi proposto por Marlatt e Gordon, em 1985, e tem sido utilizado com muita eficácia em todos os tipos de dependência. Nela, o paciente é estimulado a identificar as situações cotidianas de risco que podem precipitar suas recaídas e traçar estratégias prévias de como evitá-las ou como lidar com elas caso ocorram.

Mais recentemente, a MBRP (sigla em inglês para **terapia baseada em *mindfulness***) também vem sendo utilizada para lidar com a prevenção de recaídas. Além da identificação das situações de risco, essa terapia também inclui aulas de *mindfulness*, que ensina os pacientes a ter atenção plena ao momento presente, o que os auxilia a identificar e lidar com os sentimentos desconfortáveis associados à fissura e, consequentemente, à necessidade urgente de fumar.

A fissura nada mais é do que um episódio de crise de ansiedade, causando desconforto e desregulação emocional no paciente, que parece que somente será resolvido com a tragada. O *mindfulness* ensina que essa crise pode ser abordada através da prática dos seguintes passos, resumidos no acrônimo SOBER (BOWEN; CHAWLA; WITKIEWITZ, 2015):

- *STOP* (PARE): no meio da situação de fissura, o paciente deve ser orientado a fazer uma pausa;
- *OBSERV* (OBSERVE): ele deve ser estimulado a observar e acolher seus pensamentos, sentimentos e reações disfuncionais e o modo como eles se expressam no seu corpo;
- *BREATH* (RESPIRE): procure estimulá-lo a respirar, buscando em sua mente um lugar seguro de conforto que possa conectá-lo com emoções mais positivas;
- *EXPAND* (EXPANDA): ele deve buscar expandir sua mente, buscando ampliar seu foco de atuação;
- *RESPONSE* (RESPONDA): oriente-o a verificar se existem outras possibilidades de lidar com o

que está provocando angústia e fissura e mostre que, por mais desconfortável que seja a situação, existem outras maneiras de lidar com ela.

3.3 Manejo da abstinência e fissura

A síndrome de abstinência da nicotina tem relação com o componente físico da dependência da nicotina. É basicamente uma "reclamação" do organismo pela falta da substância. Aproximadamente 75% dos fumantes que tentam parar de fumar apresentam algum sintoma dessa síndrome (MARTINEZ; KALIL; LIMA, 2012).

Apesar disso, é importante pontuar que ela varia bastante, tratando-se de uma questão muito individual, ou seja, a forma como cada pessoa vai lidar com a falta do cigarro só será realmente conhecida quando ela de fato deixar de fumar. É comum que os fumantes nem tentem parar com medo dos sintomas que poderão ter. Você deve mencionar que, normalmente, esses sintomas são sempre piores no imaginário da pessoa do que quando efetivamente ela se propõe a tentar.

Além disso, você provavelmente precisará esclarecer que essa síndrome é um sinal do restabelecimento do organismo. Tornando-se, inclusive, um aspecto positivo por significar que o cérebro está se reorganizando para voltar a funcionar sem nicotina, para que o indivíduo, dessa forma, consiga encará-la com menos sofrimento.

Vale lembrar ao tabagista, ainda, que a abstinência tem um tempo limitado, pois, na ansiedade de se sentir bem, ele pode achar que vai ficar no desconforto permanentemente. A literatura coloca que os três primeiros dias são os piores, quando a abstinência atinge seu pico. Depois os sintomas vão perdendo intensidade lentamente, até no máximo de duas a três semanas (BRASIL, 2004).

Os sintomas que mais se destacam são: sensação de formigamento, tonturas, tosse, cefaleia, dificuldade de concentração, humor deprimido, irritabilidade, agitação, sonolência/insônia, distúrbios no estômago e intestino, entre outros.

Outro importante sintoma é a fissura, que demora significativamente mais tempo para passar, pois tem maior relação com os componentes psicológico e comportamental da dependência do que com o aspecto físico. Ou seja, a fissura aparece em situações em que o fumante anteriormente tinha o hábito de fumar ou quando ele apresenta emoções que costumava associar ao uso do cigarro.

A fissura, em geral, não dura mais que cinco minutos. Por isso é importante que você saiba orientar o usuário sobre as estratégias que podem ser utilizadas para que ela passe mais rapidamente, tais como:

- Não ter cigarros em casa, no carro, na bolsa etc. Sabemos que a questão comportamental é muito forte, de modo que, ao sentir a fissura, o usuário terá um impulso irresistível de fumar.

Se, neste momento, ele tiver facilidade de acesso ao cigarro, o risco de recaída será muito grande. Mas, se houver dificuldade para obter o cigarro, pode ser que a fissura passe e ele se conscientize de não fumar;

- Beber água é o melhor "remédio" para se lidar com a fissura e não tem contraindicações! A maioria dos fumantes relata que a água, especialmente gelada, ajuda a fazer passar a vontade de fumar, por proporcionar uma sensação de anestesia na boca. Recomende que o usuário ande sempre com uma garrafinha e desenvolva o hábito de beber repetidamente, auxiliando também na necessidade de levar algo à boca, que é comum ao fumante;

- Ter sempre à disposição alimentos de baixa caloria, tais como frutas naturais e secas, cravo, canela, gengibre e afins. Eles ajudam a manter a boca ocupada, no momento da fissura, distraindo a vontade. O usuário vai ter a tendência a escolher guloseimas tais como balas, doces e chicletes, até porque o cigarro tem um pouco de açúcar em sua composição, o que aumenta o desejo de comer doces. Porém, é sua responsabilidade ajudá-lo a eleger alimentos que sejam mais saudáveis e não contribuam para o ganho de peso. Para isso, as frutas podem ser uma escolha acertada, já que tem sacarose, um açúcar natural. E as especiarias têm um gosto forte que proporcionam uma sensação anestésica nas papilas gustativas, reduzindo a vontade de fumar;

- Se distrair/ocupar: os fumantes relatam que não fazer nada dá vontade de fumar. Portanto, para resistir à fissura, é preciso manter-se ocupado, principalmente naquelas situações consideradas gatilhos ou que antecedem a vontade de fumar, como por exemplo estar parado esperando o ônibus. Você pode sugerir, então, que ele se mantenha ocupado, o que não significa estar trabalhando o tempo todo. Tal ocupação pode – e deve – ser prazerosa, no sentido que ocupe também a mente de forma saudável e não apenas o corpo. Vale sugerir, inclusive, que mantenha as mãos ocupadas com artifícios como canetas, canudos, bolinhas, elástico ou qualquer outra coisa com a qual se identifique. Só não vale recomendar que tenha um cigarro apagado nas mãos – como muitos irão sugerir – pois o risco que ele o acenda antes mesmo de se dar conta é muito grande;

- Evitar práticas fortemente associadas ao hábito de fumar e, quando não for possível, procurar fazê-las de forma diferente. Por exemplo, uma pessoa que sente vontade de fumar sempre após o almoço não pode evitar a refeição, mas deve tentar adicionar algo diferente a essa rotina, buscando, por exemplo, escovar os dentes ou beber água logo que terminar;

- Fazer atividade física: não há necessidade de tornar-se um atleta, mas devemos recomendar que a pessoa procure trabalhar o seu corpo de uma maneira prazerosa, que possa funcionar tanto como uma válvula de escape para a vontade de fumar, quanto para o estresse. Diminuindo, ainda, a possibilidade de ganho de peso;

