

# Unidade 3

## Apoio não medicamentoso

Autoras: Renata de Cerqueira Campos e  
Fabiana Baggio Nerbass

# Apoio não medicamentoso

---

## Apresentação

Nesta unidade, você irá conhecer as técnicas não medicamentosas para abordagem ao fumante.

Apresentaremos alguns aspectos da abordagem cognitivo-comportamental que podem ser utilizados no tratamento do fumante, bem como falaremos sobre a abordagem de casos especiais – como grávidas, adolescentes e pacientes psiquiátricos – e de como evitar ou lidar com as recaídas.

Também serão abordados 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 e o incentivo a mudança de hábitos de alimentação e vida saudável.

Ao final desta unidade, você irá compreender a delicada dinâmica psicológica da dependência e a relação do fumante com o cigarro, estando apto para trabalhar os aspectos não medicamentosos do tratamento, garantindo a integralidade do cuidado que é fundamental para o processo de parar de fumar.

### 3.1 Abordagem intensiva ao tabagista (cognitivo-comportamental)

Você sabia que o aconselhamento é sempre o primeiro tratamento que deve ser oferecido ao fumante? E que caso seja necessário o auxílio de medicamentos, os estudos demonstraram 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 esta combinação (AMB; ANS, 2011).

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.

## Unidade 3

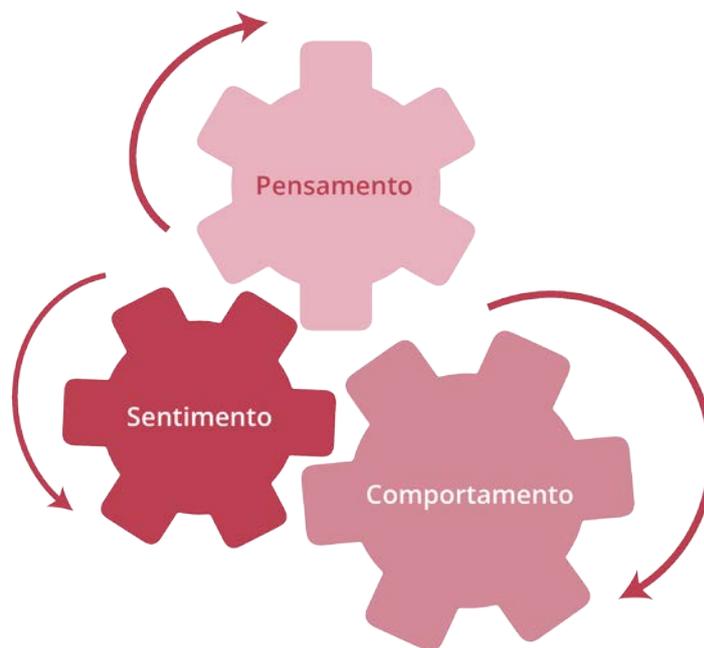


Não há necessidade, porém, de ser psicólogo para se conduzir a ACC com o fumante. Esse curso visa instrumentalizar os profissionais de saúde em algumas das técnicas dessa abordagem, que poderão, então, ser aplicadas no tratamento do fumante.

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 têm a propriedade de levantar as 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 numa situação neutra, se você interpretá-la de forma negativa, vai ter sentimentos negativos em relação a ela. Se você interpretá-la 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 (Figura 6).

**Figura 6** – Modelo Cognitivo-Comportamental.



**Fonte:** Elaboração própria

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 como esta acabou despertando determinados sentimentos – raiva, angústia, ansiedade, frustração – que culminaram na vontade de fumar.

## Unidade 3

O tratamento objetiva, portanto, 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 treinamento de habilidades comportamentais.

A ACC na abordagem ao fumante pode ser trabalhada de forma mínima ou breve, como já foi visto na unidade anterior e também de forma intensiva, como vamos apresentar nesta unidade.

Dentro do modelo proposto pelo INCA, a abordagem intensiva deve ser oferecida 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.

### 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 através do link:  
<http://www.dive.sc.gov.br/conteudos/agrivos/publicacoes/manual-do-coordenador.pdf>



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

Lembre-se que deixar de fumar é apenas o primeiro passo, o segundo é manter-se sem fumar, 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-se 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.

A abordagem intensiva traz como resultados cerca de 22,1% de cessação após um ano da intervenção.

