

FERNANDA ÁVILA MARQUES DOS SANTOS
ROGÉRIO DIAS RENOVATO

TECNOLOGIA EDUCACIONAL EM SAÚDE:
MATERIAL DE APOIO ACERCA DA
CESSAÇÃO DO TABAGISMO



FERNANDA ÁVILA MARQUES DOS SANTOS

TECNOLOGIA EDUCACIONAL EM SAÚDE:
MATERIAL DE APOIO ACERCA DA
CESSAÇÃO DO TABAGISMO



Produção Técnica do Curso de Mestrado Profissional apresentado ao Programa de Pós-graduação Stricto Sensu Ensino em Saúde (PPGES) da Universidade Estadual de Mato Grosso Do Sul (UEMS), Unidade de Dourados, como exigência para obtenção do título de Mestre em Ensino em Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Rogério Dias Renovato

Dourados - MS

2018

S235t Santos, Fernanda Ávila Marques dos. Coautor: Renovato, Rogério Dias
Tecnologia educacional em saúde: material de apoio acerca da
cessação do tabagismo. Dourados, MS: UEMS, 2018.
37p. ; 30cm.

Produto Educativo - Mestrado Profissional - Programa de Pós-
Graduação Stricto Sensu Ensino em Saúde (PPGES), Universidade
Estadual de Mato Grosso do Sul, 2018.
Orientador: Prof. Dr. Rogério Dias Renovato.

ISBN: 978-85-7136-018-1

1. Tecnologia educacional 2. Tabagismo. I. Título.

0DD 23.ed. 71.3078

DEDICATÓRIA

A Deus o grande criador, nosso Pai, protetor, guia e verdadeiro caminho.

A minha Família, sem a qual não poderia realizar este trabalho e ter tanta dedicação para que este sonho se realizasse: João Carlos, meu grande amor o qual admiro muito, e às minhas maravilhosas filhas, Maria Eduarda e Maria Luiza, por terem muitas vezes abdicado do tempo comigo para que eu realizasse este sonho.

Aos meus pais, Célso e Denice, pelo apoio e amor constante.

As minhas irmãs que amo muito, Dayane e Bruna.

Ao meu cunhado, Pedro, e meus sobrinhos, Miguel e Lucas, os quais são muito importantes para mim.

Aos demais familiares e amigos, que sempre deram apoio necessário para que eu continuasse me dedicando, em especial, aos meus primos Talita e Adriano, que gentilmente cederam a casa deles para que por diversas vezes eu descansasse e estudasse.

Aos meus queridos clientes da Saúde de Novo Horizonte do Sul, em especial aqueles que participam dos Grupos de Cessação do Tabagismo de Novo Horizonte do Sul.

Ao meu Orientador do Mestrado, Professor Doutor Rogério Dias Renovato, pela paciência e dedicação ao meu trabalho.

As queridas Professoras Doutoradas Pollyanna Kassia de Oliveira Borges, Fabiane Ganassin, Solange de Fátima Reis Conterno e Cibele de Moura Sales, que aceitaram com carinho participar da banca deste trabalho.

Aos meus amigos, Professores, Mestres e Doutores que me acompanharam durante toda minha jornada acadêmica, em especial aos que fizeram parte da minha aprendizagem no Mestrado Profissional de Ensino em Saúde da UEMS de Dourados-MS.

A querida Cecília Maebara, que fez a diagramação deste trabalho com tanto afincio e dedicação, meus sinceros agradecimentos.

E a todas as pessoas que direta ou indiretamente fizeram parte da realização de mais este sonho, meus sinceros agradecimentos.

"O meu corpo e o meu coração poderão fraquejar, mas Deus é a
força do meu coração e minha herança para sempre."

Salmos 73:26

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	07
CAPÍTULO 1	08
EDUCAÇÃO EM SAÚDE POR PARES EM GRUPO DE CESSAÇÃO DO TABAGISMO	
CAPÍTULO 2	14
GRUPOS TERAPÊUTICOS COMO ESPAÇOS POTENCIAIS DE REINTEGRAÇÃO DA SAÚDE DO TABAGISTA	
CAPÍTULO 3	20
NASF E O MATRICIAMENTO EM GRUPOS DE CESSAÇÃO DO TABAGISMO: DICAS DE RECURSOS TERAPÊUTICOS NO ATENDIMENTO DE USUÁRIOS TABAGISTAS	
CONSIDERAÇÕES FINAIS	33
REFERÊNCIA	34

APRESENTAÇÃO

Tendo em vista aos agravos decorrentes do tabagismo, ações educativas em saúde têm sido implementadas com o intuito de prevenir o seu uso e promover a cessação. Porém, ainda predomina a cosmovisão biomédica, desconsiderando a história de vida das pessoas, os contextos social, cultural, ético, político, educacional, dos quais estas fazem parte (BRASIL, 2011; BRASIL, 2017; RENOVARO et al., 2009).

Desta forma, em 2008 foram criados os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASFs) com o objetivo de ofertar apoio matricial às Estratégias de Saúde da Família (ESF) e Unidades Básicas de Saúde (UBS), promovendo ações educativas numa visão mais ampliada para que os usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) tivessem maior autonomia e cuidado com sua própria saúde (MARQUES, 2018).

No Município de Novo Horizonte do Sul-MS, o NASF foi criado em 2008, sendo composto por três profissionais de saúde, nutricionista, psicóloga e assistente social. Em ações educativas no município em questão, foi possível identificar uma grande demanda de pessoas interessadas em deixar de fumar, sendo assim, pensou-se em criar neste município Grupos de Apoio à Cessação do Tabagismo (GCT) para diminuição do número de fumantes e usuários com doenças relativas ao mesmo, priorizando os casos mais graves de dependência tabagística e agravos à saúde.

Nos grupos, as maneiras de educar em saúde e dividir novas experiências com os participantes trouxeram a oportunidade de investigar e analisar os processos educativos em saúde sob o ponto de vista de profissionais de saúde e participantes dos GCT. Deste modo, foi realizada uma pesquisa com os participantes dos GCT e profissionais de saúde, sendo que a mesma deu origem à dissertação de mestrado da autora, tendo como tema: "Processos Educativos na Cessação do Tabagismo: Trilhas de um Núcleo de Apoio à Saúde da Família".

O objetivo principal da pesquisa foi analisar os processos educativos realizados pelo NASF na cessação do tabagismo. A partir desta análise já descrita na Dissertação da autora, foi possível elaborar uma tecnologia educacional em saúde, sendo esta textual e com intuito de apoiar às ESF em relação à cessação do Tabagismo.

Esta tecnologia educacional em saúde textual é fruto da pesquisa da autora no Mestrado Profissional de Ensino em Saúde (PPGES) – Pós-graduação Stricto Sensu Ensino em Saúde, pela UEMS (Dourados-MS).

No primeiro capítulo da tecnologia educacional em saúde, será abordada a "Educação em Saúde por Pares em Grupos de Cessação do Tabagismo", que traz esse tipo de método como unidade de mudança por meio da aprendizagem significativa e estímulo ao processo de reflexão crítica sobre a própria saúde.

Já no segundo capítulo será tratado sobre "Grupos Terapêuticos como espaços potenciais de reintegração da saúde do tabagista", abordando as potencialidades deste tipo de recurso no tratamento do fumante.