- Respirar profundamente, relaxar, meditar: a fissura geralmente vem associada à ansiedade e oxigenar o sangue ajuda a reequilibrar o PH que se torna ácido quando a pessoa está ansiosa. A respiração profunda ajudará o organismo a acalmar as funções autônomas que ficam desequilibradas durante uma crise de ansiedade e isso reduzirá a vontade de fumar. No manual do coordenador você terá acesso a técnicas de respiração e relaxamento mental que

poderá ensinar para os tabagistas;

- Mudar a rotina: às vezes mesmo pequenas mudanças, que não parecem tão importantes, podem se tornar bastante significativas nesse processo. Por exemplo, caso haja algum ponto de venda de cigarro no caminho do usuário para o trabalho ou outro destino, pode-se recomendar que ele faça outro trajeto, mesmo que maior, para evitar o gatilho e o consequente impulso de fumar;

- Renovar seus propósitos de não fumar: vale recomendar que o usuário ande com um cartão consigo, geralmente no lugar em que ele carregava seus cigarros, no qual ele possa escrever suas principais motivações para não fumar. Num momento de fissura, na busca automática por cigarros, ele pode encontrar esse cartão e relembrar o motivo pelo qual está se submetendo a esse processo e isso poderá ajudá-lo a lidar com a vontade (HALAL; CAMPOS, 2016).



Você e sua equipe já acompanharam e vivenciaram a recaída de um tabagista em tratamento? Como vocês lidaram com essa situação? A partir das leituras, como avaliam as estratégias utilizadas e como pensam que poderiam melhorá-las?

3.4 Manejo da abstinência e fissura

Algumas situações podem tornar o processo de deixar de fumar um pouco mais delicado do que já seria. São os casos de comorbidades clínicas ou psiquiátricas, bem como dos pacientes especiais, como adolescentes e gestantes.

Nos **pacientes com diagnóstico de câncer**, enfisema ou outras doenças relacionadas ao tabaco, o tratamento do tabagismo deve seguir a recomendação para a população geral. Entretanto, a presença dessas comorbidades geralmente está associada com alta dependência à nicotina e, portanto, deve-se considerar abordagem comportamental e medicamentosa mais intensiva. O tratamento de pacientes com eventos cardiovasculares crônicos e/ou agudos também deve seguir as recomendações gerais para o tratamento do tabagismo.

Homens e mulheres se beneficiam das mesmas intervenções no tratamento do tabagismo, salvo características individuais que devem ser consideradas, como o receio do ganho de peso e a presença de depressão, que são os obstáculos mais referidos para a cessação do tabagismo em mulheres.

Nos **adolescentes e adultos jovens,** a cessação do tabagismo deve estar centralizada no aconselhamento, que parece ser a abordagem mais efetiva nessa faixa etária. Normalmente não

há necessidade de uso de medicação, uma vez que, em geral, os mais jovens muitas vezes ainda não desenvolveram dependência mais severa, tendo um uso esporádico ou eventual. Também não costumam se identificar muito com os grupos de tabagismo, por se tratar de uma realidade muito distante para eles, já que são mais frequentados por adultos, muitas vezes com comorbidades associadas ao uso do cigarro. Sugere-se, então, uma abordagem individual, que utilize linguagem e elementos com os quais eles possam se identificar.

Toda **gestante** deve ser fortemente aconselhada a parar de fumar, devido aos riscos do tabagismo para o feto e para ela mesma. Porém, as gestantes podem ter fortes sentimentos de culpa e vergonha ao participarem de um grupo de tabagismo, devendo ser abordadas individualmente ou em grupos específicos de gestantes.



Saiba mais:

Você pode realizar a leitura das Diretrizes para cessação do tabagismo – 2008 da Sociedade Brasileira de Pneumologia clicando aqui.

As **comorbidades psiquiátricas** constituem, sem dúvida, o maior fator dificultador para o tratamento do tabagismo (LEMOS; GIGLIOTTI, 2002). Porém, embora os pacientes com transtornos psiquiátricos e dependência de outras substâncias apresentem alta prevalência de tabagismo, dependência da nicotina elevada e maior risco de recaída, os estudos mostram que as variáveis que afetam a cessação e a taxa de abstinência são similares àquelas verificadas na população geral. De modo que o tratamento para cessação do tabagismo em pacientes com transtornos psiquiátricos deve ser o mesmo recomendado para a população geral.

A depressão é o distúrbio psiquiátrico mais frequentemente associado ao tabagismo devido à propriedade antidepressiva da nicotina e sua ação sobre a liberação de dopamina, substância que aumenta a sensação de bem estar (CALHEIROS; OLIVEIRA; ANDRETTA, 2006).

Por isso, cerca de 30% dos fumantes tem histórico de depressão: eles fumam mais intensamente, têm maior dificuldade em parar de fumar, usam o tabagismo como automedicação, têm síndrome de abstinência mais severa e, consequentemente, maiores taxas de recaída (CALHEIROS; OLIVEIRA; ANDRETTA, 2006).

Dessa forma, é preciso que você faça uma boa avaliação, na entrevista individual, do histórico de depressão do fumante, inclusive familiar, e sobre a ocorrência de sintomas atuais. Há um inventário de depressão no protocolo de entrevista do INCA que você pode usar como guia.



Saiba mais:

Acesse o Inventário de Depressão do Protocolo de Entrevista do INCA clicando aqui.

Se indícios de depressão leve ou moderada forem percebidos, é possível iniciar o tratamento do tabagismo simultaneamente ao de depressão. Porém, se forem percebidos indícios de depressão grave, você deve encaminhar primeiro o paciente para o tratamento da depressão e somente após a estabilização dos sintomas é que ele deve ser encaminhado para o tratamento do tabagismo.

Em relação à esquizofrenia ou outros transtornos psicóticos, estudos demonstram que de 60 a 70% dos esquizofrênicos fuma (prevalência três vezes maior que na população geral) devido ao fato de a descarga dopaminérgica reduzir os sintomas negativos da doença (apatia, abulia, embotamento afetivo), e os efeitos colaterais extrapiramidais dos neurolépticos, além de melhorar a depressão e aliviar a ansiedade, muito comuns ao quadro (CALHEIROS; OLIVEIRA; ANDRETTA, 2006).

Assim, a abstinência pode agravar a sintomatologia esquizofrênica e frequentemente a medicação antipsicótica precisa ser reduzida. Portanto, o tratamento do tabagismo deve ser conduzido somente quando estabilizados os sintomas da esquizofrenia e com o apoio do profissional especialista em saúde mental.

O tabagismo é muito frequente também entre **dependentes de álcool e outras drogas**. Muitas vezes esses pacientes consideram mais difícil deixar de fumar do que largar as drogas mais "pesadas". Poucos aceitam tratamento simultâneo e apenas 46% desejam parar de fumar. Porém, estudos recentes sugerem que a abordagem para cessação do tabagismo concomitante ao tratamento de outras dependências reforça a abstinência relativa a outra substância, não trazendo risco de recaída, o que seria ideal (LEMOS; GIGLIOTTI, 2002).

Na entrevista inicial, preste bastante atenção ao uso de álcool pelo fumante. Geralmente fumantes pesados têm bastante probabilidade de também serem etilistas, pois a prevalência de fumantes entre alcoolistas é de 80%. Procure sempre fazer o teste CAGE (Quadro 3, a seguir), também disponível no protocolo do INCA.