### SAIBA MAIS

Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina. Projeto Diretrizes (s.l.). Disponível em: [http://amb.org.br/diretrizes/\\_DIRETRIZES/evidencias\\_cientificas\\_sobre\\_tabagismo\\_para\\_subsidio\\_ao\\_poder\\_judiciario/files/assets/common/downloads/publication.pdf](http://amb.org.br/diretrizes/_DIRETRIZES/evidencias_cientificas_sobre_tabagismo_para_subsidio_ao_poder_judiciario/files/assets/common/downloads/publication.pdf)

A motivação é um aspecto fundamental para a mudança de comportamento e deve ser trabalhada em todos os momentos do tratamento.

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.

Seu surgimento se deu no início da década de 80, por Miller e Rollnick – apesar da teoria ter sido publicada apenas em 1991 –, e 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 instrumentalizam o profissional de saúde a abordar pacientes pré-contemplativos, ajudando-os a desenvolver habilidade para lidar com ambivalência e motivação para mudança de comportamento.

Na abordagem motivacional do fumante, o profissional de saúde precisa adotar uma postura não confrontativa, baseada em empatia e flexibilidade. A avaliação dos estágios motivacionais, conforme propostos por Prochaska e DiClementi, também já apresentados na unidade anterior, deve orientar a intervenção específica para cada estágio.



Na **pré contemplação**, o indivíduo não sente a necessidade da mudança. Muitas vezes nem sequer percebe que os problemas estão relacionados ao cigarro. O confronto é a pior alternativa, mas o indivíduo pode ser motivado para o tratamento e encorajado a partir de diálogos abertos e objetivos. Nessa fase, o indivíduo não cogita abandonar o cigarro, por achar que ele não atrapalha sua vida e sente ter a capacidade de parar o consumo quando quiser. As estratégias nessa fase devem ser:

- Criar vínculo com o sujeito, mostrar-se disponível e acolhedor para ouvir;
- Manter porta aberta, acolher a família;
- Conversar sobre o padrão de uso;
- Levantar reflexões sobre o uso.

## Unidade 3



Na **contemplação**, o indivíduo percebe os prejuízos (atuais ou futuros) causados pelo consumo de cigarro, mas sente-se incapaz de viver sem ele. Esse comportamento, ora favorável, ora contrário à mudança, é conhecido por ambivalência e acompanha o sujeito durante todo o tratamento. Indivíduos nessa fase estão mais predispostos a buscarem ajuda especializada, principalmente se abordados sem confronto.

As intervenções devem ir além de manter vínculo com o sujeito e mostrar-se disponível e acolhedor para ouvir, discutir sobre a ambivalência: prós e contras do uso; enfatizar a livre escolha e responsabilidade; aumentar autoestima e autoconfiança dos sujeitos para a mudança; aumentar o diálogo, evitando confrontos, decisões ou conclusões

Na **preparação**, o indivíduo percebe sua condição e os prejuízos decorrentes de sua dependência, vê-se incapaz de resolver o problema sozinho e procura ajuda. Como a ambivalência é uma característica marcante entre esses indivíduos é muito importante proporcionar escuta e atendimento.



Além das intervenções já discutidas, nessa fase já podemos oferecer um menu de opções e negociar um plano de tratamento.



Na **ação**, o indivíduo inicia o tratamento e efetivamente para de fumar, mas ainda convive com a dúvida e, portanto, necessita de acompanhamento constante, pois pode sentir-se com carga pesada para lidar sozinho.

Nessa fase será necessário ao profissional reconhecer, elogiar e reforçar progressos alcançados, identificar situações de risco e estratégias de enfrentamento, colaborar na busca de novas estratégias de enfrentamento, oferecer suporte para a prevenção de recaída e falar sobre prós e contras da redução e abstinência.

A **manutenção** é a mudança no padrão de consumo, porém, não é definitiva. É preciso manter com o sujeito diálogo sobre fissura, lapsos, recaída e discutir possibilidades de enfrentamento da abstinência e suas implicações físicas e psicológicas, além de trabalhar a ambivalência, elucidar e amenizar os sinais e sintomas da abstinência, trabalhar com expectativas, ganhos, perdas etc. Também é fundamental fazer a prevenção da recaída, estimulando o participante a identificar situações rotineiras que o fazem fumar e traçando estratégias de enfrentamento dessas situações e fortalecer motivação para seguimento.