Por fim, no último capítulo, "NASF e o Matriciamento em Grupos de Cessação do Tabagismo (GCT): Recursos Terapêuticos no atendimento de usuários tabagistas" será abordado o trabalho do NASF ao apoiar o trabalho das Estratégias de Saúde da Família e Unidades Básicas de Saúde, além de discorrer sobre ferramentas importantes e que tem dado bastante resultado com os participantes dos GCT.

CAPÍTULO 1

EDUCAÇÃO EM SAÚDE POR PARES EM GRUPOS DE CESSAÇÃO DO TABAGISMO



Autores que estudam a Educação pelos Pares, argumentam que a ação educativa centrada em grupo de pares ou na comunidade, funcionam como unidades de mudança (CAMPBELL, 2004; VILAÇA, 2007).

Esse processo de mudança foi percebido a cada encontro nos GLT nos quais a pesquisa foi realizada, sendo que os próprios participantes perceberam o quanto esse apoio dos pares (membros GLT) era favorável em seu tratamento, como nota-se nas falas a seguir:

“Estou tranquila. Sempre tive vontade de parar de fumar né, mas não conseguia. No grupo eu sempre participo bastante, então é bom!!!”

Pessoal fala assim:
- Rapaz, você não está fumando mais?
- Não, eu não estou fumando mais. Tem um grupo lá, tem espaço para a gente conversar, a gente até esquece o cigarro.”



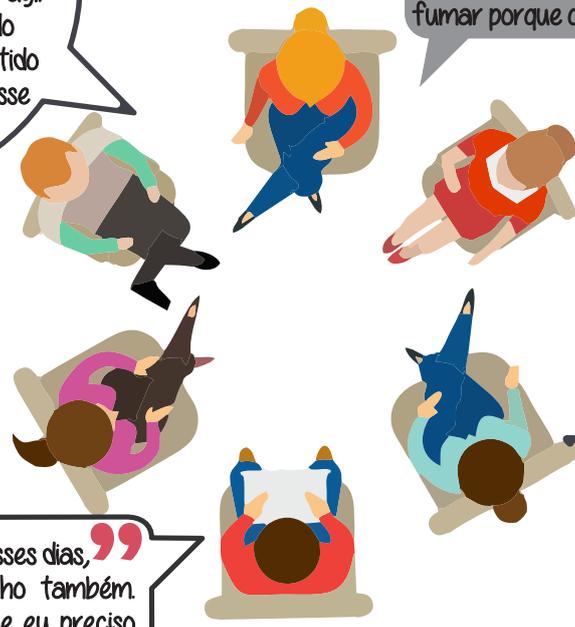
Profissional da Saúde: - O que vocês pensam sobre o apoio que recebem do Grupo de Cessação ao tabagismo?”

“É conversa.
- Parece que é diferente.
- Não que o remédio vai resolver, mas é diferente.
- As pessoas. Parece que você vê os outros que querem (...)”

Também observamos nos GLT (Grupos de Cessação do Tabagismo) muitos relatos em que os pares (família) atrapalharam ou dificultaram a melhora do usuário:

Profissional da Saúde:
- Os pares com quem vocês convivem dia a dia têm interferido de forma significativa nas decisões e modos de agir perante a cessação do tabagismo? Vocês têm tido alguma dificuldade nesse processo?”

“Eu estou bem, parei. Gosto de participar. haverá problema do dia a dia e casa sia que passa aumenta mais. Às vezes é o problema dos outros que nos atinge. Às vezes, estou tranquila, mas ai é família, os outros lá fora, que vem quer desabafar os problemas deles para cima da gente. Ai penso: vou fumar porque o dia foi pesado.”



“Eu também passei nervoso esses dias, a minha família da trabalho também. Vamos vender a casa porque eu preciso da herança. Mas eu não estou conseguindo vendê-la e começamos a discutir, então fiquei estressado. (...)”

“Quando as pessoas chegam eu falo: Fique com seu problema para você e me deixe em paz. Eu não quero saber o problema de ninguém. Já bastam os meus que tive que atravessare não são poucos. O que aconteceu não foi fácil, mas tinha que acontecer. Foi como se uma ponte bem comprida e, no meio, balançasse parecendo que eu ia cair. Balançava, mas eu confiava em Deus, consegui atravessá-la e hoje nao há mais [essa situação].”

Sendo assim, a literatura confirma dados da pesquisa de que os pares têm influência importante no comportamento das pessoas, pois existe uma probabilidade maior de alteração do comportamento quando veem que os pares, dos quais possuem afinidades e confiam, começam a também modificar seus comportamentos, o que é visível nos encontros dos GLT (BANDURA, 1986, 1989, 1992).

O processo de mudança ocorre a cada encontro, tanto nos comportamentos e falas, quanto no processo de cuidado consigo e com a saúde. Com a vivência, eles passam a incorporar novas formas de sentir, ver, agir e estar em comunidade. Esse processo de identificação com o outro acaba tornando-se importante e essencial na recuperação e superação da dependência do tabagismo, visto que mais do que influência da nicotina que é física, existe grande influência de dependência psicológica do cigarro, pois nota-se que a cada encontro, a amizade com o cigarro foi sendo substituída pelo apoio dos pares.

Desta forma, nota-se que as decisões individuais recebem influência das normas e condutas dos pares, visto que o grupo colabora para que haja uma negociação de suas identidades de pares de forma coletiva, sendo respeitados em suas necessidades e particularidades (CAMPBELL, 2004).

Segundo Aguiar et al. (2009), essa negociação permite, ainda, colaborar para o crescimento pessoal de cada um, colaborando no desenvolvimento da autoconfiança e competências de negociação, tornando-se sujeitos ativos no processo de controle sobre sua própria saúde, pois passam a fazer parte das intervenções e disseminações das informações em saúde.

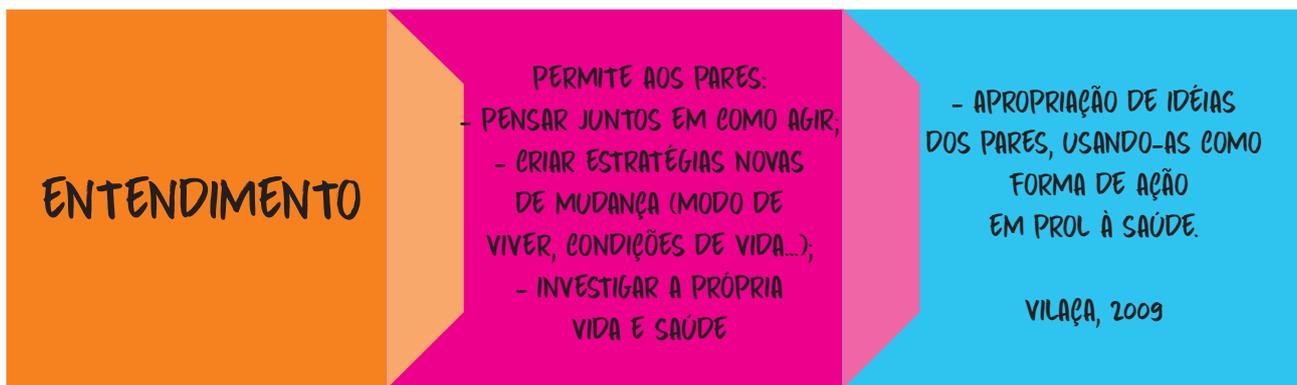
Campbell (2004) complementa esta ideia, ao postular que o questionamento crítico e participativo dos usuários os instiga a refletirem criticamente sobre as dificuldades, adversidades e obstáculos que enfrentam ao buscarem uma mudança de comportamento e atitudes referentes à sua saúde. O que segundo Aguiar et al. (2009), pode estar relacionado às implicações do progresso nas competências pessoais e sociais, que aumentam o discernimento de auto-eficácia na administração da própria saúde.