O CAGE é um instrumento de fácil aplicação que não faz o diagnóstico de dependência, mas detecta os bebedores de risco. O consumo de álcool é considerado fator de risco a partir de duas respostas positivas (FLORIANÓPOLIS, 2010). Ao constatar o risco de uso pesado ou abusivo de álcool, alerte o fumante que isso tornará o processo de cessação do tabagismo mais difícil, uma vez que o álcool funciona como um gatilho para o cigarro.

Quadro 3: Teste CAGE.

Cut down/Annoyed/Guilty/Eye-opener Questionnaire (CAGE)		
O consumo de ácool é considerado de risco a partir de duas respostas afirmativas.	**0-NÃO**	**1-SIM**
1. Alguma vez o (a) Sr. (a) sentiu que deveria diminuir a quantidade de bebida ou parar de beber?	0	1
2. As pessoas o (a) aborrecem porque criticam o seu modo de beber?	0	1
3. O (A) Sr. (a) se sente culpado (a) (chateado consigo mesmo) pela maneira como costuma beber?	0	1
4. O (A) Sr. (a) costuma beber pela manhã para diminuir o nervosismo ou a ressaca?	0	1

Fonte: FLORIANÓPOLIS, 2010.

Ao se defrontar com transtornos psiquiátricos no tratamento do tabagismo, a equipe da estratégia de saúde da família deve fazer uma avaliação bastante criteriosa junto aos profissionais de saúde mental por meio dos suportes existentes na sua rede, como o Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF), matriciamento ou telessaúde, para decidir quando e quais casos encaminhar se esgotadas as alternativas de sua competência.



Existe algum caso especial, como os citados nesta unidade, na comunidade atendida por sua equipe? Que ações estão sendo realizadas para apoiar esses usuários no tratamento do tabagismo? A partir da leitura desta unidade, que outras ações poderiam ser realizadas?



UNIDADE 3

PARTE 2

ABORDAGEM NUTRICIONAL E USO DE PRÁTICAS INTEGRATIVAS COMPLEMENTARES

Autores:
Ari Ojeda Ocampo Moré
Carolina Calado Carneiro
Thaise Alana Goronzi

3.5 Abordagem nutricional na cessação do tabagismo

Para muitos fumantes que desejam parar de fumar, a possibilidade de engordar ao fazer isso pode representar uma grande barreira para a cessação. A preocupação com o ganho de peso pode inibir as tentativas de parar de fumar, principalmente entre as mulheres. Além disso, o ganho de peso pode ser um importante fator de recaída para aqueles que estão tentando parar (INCA, 2001).

Segundo Martins e Chatkin (2019), a relação inversa entre peso corporal e tabagismo é bem reconhecida. Os fumantes geralmente apresentam menor peso corporal que os não fumantes. A redução da ingestão de alimentos em fumantes tem sido atribuída a diversos mecanismos: aumento da estimulação do sistema adrenérgico; lipólise e termogênese, secundárias ao aumento da taxa metabólica basal; aumento do gasto energético; e supressão do apetite induzida pela nicotina. Há evidências de que alguns aditivos empregados na produção industrial de cigarros são supressores de apetite, tais como ácido tartárico e 2-acetilpiridina.

Quando um indivíduo para de fumar, todos esses mecanismos deixam de funcionar, levando a um aumento do peso corporal. Estudos sobre características (MUNAFÒ; MURPHY; JOHNSTONE, 2006; SCHERR *et al.*, 2015) que podem aumentar o risco de um ganho de peso expressivo nos indivíduos que cessaram o hábito de fumar identificaram como fatores de risco: consumo de uma elevada quantidade de cigarros diariamente; menor nível socioeconômico; não ter um hábito alimentar saudável, dentre outros. Além disso, ex-fumantes buscam recompensas orais por meio do consumo de alimentos com alto teor de açúcar e gordura. Lembrando que há também uma rápida recuperação dos sentidos do olfato e paladar, o que estimula a ingestão de alimentos (MARTINS; CHATKIN, 2019).

A alteração ponderal pós-cessação tabágica traz dados conflitantes em vários estudos avaliados. Em metanálise que avaliou 62 estudos, percebeu-se que a cessação ao tabagismo é responsável pelo aumento de peso, em média, de 1,12 Kg, 2,26 Kg, 2,85 Kg, 4,23 Kg e 4,67 Kg nos períodos de um, dois, três, seis e 12 meses após parar de fumar, respectivamente. Essa variação é distinta em diversos estudos, podendo variar de 1,4Kg a 7Kg de ganho de peso. Vale ressaltar que o aumento excessivo de peso, descrito em alguns estudos como acima de 10 Kg, é atribuído a uma pequena parte da amostra, em torno de 10% (MARTINS; CHATKIN, 2019).

O controle de peso dentro do tratamento de fumantes pode ser efetivo na cessação do tabagismo, principalmente em mulheres. Há sugestão de alguns autores recomendando intervenções baseadas em terapia cognitivo-comportamental para reduzir as preocupações com o ganho de peso (PERKINS *et al.*, 2001), bem como desencadear uma mudança positiva no comportamento de fumar através de mudanças de comportamento alimentar (SALIT; CICAZZO; DIXON, 2009).

O comportamento alimentar pode ser modificado por meio de estratégias de aconselhamento nutricional abarcando a combinação de diferentes teorias de mudança de comportamento, como a Teoria Cognitivo Comportamental, Teoria Cognitiva Social e o Modelo Transteórico, que podem levar à interrupção de padrões de alimentação indesejáveis e substituir

hábitos contemporâneos por outros mais saudáveis, como a diminuição de alimentos com grande densidade energética e o aumento do consumo de frutas, legumes e verduras. Resultando, assim, em diminuição do peso e redução dos riscos de DCNT (SPAHN *et al*., 2010).

Assim, a abordagem nutricional na cessação do tabagismo deve considerar a orientação para uma alimentação adequada e saudável, bem como mudanças de comportamento alimentar, com consequente diminuição do peso e redução dos riscos de DCNT, sem perder de vista a importância do aspecto social relacionado ao ato de comer e fazer escolhas saudáveis.

O Guia Alimentar para a População Brasileira, lançado em 2014, deve ser utilizado como material de consulta e orientação nesse processo. O guia é um documento oficial que aborda os princípios e as recomendações de uma alimentação adequada e saudável enquanto direito humano básico que envolve a garantia ao acesso permanente e regular, de forma socialmente justa, a uma prática alimentar adequada aos aspectos biológicos e sociais do indivíduo e que deve estar em acordo com as necessidades alimentares especiais; ser referenciada pela cultura alimentar e pelas dimensões de gênero, raça e etnia; ser acessível do ponto de vista físico e financeiro; ser harmônica em quantidade e qualidade, atendendo aos princípios da variedade, equilíbrio, moderação e prazer; e baseada em práticas produtivas adequadas e sustentáveis. E por isso configura-se como um importante instrumento para as ações de educação alimentar e nutricional no SUS e também em outros setores (BRASIL, 2014).

A abordagem inovadora deste guia traz recomendações gerais sobre a escolha de alimentos para compor uma alimentação nutricionalmente balanceada, saborosa e culturalmente apropriada e também promotora de sistemas alimentares socialmente e ambientalmente sustentáveis. Sugerindo que a base da alimentação seja de alimentos *in natura* ou frescos e minimamente processados, a orientação é que haja moderação no consumo de alimentos processados e que os ultraprocessados sejam evitados.