Nessa etapa, o profissional deve estimular o sujeito à frequência em grupos intra e extra Unidades de Saúde, oferecer suporte para a prevenção de recaída, estimular inserção/reinserção social quando possível, e manter vínculo e suporte, sempre que necessário.



Sua equipe utiliza alguma estratégia não medicamentosa para o tratamento do tabagismo? Discuta com sua equipe, a partir da leitura deste texto, sobre a importância destas estratégias e sobre como vocês podem inseri-las na abordagem aos tabagistas de sua unidade de saúde.

### 3.2 Recaídas

A recaída é o retorno ao consumo, podendo iniciar com o 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 quatro a sete tentativas para que o fumante consiga efetivamente deixar de fumar. Isso o ajuda a aceitar sem críticas e a tentar de novo.

O momento da recaída deve ser visto como uma ocasião para a reflexão, visando à prevenção de recaídas futuras. 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, farmacoterapia), negociar ou renegociar plano de tratamento, reconhecer e elogiar progressos alcançados e necessidade de mudanças. 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.



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

### 3.3 Abordagem de casos especiais

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 ou os pacientes especiais, como adolescentes e gestantes.

## Unidade 3

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 destas 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** a cessação do tabagismo deve estar centralizada no aconselhamento, que parece ser a abordagem mais efetiva nesta faixa etária. Normalmente não há necessidade de uso de medicação, uma vez que, em geral, os adolescentes ainda não desenvolveram dependência mais severa, tendo um uso esporádico ou eventual. Também não costumam se identificar muito com os grupos de tabagismo, por estes serem mais frequentados por adultos, muitas vezes já com comorbidades instaladas pelo uso do cigarro, realidade muito distante para os adolescentes, sugerindo-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

Diretrizes para cessação do tabagismo – 2008 da Sociedade Brasileira de Pneumologia, disponível em:

[http://www.jornaldepneumologia.com.br/PDF/2008\\_34\\_10\\_14\\_portugues.pdf](http://www.jornaldepneumologia.com.br/PDF/2008_34_10_14_portugues.pdf)

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.

## Unidade 3

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 história 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, conseqüentemente, maiores taxas de recaída (CALHEIROS; OLIVEIRA; ANDRETTA, 2006).



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

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, só após a estabilização dos sintomas é que ele deve ser encaminhado para o tratamento do tabagismo.

### SAIBA MAIS

Acesse o Inventário de Depressão do Protocolo de Entrevista do INCA neste link:

[http://www.pmf.sc.gov.br/arquivos/arquivos/pdf/21\\_01\\_2010\\_10.13.14.5991ccae079788376bc97d286f9dc0f9.pdf](http://www.pmf.sc.gov.br/arquivos/arquivos/pdf/21_01_2010_10.13.14.5991ccae079788376bc97d286f9dc0f9.pdf)

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 à descarga dopaminérgica reduzir os sintomas negativos (apatia, abulia, embotamento afetivo) da doença e os efeitos colaterais extrapiramidais dos neurolépticos, além de melhorar a depressão e aliviar a ansiedade, comuns ao quadro. (CALHEIROS; OLIVEIRA; ANDRETTA, 2006).

Assim, a abstinência pode agravar a sintomatologia esquizofrênica e a medicação antipsicótica frequentemente precisa ser reduzida. Portanto, o tratamento do tabagismo deve ser conduzido somente quando estabilizados os sintomas da esquizofrenia e com 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 que largar as drogas mais “pesadas”. Poucos aceitam tratamento simultâneo e apenas 46% deseja parar de fumar. Porém, estudos recentes sugerem que a abordagem para cessação do tabagismo

## Unidade 3

concomitante ao tratamento de outras dependências reforça a abstinência relativa à outra substância, não trazendo risco de recaída, sendo o 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 2), também disponível no protocolo do INCA já disponibilizado acima. O CAGE é um instrumento de fácil aplicação, ele não faz o diagnóstico de dependência, mas detecta os bebedores de risco. O consumo de álcool é considerado de risco a partir de duas respostas positivas (FLORIANÓPOLIS, 2010). Ao constatar o risco de uso pesado ou abusivo de álcool, alerte o fumante de que isso tornará o processo de deixar de fumar mais difícil, uma vez que o álcool funciona como um gatilho para o cigarro.