Nota-se que este posicionamento crítico, de fato, ocorre nas discussões das ações educativas em saúde e que, mesmo havendo usuários que não consigam cessar totalmente o cigarro, nota-se que diminuem o número de consumo dos cigarros e que passam a ter maiores cuidados relativos à própria saúde:

Profissional da Saúde:
- Comentem um pouco sobre o relacionamento de vocês com a dependência que possuem do cigarro e de como tem sido o processo de cessação do tabagismo para vocês.

É que o cigarro foi meu amigo durante muitos anos. Na tristeza, na alegria, em tudo ele estava ali comigo, no pau, no sol, ele estava ali (...). Quando menos pensava, estava com o cigarro na mão (...). Tem que ter opinião, falar: Eu não vou fumar! (...). Eu acho bom [grupo, atividades], parece que alivia mais, ajuda, desabafa aquela ansiedade. Queira ou não, você fica meio tenso.

Esses dias eu estava conversando com a minha mulher e falei: Às vezes você fica brava e eu acabo fumando mais ainda. Você tem que ajudar e não ficar brava. Agora, ela ajuda mais, então eu acho que o grupo ajuda sim.



Ou seja, o ser humano é construído nas relações que tem com os meios de comunicação, consigo mesmo, com os outros, com suas famílias, com as religiões que os rodeiam e com os conhecimentos e lugares dos quais faz parte, sendo que é partir do mundo real em que ele vive que ele poderá construir e desconstruir seus conhecimentos, pois estes fazem parte de uma vida social, histórica, política e cultural (BAGNATO; RENOVARO, 2006).

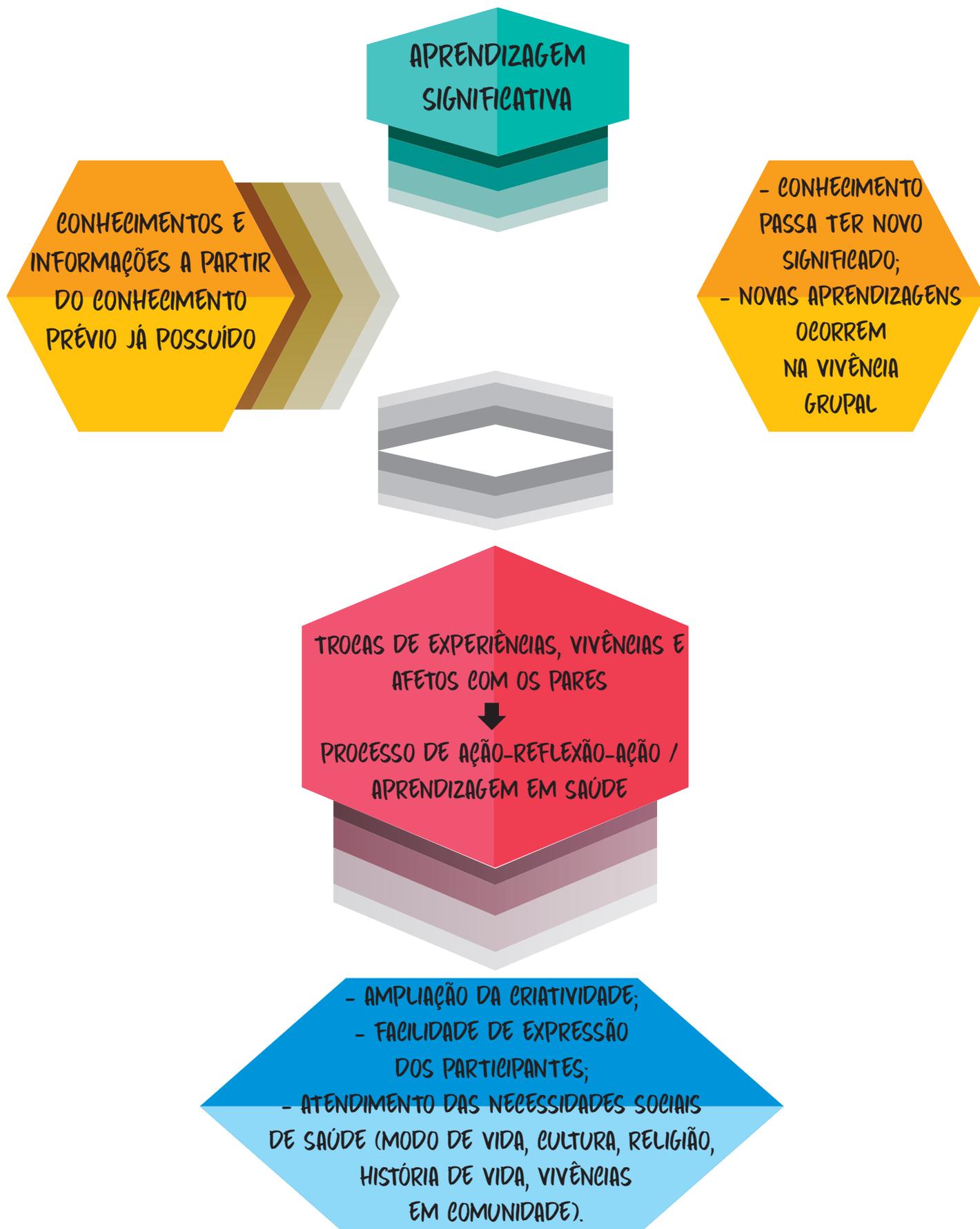
Desta forma, busca-se pertencer a um grupo que os apoie, uma comunidade que permita dividir medos e ansiedades experimentadas individualmente, em companhia de outros indivíduos também ansiosos e assustados (BAUMAN, 2003). Sendo assim, o que favorece a união entre os membros é a forma de entendimento, o sentimento mútuo e vinculante que permite que permaneçam unidos mesmo diante de tantos fatores que poderiam afastá-los (BAUMAN, 2003), o que segundo Teixeira (2007) é um mediador dos processos.



Para Teixeira (2007), a outra pessoa interfere, coopera e contribui para o aprender, assimilando conhecimentos, amplificando as formas de compreender e expandir sentimentos, o que pode favorecer a autonomia e emancipação no processo de educar e cuidar.

Porém, como afirma a mesma autora, esse processo de mudança só acontece por meio da aprendizagem significativa, que permite aos sujeitos adquirir conhecimentos e informações a partir de um conhecimento prévio que ele já possui e que passa a ter significado e novas aprendizagens conforme ocorrem elaborações nas vivências nos grupos.