Além de inovar na orientação sobre a escolha alimentar baseada no tipo de processamento a que são submetidos os alimentos, a publicação traz informações de como comer e preparar a refeição, bem como sugestões para enfrentar os obstáculos do cotidiano para manter um padrão alimentar saudável, como falta de tempo e inabilidade culinária. Também fornece recomendações adicionais sobre o comportamento alimentar, ressaltando a importância em comer com atenção, em lugares apropriados e, sempre que possível, em companhia.

O Guia aborda quatro recomendações sobre a escolha dos alimentos, sendo a primeira a regra de ouro:

1ª REGRA DE OURO:
Faça de alimentos *in natura* ou minimamente processados a base de sua alimentação.

O que são Alimentos *in natura* e minimamente processados?

Alimentos *in natura* são obtidos diretamente de plantas ou de animais e não sofrem qualquer alteração após deixar a natureza.

Alimentos minimamente processados correspondem a alimentos *in natura* que foram submetidos a processos de limpeza, remoção de partes não comestíveis ou indesejáveis, fracionamento, moagem, secagem, fermentação, pasteurização, refrigeração, congelamento e processos similares que não envolvam agregação de sal, açúcar, óleos, gorduras ou outras substâncias ao alimento original.

2ª RECOMENDAÇÃO:

Utilize óleos, gorduras, sal e açúcar em pequenas quantidades ao temperar e cozinhar.

Por que utilizar óleos, gorduras, sal e açúcar em pequenas quantidades?

O consumo excessivo desses ingredientes favorece o ganho de peso e aumenta o risco de DCNT, por isso seu consumo deve ocorrer em pequenas quantidades e eles devem ser usados para preparar alimentos *in natura* ou minimamente processados, somente com intenção de diversificar e tornar a alimentação mais saborosa, mas sem descaracterizar o sabor real do alimento. Assim, é essencial que esses indivíduos tenham algumas informações nutricionais sobre esses itens:

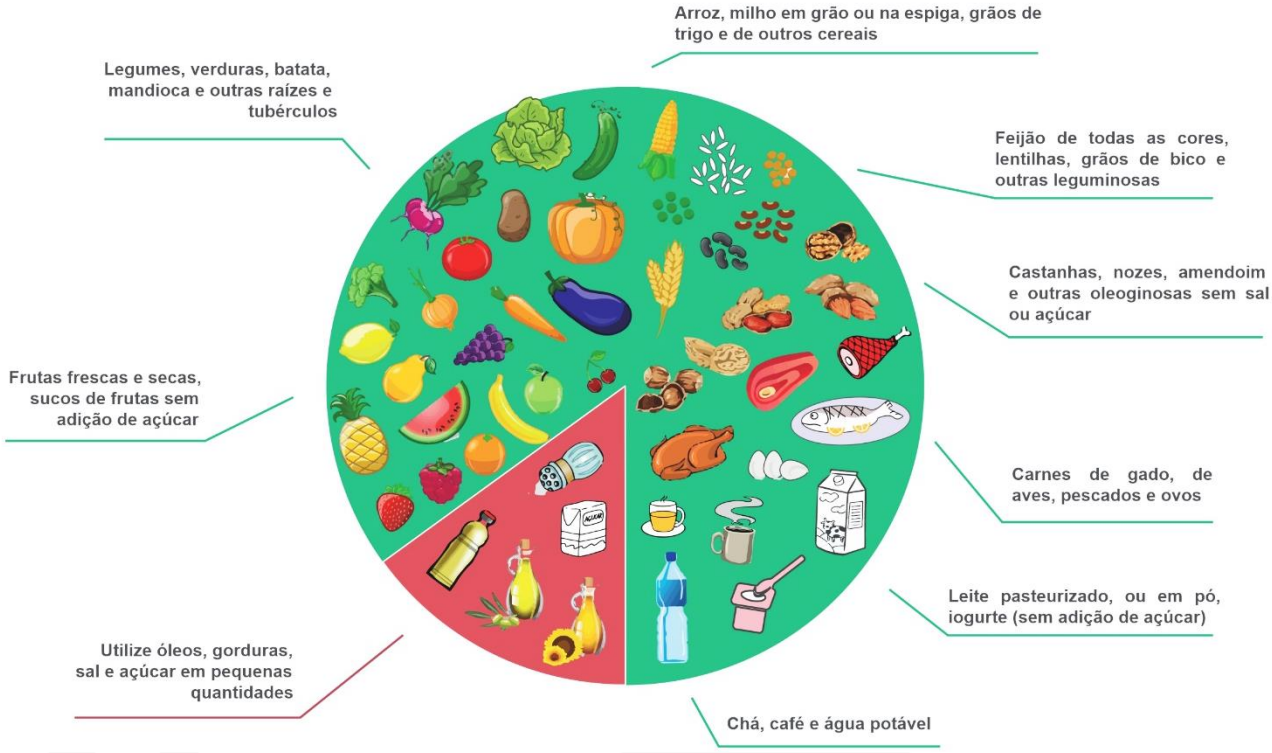
- **Óleos e gorduras têm seis vezes mais calorias por grama do que grãos cozidos e 20 vezes mais do que legumes e verduras após cozimento. O açúcar tem cinco a 10 vezes mais calorias por grama do que a maioria das frutas. Se usados em pequena quantidade, é possível criar preparações culinárias saborosas, variadas e nutricionalmente balanceadas.**

- Alimentos ricos em açúcar, gordura e sal costumam ser muito apreciados por tornarem as refeições mais saborosas e, com isso, favorecerem um consumo excessivo, muito além da quantidade necessária para a manutenção do peso. Com a cessação do tabagismo pode ocorrer uma maior procura por preparações cheias de açúcar, sal e gordura, como forma de substituir o prazer que o cigarro proporciona.

- **Diversificar as maneiras e o preparo da alimentação pode ser de grande valia, ao invés de fritar a batata, pode-se pensar em fazer uma batata rústica assada. O café passado poderia ser saborizado com uma pequena pitada de canela em pó, em vez de usar açúcar. O tempero da comida pode ser feito em casa, usando sal marinho misturado em partes iguais com ervas de sua preferência.**

A figura 2, a seguir, resume as recomendações nutricionais do Guia Alimentar para a população Brasileira.

Figura 2: Recomendações alimentares do Guia Alimentar para a População Brasileira.



Fonte: Elias *et al.*, 2019 (adaptado).

3ª RECOMENDAÇÃO:
Limite o uso de alimentos processados.

O que são alimentos processados?

Alimentos processados são fabricados pela indústria com a adição de sal ou açúcar ou outra substância de uso culinário a alimentos *in natura* para torná-los duráveis e mais agradáveis ao paladar. São produtos derivados diretamente de alimentos e são reconhecidos como versões dos alimentos originais. São usualmente consumidos como parte ou acompanhamento de preparações culinárias feitas com base em alimentos minimamente processados. Exemplos: cenoura, pepino, ervilhas, palmito, cebola, couve-flor preservados em salmoura ou em solução de sal e vinagre; extrato ou concentrados de tomate (com sal e/ou açúcar); frutas em calda e frutas cristalizadas; carne seca e toucinho; sardinha e atum enlatados; queijos; e pães feitos de farinha de trigo.

4ª RECOMENDAÇÃO:
Evitar o consumo de alimentos ultraprocessados.

O que são alimentos ultraprocessados?