### Quadro 2. Teste CAGE

Cut down/Annoyed/Guilty/Eye-opener Questionnaire (CAGE)		
O consumo de álcool 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.

Quando lidar com transtornos psiquiátricos no tratamento do tabagismo, a equipe de saúde da família deve fazer uma avaliação bastante criteriosa junto aos profissionais de saúde mental, através dos suportes existentes na sua rede, como 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 na comunidade atendida por sua equipe? Que ações estão sendo realizadas para apoiar estes usuários no tratamento do tabagismo? A partir da leitura desta unidade, que outras ações poderiam ser realizadas?

### 3.4 Abordagem nutricional na cessação do tabagismo

Como já citado nesta unidade, uma das consequências comuns da interrupção do tabagismo e que pode ocasionar o retorno ao hábito de fumar é o ganho ponderal, ou aumento de peso. De fato, alguns pacientes podem apresentar um aumento de peso expressivo (superior a 10 kg). Porém, um aumento de 2 a 4 kg é o que ocorre na maior parte dos casos e acontece principalmente nos primeiros meses após a cessação e tende a estabilizar após um ano. A preocupação com o ganho de peso parece influenciar negativamente mais as mulheres, o que, em muitos casos, pode interferir fortemente na decisão de parar ou de voltar a fumar.

Postula-se que o ganho de peso durante a interrupção do tabagismo pode ser justificado pela substituição do cigarro pelo alimento. É comum observar entre as pessoas que param de fumar uma maior necessidade de consumir doces ou, então, de ter algo na boca, já que comer leva a uma gratificação oral, assim como o cigarro. Além disso, com a interrupção do tabagismo, há gradativamente uma melhora do paladar o, que pode aumentar o apetite.

Estudos que avaliaram 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.

Assim, a abordagem nutricional na cessação do tabagismo deve ser pautada nos princípios da alimentação saudável, que, além de auxiliar no controle do peso, atua na diminuição do risco ou no tratamento de doenças crônicas não transmissíveis já diagnosticadas como hipertensão, diabetes e câncer.

Para tanto, o Guia Alimentar para a População Brasileira, lançado em 2014 deve ser utilizado como material de consulta e orientação neste processo. O guia é um documento oficial que aborda os princípios e as recomendações de uma alimentação adequada e saudável para a população brasileira, configurando-se como instrumento de apoio às ações de educação alimentar e nutricional no SUS e também em outros setores (BRASIL, 2014).

A abordagem deste guia é inovadora e tem sido elogiada por estudiosos do mundo inteiro, pois ao invés de trabalhar com grupos alimentares e quantidades de porções recomendadas como os guias anteriores, indica que a alimentação tenha como base alimentos frescos e minimamente processados, além de evitar os **ultraprocessados**, o que veremos a seguir com mais detalhes.

Além de orientar sobre qual tipo de alimento comer, a publicação traz informações de como comer e preparar a refeição e sugestões para enfrentar os obstáculos do cotidiano para manter um padrão alimentar saudável, como falta de tempo e inabilidade culinária.

## Unidade 3

As recomendações deste guia são:

### **1ª recomendação:**

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 alimentos e criar preparações culinárias.

O consumo excessivo destes ingredientes favorece o ganho de peso e aumenta o risco de doenças crônicas não transmissíveis, por isso seu consumo deve ser em pequenas quantidades.

Como já foi mencionado, é comum que pessoas que estão no processo de cessar o hábito de fumar aumentem o consumo de alimentos, como forma de substituir o prazer que o cigarro proporcionava. 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.