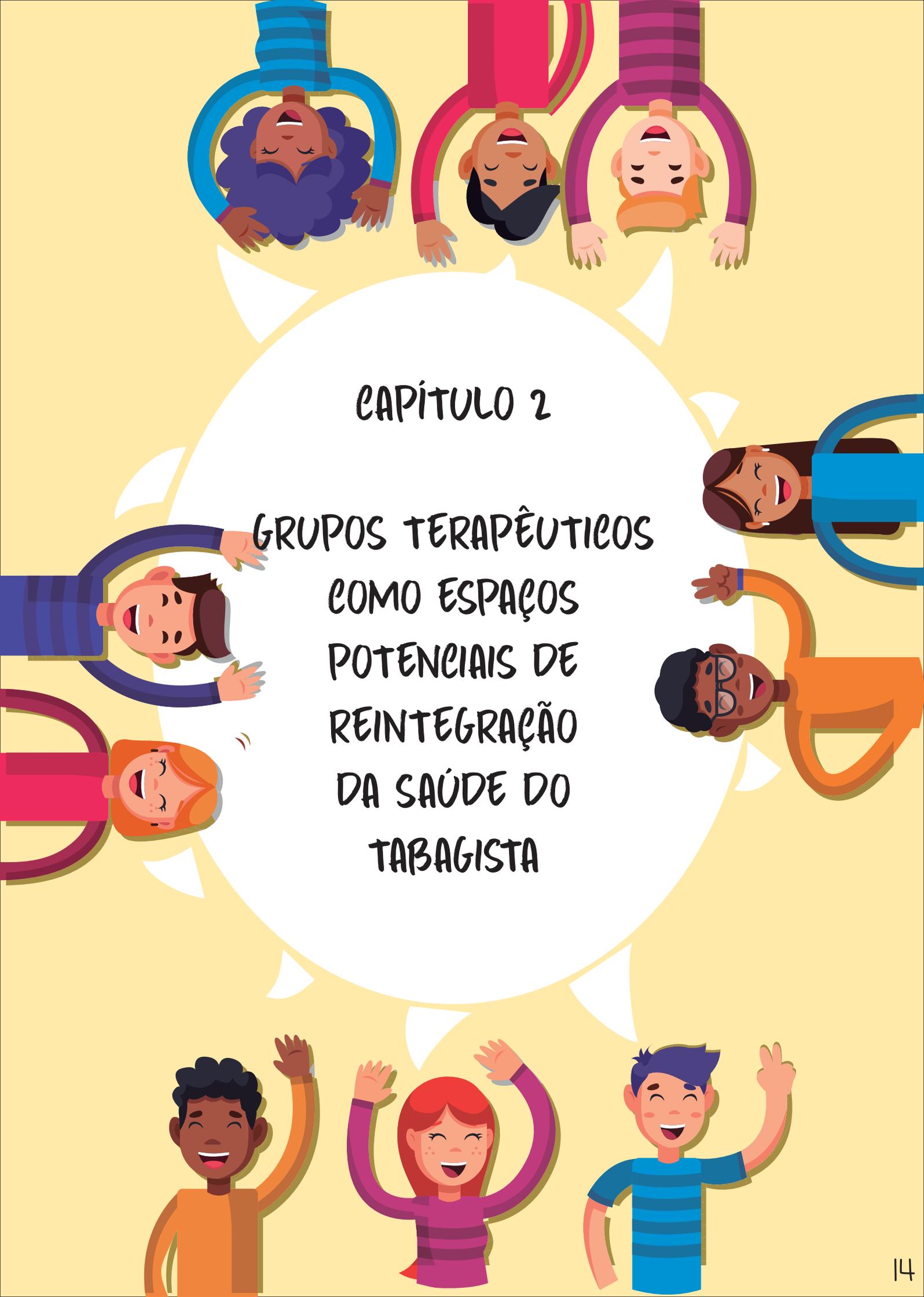
Desta forma, por meio destas trocas de experiência, vivências e afetos com os pares, ocorrerá o processo de reflexão e aprendizagem em saúde, o que pode ampliar a criatividade e facilidade de expressão dos participantes. Sendo assim, faz-se premente atentar que, nas práticas educativas em saúde, é sempre necessário buscar atender às necessidades sociais de saúde dos usuários, que sempre receberão influências de seu modo de vida, cultura, religião, história e vivência em comunidade:



Teixeira (2007), sugere trabalhar com pares utilizando uma dinâmica que aborda quatro momentos a serem trabalhados com os grupos:



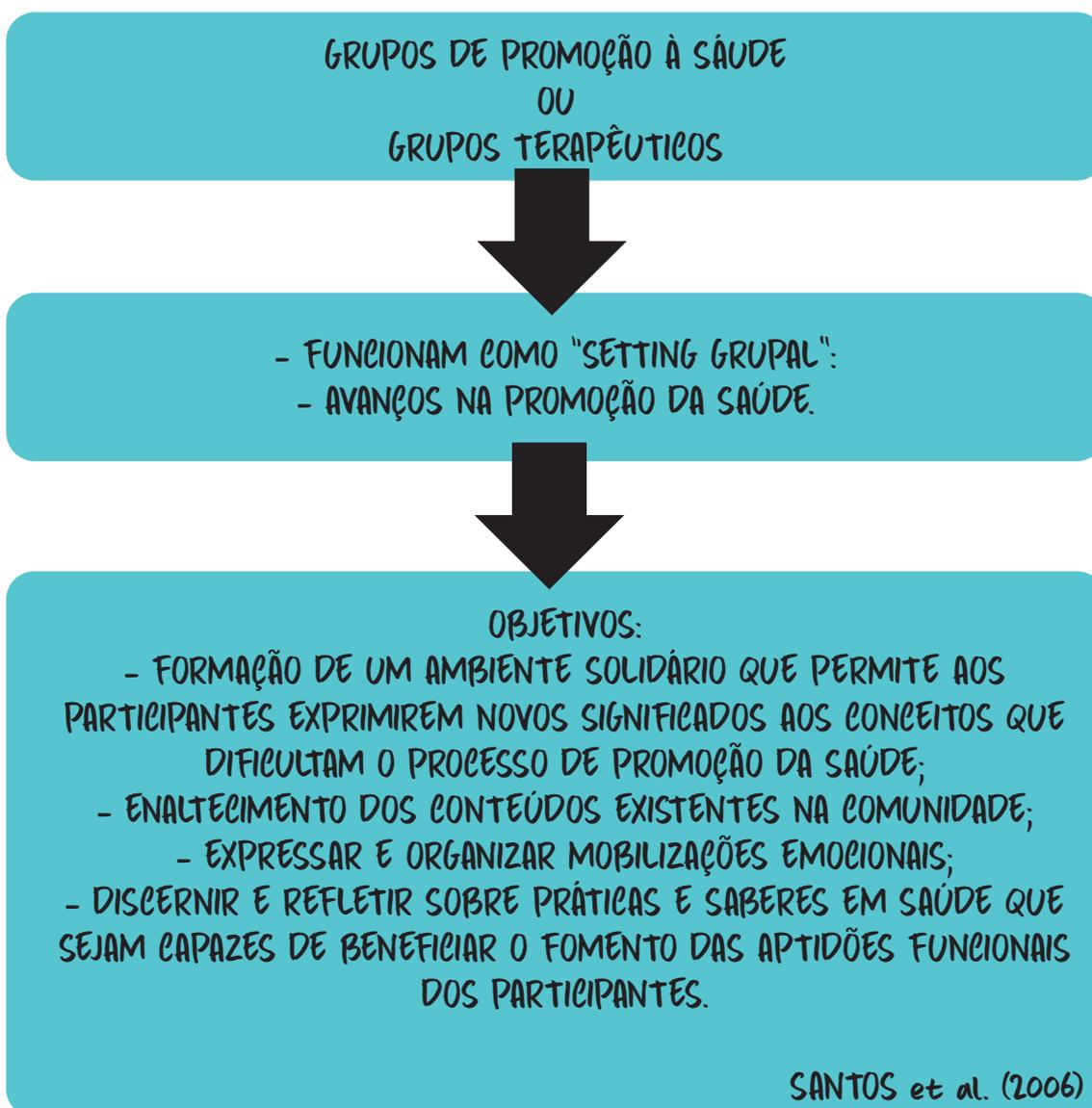
As sugestões destas técnicas remetem a uma visão ampliada dos pares, bem como dos profissionais de saúde. Além disso, as mesmas permitem usar outras técnicas como suporte (vídeos, textos, depoimentos, dinâmicas de grupo, etc).