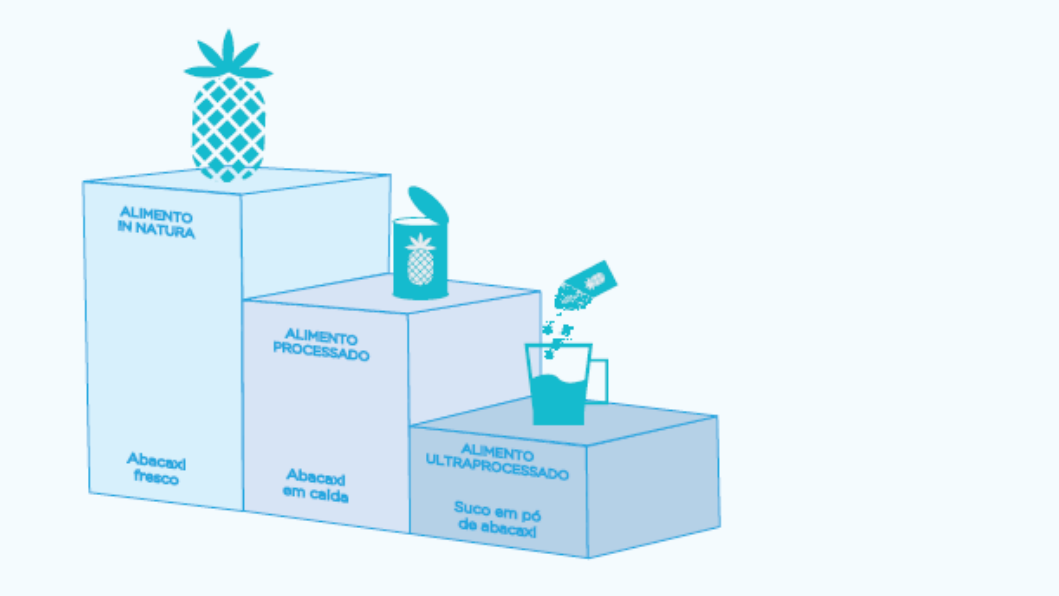
Alimentos ultraprocessados são formulações industriais feitas de substâncias extraídas de alimentos (óleos, gorduras, açúcar, amido, proteínas), derivadas de constituintes de alimentos

(gorduras hidrogenadas, amido modificado) ou sintetizadas em laboratório com base em matérias orgânicas como petróleo e carvão (corantes, aromatizantes, realçadores de sabor e vários tipos de aditivos usados para dotar os produtos de propriedades sensoriais atraentes). Alguns exemplos: Cereais açucarados, barras de cereal, sopas, macarrão e temperos "instantâneos", molhos, iogurtes e bebidas lácteas adoçadas e aromatizadas, bebidas energéticas, produtos congelados e prontos para aquecimento como pratos de massas, pães de forma, pães para hambúrguer ou hot dog e pães doces.

Uma forma de diferenciar alimentos ultraprocessados dos demais é consultar a lista de ingredientes que, normalmente, apresentará cinco ou mais ingredientes, e constará nomes pouco familiares e não usados em preparações culinárias, como gordura vegetal hidrogenada, óleos interesterificados, xarope de frutose, isolados proteicos, agentes de massa, espessantes, emulsificantes, corantes, aromatizantes, realçadores de sabor e vários outros tipos de aditivos.

A figura 3, a seguir, demonstra como se dão as etapas do processamento dos alimentos de forma ilustrativa.

Figura 3: Diferença entre alimentos *in natura*, processados e ultraprocessados.



Fonte: BRASIL, 2014.

Por que evitar o consumo de alimentos ultraprocessados?

Um alimento ultraprocessado, pela praticidade conferida ao seu consumo, faz com que a pessoa se alimente de maneira a não necessitar estar sentada à mesa. Com isso, o ato de se alimentar ocorre sem a devida atenção, podendo levar a um consumo exagerado e tendendo a limitar o consumo de alimentos *in natura* ou minimamente processados.

Comer sem a devida atenção pode ser abordado considerando o *Mindful eating* (Atenção Plena ao comer), também conhecido como comer com atenção plena ou então comer com consciência, como uma vertente do *Mindfulness*. Essa prática é um convite para aprender a perceber e respeitar nossas fomes antes, durante e após as refeições (RODRIGUES, 2019).

Alimentos ultraprocessados aumentam o consumo indireto de açúcar, gordura e sódio. São usados com a intenção de aumentar a duração dos produtos e intensificar o sabor, ou mesmo para encobrir sabores indesejáveis oriundos de aditivos ou de substâncias geradas pelas técnicas envolvidas no ultraprocessamento. Até as versões *diet* e *light*, ainda que vendidas como opções mais adequadas nutricionalmente, podem não trazer benefícios claros e muitos têm na lista de ingredientes cinco ou mais itens.

Consumo excessivo de calorias: o mecanismo diz respeito ao fato de que a sinalização de saciedade após a ingestão desses produtos não ocorre ou ocorre tardiamente. Como consequência, podemos comer em maiores quantidades até que a saciedade seja percebida e, assim, ingerir mais calorias do que necessitamos.

A quantidade de calorias dos alimentos ultraprocessados varia de duas e meia calorias por grama (maioria dos produtos panificados) a quatro calorias por grama (barras de cereal), podendo chegar a cinco calorias por grama, no caso de biscoitos recheados e salgadinhos "de pacote". Essa quantidade de calorias por grama é duas a cinco vezes maior do que a da tradicional mistura de duas partes de arroz para uma de feijão.

A abordagem nutricional na cessação do tabagismo apresenta-se como essencial para incentivar e/ou manter o indivíduo livre do tabagismo. Em alguns casos, essas orientações gerais usando o guia alimentar como base serão suficientes, entretanto o aconselhamento nutricional ou acompanhamento individualizado poderão ser necessários, já que mudança de comportamento alimentar demanda processos longos e complexos.

Saiba mais:

Além das recomendações sobre a escolha dos alimentos, o guia traz orientações sobre:

- ✓ Como combinar alimentos na forma de refeições. Essas orientações se baseiam em refeições consumidas por uma parcela substancial da população brasileira que ainda tem por base alimentos *in natura* ou minimamente processados, utilizados em suas preparações culinárias;
- ✓ Orientações sobre o ato de comer e a comensalidade, abordando as circunstâncias – tempo e foco, espaço e companhia – que influenciam o aproveitamento dos alimentos e o prazer proporcionado pela alimentação;
- ✓ Fatores que podem ser obstáculos para a adesão das pessoas às recomendações deste guia – informação, oferta, custo, habilidades culinárias, tempo e publicidade – e propõe, para sua superação, a combinação de ações no plano pessoal e familiar e no plano do exercício da cidadania.

Acesse o Guia Alimentar para a População Brasileira clicando aqui.

A abordagem do comportamento alimentar associada à Atenção Plena ao comer (*Mindful eating*) pode ser melhor elucidada acessando o documento: Atenção Plena Aplicada à Nutrição clicando aqui.



Como é realizada a abordagem nutricional ao tabagista em sua unidade de saúde?
Os casos são discutidos de forma multiprofissional?

3.6 Uso de Práticas Integrativas e Complementares na Cessação do Tabagismo

As PICs são modalidades terapêuticas instituídas no SUS desde sua criação em 1988. Estas práticas tiveram a sua implementação incentivada, principalmente no contexto da APS, a partir de 2006 com a publicação da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) (HABIMORAD *et al*., 2020).