## Unidade 3

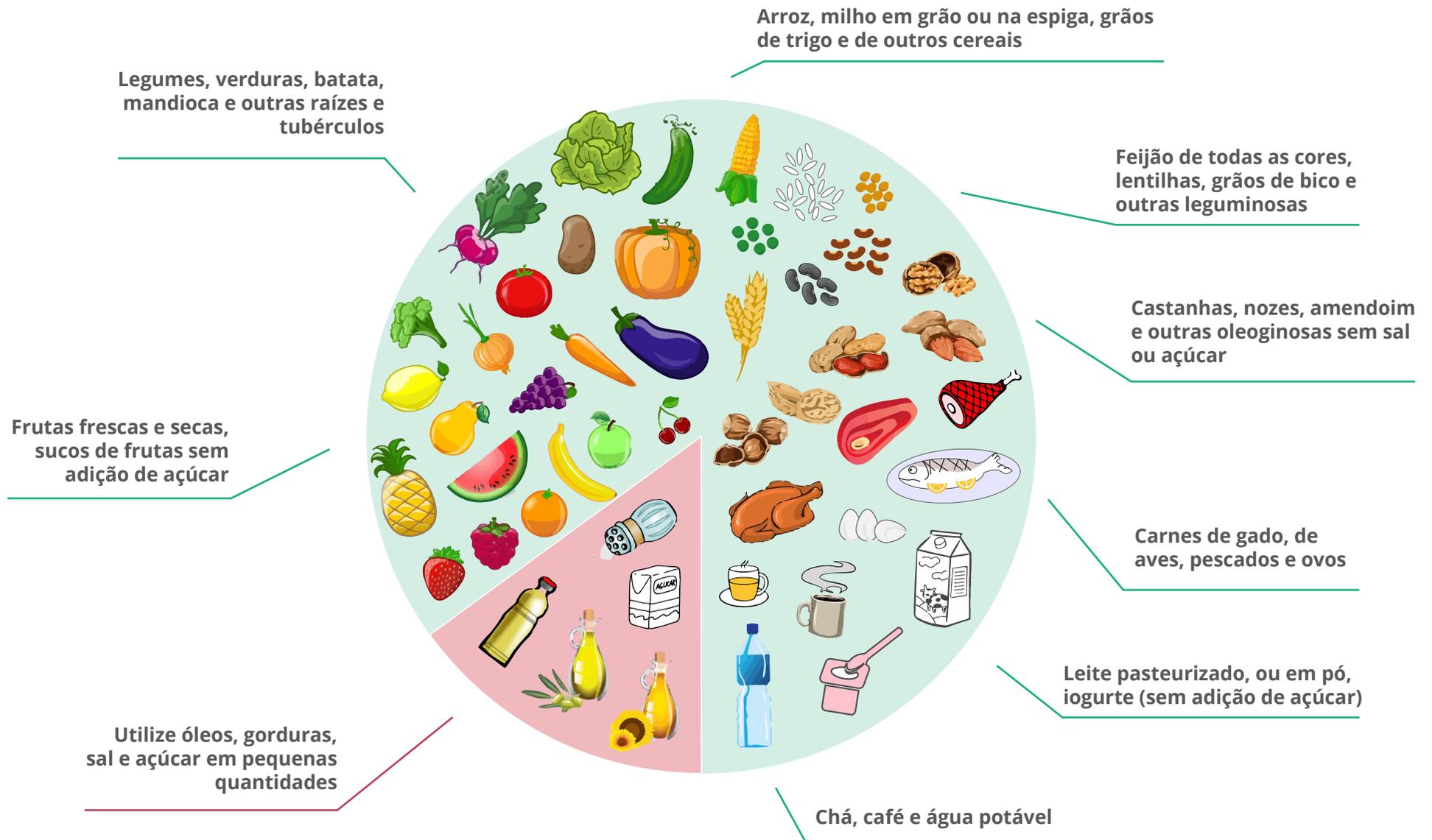
Assim, é essencial que estes indivíduos tenham algumas informações nutricionais sobre esses itens:

- Cada grama de óleo ou gordura possui 9 kcal, mais que o dobro das calorias que um grama de carboidratos ou proteínas (4 kcal). Assim, uma colher de sopa rasa de óleo ou gordura equivale às calorias de um pão francês (150 kcal);
- O consumo excessivo de balas é comum nesta população e pode também favorecer o consumo excessivo de calorias, já que cada unidade pode conter até 50 kcal. Não ter estes alimentos disponíveis em grande quantidade, trocar pela versão dietética (sem açúcar) ou, ainda melhor, substituir por frutas que demoram um pouco mais a serem consumidas como maçãs e uvas, podem diminuir a ansiedade e fissura por doces;
- Vale alertar que bebidas alcoólicas são altamente calóricas, além de aumentar o risco de adquirir outro vício altamente prejudicial à saúde física, mental e social.

A figura 7 resume as recomendações nutricionais do Guia Alimentar para a população Brasileira:

## Unidade 3

**Figura 7.** Recomendações alimentares do Guia Alimentar para a População Brasileira.



Fonte: Elaboração própria.