CAPÍTULO 2

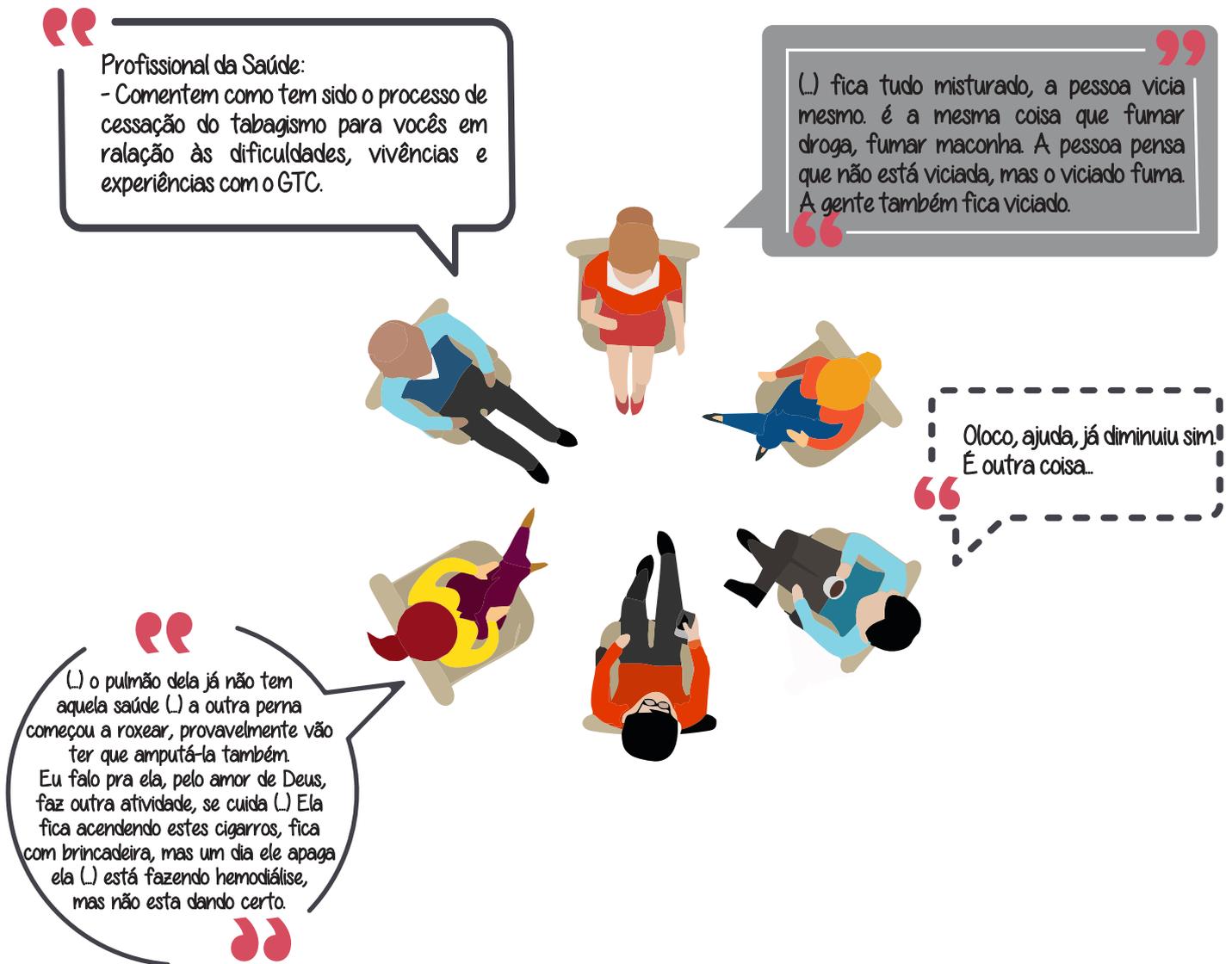
GRUPOS TERAPÊUTICOS COMO ESPAÇOS POTENCIAIS DE REINTEGRAÇÃO DA SAÚDE DO TABAGISTA

As diretrizes atuais de Estratégia Saúde da Família passaram a instigar as ações coletivas, sendo que, o NASF tem um destaque na realização deste tipo de ação educativa em saúde, tendo em vista que buscam organizar os cuidados de forma coletiva com vistas a atender as necessidades sociais de saúde da população, proporcionando um atendimento amplo e agradável.



Martins (2009) complementa essa ideia ao postular que o compartilhamento de vivências entre os participantes dos GGT permite que os mesmos vivenciem dificuldades, carências e conflitos semelhantes, o que colabora para que cada pessoa busque a própria modificação comportamental fruto das relações e suporte recebidos, o que torna positiva a avaliação deste tipo de atendimento ao fumante.

Seguem, abaixo, exemplos de como os participantes dos GLT expressam suas dificuldades, vivências e experiências ao falarem nos encontros dos GLT:



Nas atividades com os GLT, percebe-se que os participantes gostam de participar das reuniões, pois em seus relatos conseguem compartilhar suas vivências e dificuldades, identificando-se um com o outro. Além dos sintomas de abstinência, comuns a quem está parando de fumar (fissura, dor de cabeça, irritação, insônia, tontura, formigamentos e preocupação em engordar devido ao aumento do apetite), os participantes comentam sobre as dificuldades pessoais e familiares, encontrando suporte dos pares durante conversa.

Para Pichon-Rivière (1998), o grupo atua ainda como mecanismo de mudança da realidade, uma vez que o relacionamento grupal ocorre na medida em que começam a dividir metas comuns, a ter uma atuação dinâmica e crítica, percebendo como interatuam e se aproximam. Isso acontece porque na convivência com o outro, cria-se vínculos que vão fortalecendo esta relação.

A aproximação com o grupo de pares tem favorecido bastante os participantes dos GLT, tendo em vista que boa parte deles tem conseguido cessar o cigarro e enfrentar os obstáculos para parar de fumar. Percebe-se, ainda, que aqueles que não conseguiram parar de fumar apresentam, em sua maioria, além da dependência física do cigarro, uma dependência psicológica e associação de comportamentos, o que dificulta deixar o cigarro, mesmo com o suporte dos profissionais e dos pares.

Porém, nota-se que, quando um dos membros dos GLT traz suas dificuldades em lidar com esse processo de cessação, os colegas são solidários e buscam dar dicas de como conseguiram superar suas dificuldades.