Inicialmente, práticas de cinco grandes áreas eram ofertadas no SUS, incluindo Acupuntura/MTC, Homeopatia, Plantas Medicinais, Medicina Antroposófica e Termalismo Social. Atualmente o SUS oferece, de forma integral e gratuita, 29 procedimentos de PICs à população, entre eles yoga, aromaterapia, cromoterapia, dança circular, hipnoterapia, homeopatia, entre outras (HABIMORAD *et al*., 2020; BRASIL, 2020).

Diversas experiências de implantação de PICs no SUS demonstraram que estas práticas podem auxiliar no manejo de problemas comuns da APS como dor crônica, transtornos do humor e de ansiedade, hipertensão, diabetes, dependência química, e outras várias condições (BARBOSA *et al*., 2019; TESSER; DALLEGRAVE, 2020). Nesse sentido, esta parte da Unidade 3 tem o objetivo de contextualizar o uso das PICs como medidas terapêuticas adjuvantes na cessação do tabagismo e exemplificar como implementar o uso da auriculoterapia neste contexto.

Saiba mais:
Leia o artigo modelos de inserção de PICs no SUS: Medicina tradicional e complementar no Brasil: inserção no Sistema Único de Saúde e integração com a atenção primária. Clique aqui.

PICs e Tabagismo

Em diversos países as PICs têm sido amplamente adotadas como terapias adjuvantes na cessação do tabagismo (SOOD *et al*., 2006). Estudos de revisão sugerem que terapias como acupuntura, auriculoterapia e acupressão são terapias adjuvantes com potencial para serem utilizadas por profissionais de saúde no contexto da cessação do tabagismo (WHITE *et al*., 2014; DI *et al*., 2014).

No Brasil, as PICs também têm papel de destaque no controle do tabagismo. Diversas

iniciativas em diferentes cidades brasileiras também descrevem a homeopatia, auriculoterapia, acupuntura e Do-in (automassagem de pontos de acupuntura) como terapias que auxiliam na cessação do tabagismo (TESSER *et al*., 2021). Devido à iniciativa de formação em larga escala em auriculoterapia na atenção primária, observou-se um aumento expressivo do seu uso no contexto do SUS, com destaque para o uso em grupos de cessação do tabagismo (SILVA, 2020).

Saiba mais:

Leia o artigo Modelos de inserção de PICs e Tabagismo: Guia de implantação do programa de cessação do tabagismo em um hospital público referência cardiovascular para o sul do Brasil clicando aqui.

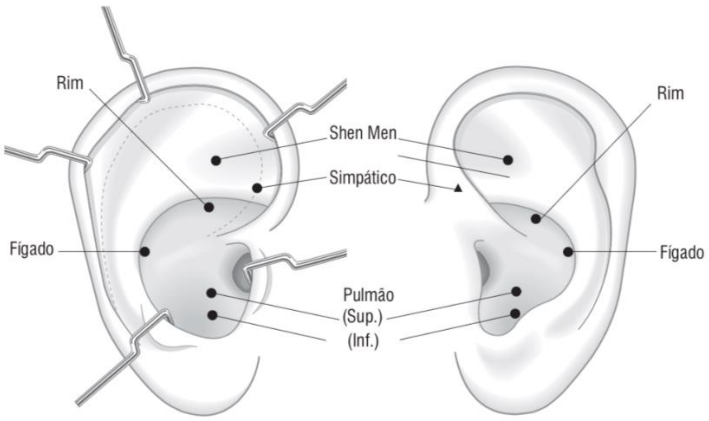
Auriculoterapia e Tabagismo

A auriculoterapia consiste em uma intervenção em saúde na qual realizam-se estímulos físicos em regiões do pavilhão auricular com fins terapêuticos (GORI; FIRENZUOLI, 2007). Essa é uma prática utilizada há centenas de anos pela Medicina Tradicional Chinesa e foi popularizada e disseminada por todo o mundo pelo médico francês Paul Nogier (HOU *et al*., 2015).

Em seus estudos publicados na década de 1950, o Dr. Nogier conseguiu demonstrar que zonas específicas do pavilhão auricular poderiam controlar processos dolorosos de origem musculoesquelética (HOU *et al*., 2015). Com a evolução da prática e de pesquisa em auriculoterapia, verificou-se que, para além da dor, essa terapia poderia ser utilizada também para o tratamento de outros agravos de saúde, incluindo transtornos de humor, disfunções viscerais e problemas relacionados à drogadição (BRASIL, 2016).

Nos Estados Unidos foi desenvolvido um protocolo específico de intervenção em auriculoterapia para o tratamento de drogadição conhecido como NADA (*National Acupuncture Detoxification Association*), que apresenta cinco pontos de auriculoterapia associados, usualmente, a pacientes em tratamento de dependência química, como podemos observar na Figura 4. Estudos que utilizam o protocolo NADA sugerem que ele pode contribuir na cessação do uso de drogas como heroína, álcool e cigarro (MCLELLAN *et al*., 1993; CUI; WU; LI, 2013). Além desse protocolo, há diversos outros estudos sobre o tema (DE MARCHI; CONCINA, 2014; LEE; PARK, 2017; WU *et al*., 2007).

Figura 4: Pontos de auriculoterapia usados no protocolo NADA (*National Acupuncture Detoxification Association*).



Fonte: Apostila do Curso de Formação em Auriculoterapia para Profissionais da Saúde da Atenção Básica.

Uma revisão sistemática publicada no ano de 2020 por pesquisadores da Universidade Federal de Santa Catarina em parceria com o Ministério da Saúde demonstrou que oito estudos clínicos e cinco revisões sistemáticas investigaram os efeitos de intervenções em auriculoterapia na cessação do tabagismo. Esse trabalho de revisão demonstrou que a auriculoterapia mostrou-se superior à maior parte dos seus controles inativos ou a nenhum tratamento para cessação do tabagismo. Adicionalmente, não se verificou diferença do tratamento em auriculoterapia quando comparada com outros tratamentos ativos para controle do tabagismo (UFSC, 2021).

Em termos de segurança, é importante salientar que nenhum evento adverso grave foi relatado nos estudos. Dentre os eventos adversos descritos, o desconforto no pavilhão auricular foi o mais comumente listado. De forma geral, apesar dos resultados promissores encontrados, é preciso ter cautela na interpretação dessa revisão devido à heterogeneidade dos estudos, perdas amostrais e limitações metodológicas. A figura 5, a seguir, apresenta uma síntese dos principais achados da revisão, incluindo os pontos de auriculoterapia mais utilizados nos trabalhos com tabagismo.

Figura 5: Pontos mais utilizados nos estudos sobre uso de auriculoterapia na cessação do tabagismo.



Fonte: UFSC, 2020.

Como é realizado o tratamento com auriculoterapia para cessação do tabagismo na prática?

Podemos encontrar, no Brasil, diversos relatos do uso da auriculoterapia na cessação do tabagismo na literatura (SILVA *et al.*, 2014). Esses relatos revelam que essa modalidade terapêutica tem sido aplicada tanto no contexto dos atendimentos individuais quanto em atendimentos coletivos em grupos terapêuticos, obtendo bons resultados. Acesse, no link abaixo, um vídeo que demonstra na prática o uso Acupuntura, Auriculoterapia e Automassagem nos grupos de tratamento do tabagismo em um Centro de Saúde de Florianópolis.