### 3ª 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, pães doces (Figura 8).

**Figura 8.** Alimentos que devem ser evitados segundo o Guia Alimentar para a População Brasileira.



**Fonte:** Elaboração própria.

### Por que evitar o consumo de alimentos ultraprocessados?

Os ingredientes principais dos alimentos ultraprocessados fazem com que, frequentemente, eles sejam ricos em gorduras ou açúcares. É também comum que apresentem alto teor de sódio, por conta da adição de grandes quantidades de sal, necessárias para 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. Suas características os ligam ao consumo excessivo de calorias e, portanto, também favorecem o ganho de peso indesejável.

Alimentos ultraprocessados “enganam” os dispositivos de que nosso organismo dispõe para regular o balanço de calorias. Em essência, esses dispositivos (situados no sistema digestivo e no cérebro) são responsáveis por fazer com que as calorias ingeridas por meio dos alimentos igualem as calorias gastas com o funcionamento do organismo e com a atividade física.

Dito de modo bastante simplificado, esses dispositivos tendem a subestimar as calorias que provêm de alimentos ultraprocessados e, nesta medida, a sinalização de saciedade após a ingestão desses produtos não ocorre ou ocorre tardiamente.

Como consequência, quando consumimos alimentos ultraprocessados nós tendemos, sem perceber, a ingerir mais calorias do que necessitamos; e calorias ingeridas e não gastas inevitavelmente acabam estocadas em nosso corpo na forma de gordura. O resultado é a obesidade.

A elevada quantidade de calorias por grama, comum à maioria dos alimentos ultraprocessados, é um dos principais mecanismos que desregulam o balanço de energia e aumentam o risco de obesidade.

Como foi visto, em alguns casos o aconselhamento nutricional pode ser essencial para se incentivar e/ou manter o indivíduo livre do tabagismo. Lembramos que estas orientações gerais podem ser as únicas necessárias em alguns casos, mas não em outros que necessitarão de um acompanhamento individualizado, já que mudança de comportamento alimentar costuma ser um processo longo e complexo.

### 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 baseia sua alimentação em alimentos in natura ou minimamente processados e em preparações culinárias feitas com esses alimentos;
- 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 neste link:

[http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/guia\\_alimentar\\_populacao\\_brasileira.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/guia_alimentar_populacao_brasileira.pdf)



- Como é realizada a abordagem nutricional ao tabagista em sua unidade de saúde? Os casos são discutidos com o profissional de referência do NASF?

# CONCLUSÃO

---

Nessa unidade você pode conhecer algumas formas de tratamento não medicamentosas do tabagista, com ênfase na abordagem cognitivo-comportamental, no manejo de casos especiais e nas mudanças de hábitos alimentares.

Esperamos que ao final da unidade você tenha sido capaz de entender como a dependência à 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 ao paciente tabagista.



# Referências Bibliográficas

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. Disponível em: <<http://api.elsevier.com/content/article/PII:S0749379708003322?httpAccept=text/xml>>. Acesso em: 30 nov. 2015.

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: 01 nov. 2015.

BRASIL. Instituto Nacional de Câncer. Ministério da Saúde. **Abordagem e Tratamento do Fumante: Consenso 2001**. Rio de Janeiro: Inca, 2001. 38 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia Alimentar para a População Brasileira**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 152 p. Disponível em: <[http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/guia\\_alimentar\\_populacao\\_brasileira.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/guia_alimentar_populacao_brasileira.pdf)>. Acesso em: 01 nov. 2015.

CALHEIROS, P. R. V.; OLIVEIRA, M. S.; ANDRETTA, I. Comorbidades psiquiátricas no tabagismo. **Aletheia**, Canoas, n. 23, jun. 2006.

FLORIANÓPOLIS. Prefeitura Municipal de Florianópolis. Secretaria Municipal de Saúde. **Protocolo de atenção em saúde mental**. Tubarão: Copiart, 2010. 72 p. Disponível em: <[http://www.pmf.sc.gov.br/arquivos/arquivos/pdf/05\\_08\\_2011\\_9.41.44.1bf62fa463bec5495279a63c16ed417f.pdf](http://www.pmf.sc.gov.br/arquivos/arquivos/pdf/05_08_2011_9.41.44.1bf62fa463bec5495279a63c16ed417f.pdf)>. Acesso em: 01 nov. 2015.

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

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.

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, maio 2015.