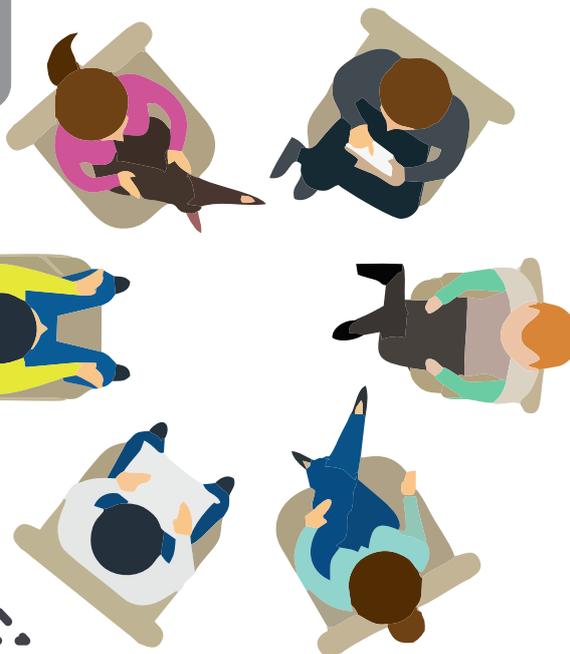
Em algumas das atividades, buscou-se também oferecer a eles a oportunidade de colocar-se no lugar do colega, em dinâmicas que simulavam, por exemplo, a cegueira, pois tínhamos um dos participantes cegos de nascença. A identificação e a empatia colaboraram bastante nesse processo de entender o outro e de refletir sobre as próprias dificuldades como nota-se a seguir pela fala deles:

Abduch (1999) complementa os relatos dos participantes ao elencar que no grupo, os membros compartilham suas histórias de vida, seja de modo consciente ou inconsciente, o que também pode ser considerado um relacionamento vertical. Ao serem nomeados como grupo, suas dificuldades são partilhadas a serviços de metas coletivas, constituindo então uma nova história, que seria o relacionamento horizontal no grupo, o que permite uma elaboração comunitária (fruto da interação de particularidades desse relacionamento vertical, formando então a identidade grupal..

“ Eu eliminei ele [o cigarro] de dentro de casa. Enquanto eu tinha, me dava aquele negócio, sempre dava o gosto na boca. Ai eu não comprei mais.(...)Se tiver, você fuma e aquele gosto fica na boca, sempre vai ter aquilo. Então, tem que eliminar, matar aquele negócio ali. É igual beber, vou tomar só esse golinho aqui, sempre aquele gosto vai estar na boca. Vai querer outro golinho.

“ Profissional da Saúde:
- Comentem sobre as estratégias que vocês utilizam para cessar o cigarro e as dificuldades que têm encontrado nesse processo.

“ Eu levanto cedo e falo: não vou fumar agora! Mas parece que não tem jeito!



Eu reclamo de dor na coluna, tem muita gente que reclama, mas a pessoa ficar sem a visão é triste, né. Deve ser muito triste, a pessoa fica sem noção de tudo, não sabe para que lado ela está indo (...).a gente que já teve visão esse tanto de tempo, como é que vai ficar sem ela? Eu acho que é complicado, duro né. Você não sabe onde está pisando, sei lá, é ruim demais ficar cego, sem enxergar.

É que o cigarro foi meu amigo durante muitos anos. Na tristeza, na alegria, em tudo ele estava ali comigo, no pau, no sol, ele estava ali(...). Quando menos pensava, estava com o cigarro na mão (...). Tem que ter opinião, falar: Eu não vou fumar! (...). Eu acho bom [grupo, atividades], parece que alivia mais, ajuda, desabafa aquela ansiedade. Queira ou não, você fica meio tenso.

O cigarro deixa a gente cego porque faz mal e a gente tem aquela vontade. É algo que incomoda.

Profissional da Saúde:
- Comentem sobre a dinâmica de grupo que realizamos agora sobre empatia. Como foi vivenciar as dificuldades dos colegas de vocês?

É ruim, até eu achei difícil para eles não terem visão, não podemos ajudar. Como vocês falaram que não podia falar nada, que era para deixar eles irem, fica difícil. Você tem que procurar caminho sozinho, sem ninguém ajudar com nada, fica difícil!

A sensação é ruim. Para quem tem a visão e, de repente, perder ela de uma vez, tem que recomeçar tudo de novo, aprender a caminhar sozinho. Esses probleminhas que a gente tem não significam nada, a não ser perder a visão. Perder a visão, é um abraço. Demora uns anos, perdendo uma perna você consegue andar ainda, mais perder as vistas é ruim demais. Você não sabe onde você está pisando. Não sabe se vem um carro na sua frente. Não sabe se tem uma criança ou um cachorro, se vai cair. É um passinho errado. É difícil.

Assim, a vivência entre participantes-participantes e participantes-profissionais, favorecem as mudanças nos processos de reflexão sobre a própria saúde e, conseqüentemente, sobre o processo de ação diante das adversidades diante do processo de cessação do tabagismo e de outros problemas relacionados à própria saúde.

Para Alfonso (2006), as fases de atuação com os trabalhos em grupos devem ser da seguinte forma:

Pré-análise	Levantamento de dados e informações que favoreçam ao coordenador formular problemas a serem discutidos, a partir de uma análise psicossocial
Foco e Enquadre	Temas-geradores relacionados à vida diária dos membros do grupo e do grupo, com linguagem própria ao público específico.
Planejamento Flexível	Coordenador deve preparar as ações acompanhando o desenvolvimento do grupo, sendo que estas podem ser modificadas, conforme necessário, pois trata-se de atender as necessidades sociais dos participantes, de acordo com a forma como são caracterizados.

Na terapia de grupo, juntamente com os pares e profissionais de saúde, são traçadas estratégias de enfrentamento às dificuldades, recaídas, formas de substituição do prazer de fumar, entre outros. Desta forma, nos debates são apresentados os benefícios que a cessação do cigarro trará ao participante, o apoio (suporte da família, amigos, profissionais), estímulo ao sentimento de pertencimento, dicas de saúde, fortalecimento da autoestima, planos de ação, bem como outras orientações, conforme necessidade dos participantes.

Sendo assim, no grupo, os participantes passam a dividir suas angústias, dores, preocupações, alegrias, conhecimentos, aprendizados, dificuldades, num processo constante de ação-reflexão-ação, o que no relacionamento com os pares, torna-se um processo natural e colabora para o crescimento individual, grupal e alcance do objetivo de cessação do tabagismo.

Deste modo, na terapia de grupo, o participante se mostra como um ser atuante no mundo em comunhão com os outros participantes, sendo que o relacionamento e convivência com os demais pares, facilita a ampliação do olhar para novas perspectivas e possibilidades.

CAPÍTULO 3

NASF E O MATRICIAMENTO EM GRUPOS DE CESSAÇÃO DO TABAGISMO: DICAS DE RECURSOS TERAPÊUTICOS NO ATENDIMENTO DE USUÁRIOS TABAGISTAS



No cenário da Atenção Básica, o NASF surge para instruir e integrar o trabalho das ESF, buscando modificar a lógica fragmentada e hegemônica dos cuidados em saúde, estimulando uma abordagem integral de atenção física e mental aos usuários do SUS (BRASIL, 2008; GRABOIS, 2011). O NASF é formado por profissionais de diferentes áreas do conhecimento, como: fisioterapeutas, psicólogos, fonoaudiólogos, nutricionistas, farmacêuticos, dentre outros.

Segundo Nascimento e Oliveira (2010), o trabalho do NASF se diferencia dos modelos comuns de atendimento à saúde que valorizam a assistência curativa, fragmentada, individual e especializada, pois converge seus esforços rumo à corresponsabilização e gestão integrada do cuidado, utilizando-se de apoio compartilhado e projetos terapêuticos coparticipados, envolvendo usuários e equipe, observando a singularidades dos usuários atendidos.

Dessa forma, as ações do NASF são guiadas pela clínica ampliada, que instiga os profissionais e gestores a atuarem juntos, ampliando o olhar e a forma de atendimento para além de fragmentos de recortes diagnósticos ou áreas profissionais, porém, sem desvalorizar ou deixar de utilizar o potencial de cada profissional (OLIVEIRA, 2008).