Saiba mais:

Assista ao vídeo Acupuntura, Auriculoterapia e Automassagem nos grupos de tratamento do tabagismo clicando aqui.

É importante ressaltar que a auriculoterapia não é utilizada como modalidade única de tratamento na cessação do tabagismo. Conforme discutido nas unidades desta apostila, a abordagem do usuário tabagista deve ser multimodal e adaptar-se às realidades do contexto no qual o usuário se encontra, bem como seus valores e preferências individuais de tratamento. De forma geral, a

auriculoterapia tem uma ótima adesão por parte dos usuários por ser um tratamento de rápida execução e com riscos mínimos de eventos adversos (como dor auricular, náuseas e cefaleia, raramente relatados pelos usuários).

Conforme orientação do Ministério da Saúde, recomenda-se o uso de esferas vegetais (sementes de mostarda, vaccaria ou couza) como material de estimulação dos pontos de auriculoterapia. Essas esferas, em geral, ficam dispostas em uma placa de auriculoterapia (detalhes no vídeo sugerido abaixo) as quais podem ser fornecidas pelo município onde o profissional de saúde habilitado trabalha. As esferas são aplicadas com o auxílio de uma pinça anatômica em pontos específicos da orelha conforme protocolo de intervenção determinado pelo profissional de saúde assistente.

Saiba mais:

Assista à sequência de vídeos explicativos com mais detalhes sobre os métodos utilizados no tratamento com auriculoterapia clicando aqui.

De acordo com os estudos conduzidos na área de auriculoterapia, recomenda-se que os usuários realizem oito semanas de tratamento e que, nesse período, seja realizado um acompanhamento uma vez na semana para aplicação/replicação das esferas vegetais nos pontos auriculares. O tratamento pode ser estendido conforme resposta do tratamento e condição individual de cada usuário.

A seleção dos pontos auriculares pode ocorrer por opção de uso de protocolo específico (como protocolo NADA) ou pontos que se adaptem às demais especificidades do paciente tratado (como insônia, aumento de apetite, ansiedade, etc). A avaliação da seleção dos pontos de auriculoterapia e os ajustes na duração do tratamento devem ser realizados pelo profissional da equipe de saúde que está habilitado para o uso da auriculoterapia e, idealmente, deve estar alinhado com o plano terapêutico estabelecido pela equipe que assiste o usuário.

Como obter a formação em auriculoterapia no SUS?

A Universidade Federal de Santa Catarina, em parceria com o Ministério da Saúde, elaborou um curso semipresencial de Formação em Auriculoterapia para Profissionais de Saúde da Atenção Básica. O curso tem carga horária de 80 horas e consiste em cinco módulos EAD (assíncronos) e um encontro síncrono com os facilitadores do curso. Estão aptos para inscrever-se no curso profissionais de saúde de nível superior que trabalhem no SUS na APS.

Saiba mais:

Saiba mais fazendo o curso de formação em auriculoterapia MS-UFSC. Para mais informações sobre como obter a formação, clique aqui.

A auriculoterapia é uma intervenção em saúde segura quando realizada por profissionais capacitados para executá-la. É importante ressaltar que, de forma geral, a auriculoterapia não é

utilizada isoladamente, mas como complemento ao plano terapêutico para a cessação do tabagismo. Até o ano de 2021, mais de 7000 profissionais de saúde da atenção primária já foram capacitados pela iniciativa do Ministério da Saúde em consonância com as diretrizes da Política Nacional de PICs. Nesse contexto, a auriculoterapia tornou-se a modalidade terapêutica mais conhecida entre os profissionais de saúde, tendo boa aceitação pela população brasileira.

Conclusão da unidade

Nesta unidade você pôde conhecer algumas formas de tratamento não medicamentosas do tabagista, com ênfase na abordagem cognitivo-comportamental, no manejo de casos especiais, nas mudanças de hábitos alimentares e na utilização da auriculoterapia como PIC.

Esperamos que, ao final da unidade, você tenha sido capaz de entender como a dependência da nicotina pode ser manejada com auxílio da abordagem cognitivo-comportamental e que agora você esteja apto para trabalhar os aspectos não medicamentosos do tratamento do tabagismo, garantindo a integralidade do cuidado que é fundamental para o processo de parar de fumar.

Agora que você já conhece as formas de tratamentos não medicamentosos da pessoa tabagista, na próxima unidade você receberá orientações sobre como realizar apoio medicamentoso à pessoa tabagista.

Referências

ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA; AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **Diretrizes Clínicas na Saúde Suplementar**: Tabagismo. 2011. Disponível em: http://www.projetodiretrizes.org.br/ans/diretrizes/tabagismo.pdf. Acesso em: 15 abr. 2021.

BARBOSA, F. E. S. *et al*. Oferta de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde na Estratégia Saúde da Família no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, 20 dez. 2019.

BOWEN, S; CHAWLA, N; WITKIEWITZ, K. Mindfulness-based relapse prevention for addictive behaviors. In: BAER, R. A. **Mindfulness-Based Treatment Approaches**: A Clinician's Guide. 2nd ed. San Diego, CA:
Elsevier Academic Press. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer - INCA. **Abordagem e Tratamento do Fumante**: Consenso 2001. Rio de Janeiro: Inca, 2001. 38 p. Disponível em: https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files/media/document/tratamento-consenso.pdf. Acesso em: 30 abr. de 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer – INCA. **Manual do coordenador**: deixando de fumar sem mistérios. 2. ed. Rio de Janeiro: INCA, 2004. 54 p. Disponível em: http://www.dive.sc.gov.br/conteudos/agravos/publicacoes/manual-do-coordenador.pdf. Acesso em: 29 abr. 2021.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Tabagismo**. Brasília, 2020. Disponível em: http://www.conitec.gov.br/images/Relatorios/2020/Relatrio_PCDT_Tabagismo_520_2020_FINAL.pdf . Acesso em: 30 abr. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia Alimentar para a População Brasileira**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 156 p. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_alimentar_populacao_brasileira_2ed.pdf. Acesso em: 30 mar. 2021.

CALHEIROS, P. R. V.; OLIVEIRA, M. S.; ANDRETTA, I. Comorbidades psiquiátricas no tabagismo. **Aletheia**, Canoas, n. 23, p. 65-74, jun. 2006. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/pdf/aletheia/n23/n23a07.pdf. Acesso em: 12 abr. 2021.

CUI, C.-L.; WU, L.-Z.; LI, Y. Acupuncture for the treatment of drug addiction. **International Review of Neurobiology**, v. 111, p. 235–256, 2013.

DE MARCHI, C. E.; CONCINA, D. Auriculotherapy for smoking cessation: an observational study of outcomes. **Medical Acupuncture**, v. 26, n. 3, p. 180–188, 2014.

DI, Y. M. *et al*. A meta-analysis of ear-acupuncture, ear-acupressure and auriculotherapy for cigarette smoking cessation. **Drug and Alcohol Dependence**, v. 142, p. 14–23, 1 set. 2014.

ELIAS, A. *et al*. **Abordagem e Tratamento do Tabagismo**. 2. ed. Florianópolis: CCS/UFSC, 2019.

Disponível em: https://moodle.unasus.gov.br/vitrine29/pluginfile.php/19057/mod_resource/content/6/Apostila_Tabagismo_2019.pdf. Acesso em: 10 abr. 2021.