Campos e Mimeo (2008) apud Geniole et al. (2010) salientam alguns fundamentos importantes que representam a clínica ampliada no contexto atual do SUS:

<p>Compreensão ampliada do processo saúde-doença</p>	<p>Procura-se construir sinopses particulares tencionando as fronteiras de cada fonte disciplinar e enfatizando a situação real do trabalho em saúde, experimentada a cada momento por pessoas reais, ampliando-se a clínica e o objeto de trabalho, abrangendo novos instrumentos.</p>
<p>Construção compartilhada dos diagnósticos e terapêuticas</p>	<p>Reconhecer os limites, modificando a autoimagem e/ou expectativa pessoal do profissional de saúde no tocante ao seu trabalho, seja no relacionamento com o usuário, seja com demais profissionais, outros serviços e setores. Reconhecer as várias dimensões dos problemas, de forma compartilhada, negociando com usuários e demais profissionais o que será feito, deixando de decidir pelo outro.</p>
<p>Ampliação do objeto de trabalho</p>	<p>O objeto de trabalho deve ser as pessoas ou grupo de pessoas, ou seja, compreender as necessidades e particularidades das pessoas atendidas, criando instrumentos para isso..</p>
<p>A transformação dos "meios" ou instrumentos de trabalho</p>	<p>Necessidade de métodos e recursos de gestão que beneficiem uma comunicação transversal na equipe e entre as equipes (nas organizações e na rede assistencial), desenvolvendo a competência de escuta-percepção (da relação clínica), técnica para tratar ações automatizadas de maneira crítica, de encarar a manifestação dos problemas sociais e subjetivos, com a família, comunidade e grupos sociais.</p>

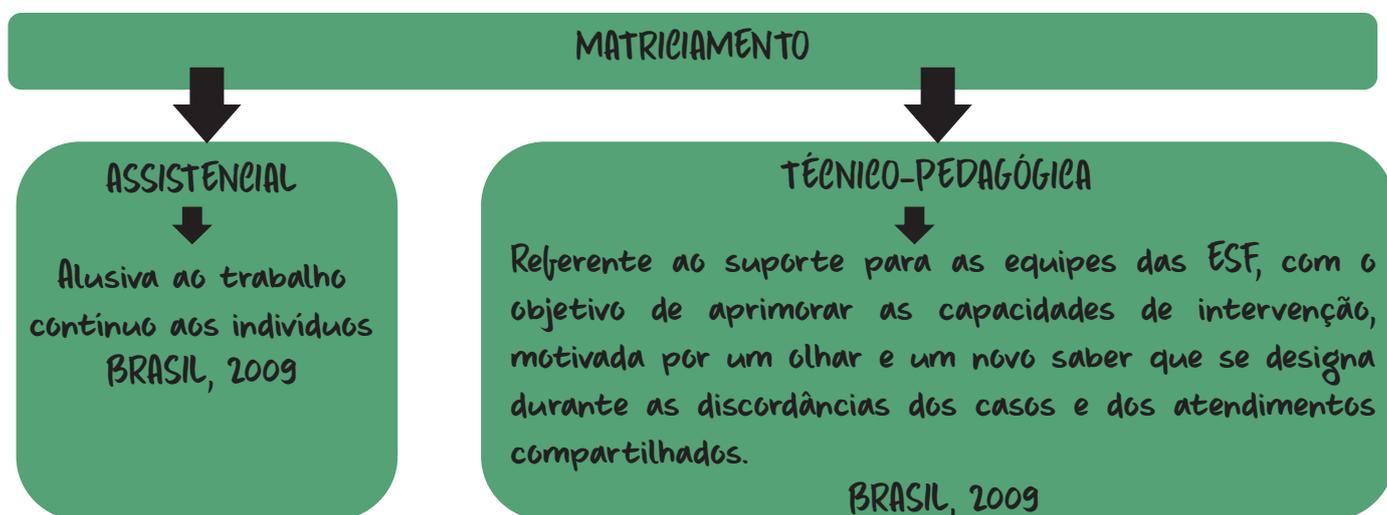
Suporte para os profissionais de saúde

Elaborar instrumentos de apoio aos profissionais de saúde para que eles possam encarar as próprias dificuldades diante de identificações positivas e negativas, com os diversos tipos de situação, colaborando para que os mesmos lidem com a própria subjetividade, incluindo essas discussões nos PTS (Projeto Terapêutico Singular), evitando individualizar ou culpabilizar profissionais que estão com problemas em lidar com esse processo, encaminhando-os a um tratamento em serviços de saúde mental quando necessário.

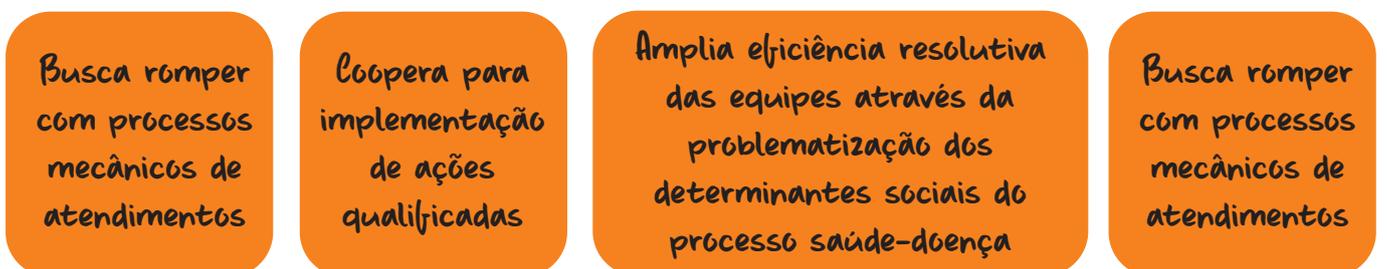
A clínica ampliada colabora para que trabalhadores e usuários do SUS consigam enfrentar os problemas de saúde dos dias atuais e suas possíveis complexidades e necessidades, considerando desta forma, a interdependência do trabalho em saúde, o que pode colaborar para a realização deste trabalho em equipe (BRASIL, 2008).

Porém, percebe-se no exercício profissional que trabalhar em equipe ainda é um dos fatores que estão começando a ser compreendidos e colocados em prática pelos profissionais de saúde, tendo em vista que a formação dos profissionais de saúde e a própria lógica de funcionamento do SUS não incentivam esse tipo de atuação.

Desta forma, o matriciamento pode ser considerado um instrumento de apoio matricial usado para este objetivo, sendo definido como uma organização técnico-assistencial que objetiva a ampliação da clínica das equipes da ESF para uma dialética de corresponsabilização do cuidado, procurando uma maior resolubilidade em saúde e ofertando apoio especializado às equipes (BRASIL, 2009).



NASF (NASCIMENTO; OLIVEIRA, 2010)



Porém, na presente pesquisa, foi possível perceber que, por estar ainda em fase de implantação nos municípios, o NASF está no processo de criação de um local específico onde possa realizar suas reuniões, planejamentos, discussão de casos para elaboração de PTS ou mesmo de PST (Projetos de Saúde no Território), de forma que seja compartilhado este processo tanto com as equipes, quanto com os gestores de saúde, como se confirma na literatura de Nascimento e Oliveira (2010).