FIORE, M. C. A Clinical Practice Guideline for Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update. **American Journal of Preventive Medicine**, New York, v. 2, n. 35, p. 158-176, ago. 2008.

FLORIANÓPOLIS. Prefeitura Municipal de Florianópolis. Secretaria Municipal de Saúde. **Protocolo de atenção em saúde mental**. Tubarão: Copiart, 2010. 246 p. Disponível em: http://www.pmf.sc.gov.br/arquivos/arquivos/pdf/05_08_2011_9.41.44.1bf62fa463bec5495279a63c16ed417f.pdf. Acesso em: 15 abr. 2021.

GORI, L.; FIRENZUOLI, F. Ear acupuncture in European traditional medicine. **Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine,** v. 4, n. Suppl 1, p. 13–16, set. 2007.

HABIMORAD, P. H. L. *et al*. Implementation of Brazil's National Policy on Complementary and Integrative Practices: strengths and weaknesses. **Ciencia & Saude Coletiva**, v. 25, n. 2, p. 395–405, fev. 2020.

HALAL, A.L.C.; CAMPOS, R.C. (Orgs.) **Controle do tabagismo na atenção básica**. Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis: UFSC, 2016. 69 p. Disponível em: https://ares.unasus.gov.br/acervo/html/ARES/13959/1/TABAGISMO_LIVRO.pdf. Acesso em: 29 abr. 2021.

HOU, P.-W. *et al*. The History, Mechanism, and Clinical Application of Auricular Therapy in Traditional Chinese Medicine. **Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine:** eCAM, v. 2015, 2015.

LANCASTER, T.; STEAD, L. F. **Individual behavioural counselling for smoking cessation**. Cochrane Database Systematic Reviews, Oxford, v. 2, 2005.

LEE, S.; PARK, H. The Effects of Auricular Acupressure on Smoking Cessation for Male College Students. **Western Journal of Nursing Research**, v. 39, n. 3, p. 374–387, mar. 2017.

LEMOS, T.; E GIGLIOTTI, A. **Tabagismo e Comorbidades Psiquiátricas**: Diretrizes sobre comorbidades psiquiátricas em dependência ao álcool e outras drogas, ABEAD, 2002.

MARLATT, G. A., GORDON, J. R. **Prevenção da Recaída**: estratégias de manutenção no tratamento de comportamentos adictivos. Porto Alegre : Artes Médicas, 1993.

MARTINEZ, J. A. B; KALIL, M. A.; LIMA, G. C. G. A. O que é a síndrome de abstinência de nicotina? O que pode ser feito para aliviar os sintomas? In: ARAÚJO, A. J. **Manual de condutas e práticas em tabagismo**. Sociedade Brasileira de Pneumologia Tisiologia. Rio de Janeiro: Gen Editorial, 2012. p. 192-193.

MARTINS, E. J; CHATKIN, J. M. Todos os que param de fumar ganham peso? Estudo prospectivo de coorte do mundo real. **J Bras Pneumol**, v. 45, n. 1, 2019. Disponível em: https://cdn.publisher.gn1.link/jornaldepneumologia.com.br/pdf/2019_45_1_6_portugues.pdf. Acesso em: 16 abr. 2021.

MCLELLAN, A. T. *et al*. Acupuncture treatment for drug abuse: a technical review. **Journal of**

Substance Abuse Treatment, v. 10, n. 6, p. 569–576, dez. 1993.

MILLER, W. R.; ROLLNICK, S. Entrevista Motivacional. Porto Alegre: Artmed, 2001.

MUNAFÒ, M. R.; MURPHY, M. F.; JOHNSTONE, E. C. Smoking cessation, weight gain, and DRD4 - 521 genotype. **American Journal of Medical Genetics**, Salt Lake City, v. 4, n. 141, p. 398-402, jun. 2006.

PERKINS, K.A. *et al*. Cognitive-behavioral therapy to reduce weight concerns improves smoking cessation outcome in weight-concerned women. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, v. 69, p. 604-613, 2001.

RODRIGUES, Fernanda Rech. **Atenção plena aplicada à nutrição**. Florianópolis: CCS/UFSC, 2019. 68 p. Disponível em: https://ares.unasus.gov.br/acervo/html/ARES/14888/1/Apostila_Aten%c3%a7%c3%a3oPlenaNutri%c3%a7%c3%a3o_N%c3%bacleo%20Telessa%c3%bade%20SC%20UFSC.pdf. Acesso em: 10 abr. 2021.

SALLIT, J.; CICAZZO M.; DIXON, Z. A cognitive-behavioral weight control program improves eating and smoking behaviors in weight-concerned female smokers. **J Am Diet Assoc**, v. 109, ago. 2009.

SCHERR, A. *et al*. Predictors of marked weight gain in a population of health care and industrial workers following smoking cessation. **BMC Public Health**, London, v. 15, n. 520, p. 1-11, mai. 2015.

SILVA, J. da. **Guia de implantação do programa de cessação do tabagismo em um hospital público referência cardiovascular para o sul do Brasil**. Dissertação de Mestrado (Mestrado Profissional)—Programa de Pós-Graduação em Gestão do Cuidado em Enfermagem, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2020.

SILVA, R. DE P. *et al*. Contributions of auriculotherapy in smoking cessation: a pilot study. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 48, n. 5, p. 883–890, out. 2014.

SOOD, A. *et al*. Complementary treatments for tobacco cessation: a survey. **Nicotine & Tobacco Research:** Official Journal of the Society for Research on Nicotine and Tobacco, v. 8, n. 6, p. 767–771, dez. 2006.

SPAHN, J. M. *et al*. State of the Evidence Regarding Behavior Change Theories and Strategies in Nutrition Counseling to Facilitate Health and Food Behavior Change. **Journal of the American Dietetic Association**, v. 110, n. 6, p. 879-891, jun. 2010.

TESSER, C. D. *et al*. Capacitação em auriculoterapia para profissionais do SUS de 2016-2017. **REVISE - Revista Integrativa em Inovações Tecnológicas nas Ciências da Saúde**, v. 5, p. 1–18, 2 abr. 2021.

TESSER, C. D.; DALLEGRAVE, D. Práticas integrativas e complementares e medicalização social: indefinições, riscos e potências na atenção primária à saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, 4 set. 2020.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA (UFSC)**. Guia de auriculoterapia para Tabagismo baseado em evidências**: Relatório do projeto piloto. Condição clínica abordada: Tabagismo.

2020. Disponível em: https://auriculoterapia.paginas.ufsc.br/files/2020/12/Guia-tabagismo-12_12_2020-.pdf. Acesso em: 12 abr. 2021.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA (UFSC). **Recomendações para Tabagismo baseadas em evidências**. Florianópolis, 2021. Disponível em: https://auriculoterapiasus.ufsc.br/recomendacoes/tabagismo/. Acesso em: 30 mar. 2021.

WHITE, A. R. *et al*. Acupuncture and related interventions for smoking cessation. **The Cochrane Database of Systematic Reviews**, n. 1, 23 jan. 2014.

WU, T.-P. *et al*. A randomized controlled clinical trial of auricular acupuncture in smoking cessation. **Journal of the Chinese Medical Association:** JCMA, v. 70, n. 8, p. 331–338, ago. 2007.

ZIEDONIS, D. *et al*. Tobacco use and cessation in psychiatric disorders: National Institute of Mental Health report. **Nicotine & Tobacco Research**, Abingdon, v. 10, n. 12, p. 1691-1715, 2008.