Oliveira (2008) descreve o PTS como sendo o fluxo de gestão e produção do cuidado, almejando um aglomerado de planejamentos e posturas terapêuticas articuladas, para usuários individuais ou coletivos, que se efetiva em quatro momentos estanques: definição de metas, diagnóstico, reavaliação e divisão de responsabilidades (OLIVEIRA, 2008). Sendo concebido principalmente nas reuniões de equipe, com base nas discussões de caso, nos quais são salientados os determinantes sociais do processo saúde-doença (NASCIMENTO; OLIVEIRA, 2010).

Já o PST, segundo Oliveira (2008), é uma técnica para o incremento de ações coparticipadas entre os sistemas de saúde do território e outros setores e políticas, objetivando resultados na construção da saúde local, investindo na qualidade de vida e na autonomia de usuários e comunidades.

Sendo assim, o NASF surge com essas técnicas, entre outras ações educativas em saúde, com foco em ofertar maior qualidade nos atendimentos realizados, buscando alcançar maior resolubilidade nas ações educativas, avaliando-as e refletindo sobre processos de saúde e determinantes sociais nos quais os atendidos estão inseridos (NASCIMENTO; OLIVEIRA, 2010).

Na pesquisa com os participantes de Grupos de Cessação do Tabagismo (GCT), foi possível notar o quanto é importante uma abordagem acolhedora ao participante, observando suas necessidades sociais em saúde, buscando compreender suas subjetividades, dificuldades, conflitos, medos, motivações, receios, tipos de dependência nas quais está inserido, podendo ser elas de ordem física, psicológica ou emocional e comportamental ou de hábito; motivações, etc.

Identificar esses aspectos durante os encontros com os usuários dos GCT pode facilitar a abordagem ao fumante e o planejamento mais eficiente de ações educativas em saúde que, de fato, ofereçam qualidade e um bom atendimento das necessidades de saúde deles. Sendo assim, a participação dos usuários no planejamento e sugestões diárias do que necessitam é essencial para o sucesso das ações e até mesmo para que o objetivo final seja alcançado. Essa participação, na maioria das vezes, consiste em um suporte a autonomia e independência do participante em olhar para si mesmo, aprendendo a identificar suas necessidades de saúde e interessando-se pelo cuidado consigo.

Dessa forma, procura-se também inserir, entre os temas trabalhados, assuntos relacionados aos riscos em usar o cigarro e benefícios na cessação do tabagismo, benefícios econômicos, identificação de medos e barreiras na cessação do tabagismo (fissura, síndrome de abstinência, medo de engordar, medo de não conseguir, recaídas, etc), métodos para parar de fumar, orientações sobre vida saudável (física, mental, nutricional, etc), orientações sobre o que evitar e dicas de como lidar com ansiedade, motivação, entre outros temas.

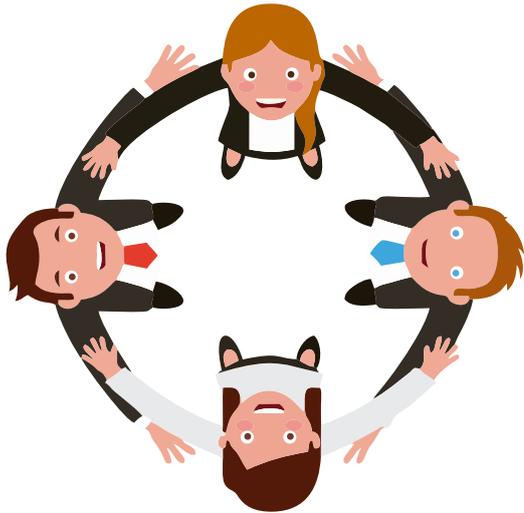
Outro aspecto percebido diz respeito à realização de planos de ação para enfrentar as situações problemas encontrada tanto em relação aos usuários participantes dos GLT, quanto aos profissionais de saúde, visto que também foram identificadas falhas no processo de trabalho como dificuldades de trabalho em equipe, falta de interesse de alguns profissionais, necessidade de realização do processo de educação permanente com profissionais e gestores, sensibilização para o cuidado integral com o participante, visto que todos são responsáveis e não somente NASF.

Sugere-se, ainda, a indicação de cursos de especialização, mestrado e doutorado em atenção básica à saúde da família, ensino em saúde, entre outros temas abordados na área de saúde e educação, que incentivem o trabalho multiprofissional, atendendo as necessidades desses profissionais e estimulando-os a trabalhar em uma lógica de cuidado integral ao paciente, olhando-o como um todo e buscando conhecer suas necessidades sociais em saúde para que seja atendido realmente o que eles necessitam e não o que o profissional suponha que ele precise.

Com base nisso, fazem-se necessárias discussões e sugestões de alguns recursos terapêuticos que possam colaborar com as ações educativas realizadas pelo NASF com grupos de cessação do tabagismo e até mesmo com outros grupos, desde que haja adaptações das atividades conforme necessidade das equipes e usuários.

3.1 RECURSOS TERAPÊUTICOS COM USUÁRIOS TABAGISTAS

3.1.1 Dinâmicas em Grupo



Refere-se:

- Conhecimento da vida do grupo;
- Proposições valorativas;
- Objetivos educacionais;
- Métodos de manter ordem no grupo para o alcance do êxito dos objetivos.

MINIUELLI (1997)

- Técnicas utilizadas no processo de educação nas quais o grupo busca soluções para os problemas.
- Entre essas técnicas estão (...) interpretação de papéis, observação de grupos e outras similares.
- Esse termo, pode ser também utilizado em práticas orientadas para ajudar o grupo a aprimorar seu processo.

MINIUELLI (1997)

Este tipo de técnica, segundo Alfonso (2010), devido à possibilidade de contato face a face com o outro, possibilita que os membros do grupo coparticipem suas experiências e aprendam reciprocamente. Sendo que esta dinâmica pode ocorrer de duas maneiras: interna e externa.

DINÂMICA EXTERNA

Corresponde ao resultado dos domínios institucionais e econômicos, como por exemplo a reação grupal diante destes resultados ou estímulos

DINÂMICA INTERNA

Diz respeito ao arranjo do grupo, como liderança, papéis, comunicação, processo de mudança e resistência diante do grupo.

Ou seja, na dinâmica de grupo é possível perceber a dinâmica de vida do indivíduo em contato com as diversas relações interpessoais aos quais vive a todo momento, da mesma forma como este vive fora do grupo no relacionamento com familiares, amigos, companheiros de trabalho, grupos da Igreja, etc (PINHEIRO, 2014).

Neste tipo de técnica, o profissional de saúde (psicólogo ou psiquiatra) atua como grupoterapeuta, necessitando ter bem aprofundado para si os principais fatores que compõem a dinâmica do campo grupal: ansiedades; defesas e identificações, que são fenômenos e elementos do psiquismo, que estão articulados entre si interagindo a todo tempo uns com os outros (ZIMERMAN, 2010, 2000).

CAMPO GRUPAL



MANEIRA COMO CADA PESSOA COMPREENDE OU É AFETADA PELA ANSIEDADE;
PELOS MECANISMOS DE DEFESA E PELO PROCESSO DE IDENTIFICAÇÃO GRUPAL.
ZIMERMAN (2010)

ANSIEDADE



é simbolizada baseada em uma "ânsia" como indicio de uma ameaça ao equilíbrio interno, podendo ser de 7 tipos diferentes: ansiedade de aniquilamento; de desamparo; de fusão-despersonalização; de separação; de perda do amor; de castração; de vida ao superego.
ZIMERMAN (2010)

MECANISMOS DE DEFESA



caracterizam os "distintos tipos de operações mentais que tem por finalidade a redução das tensões psíquicas internas" (ansiedades). Ou seja, é uma defesa criada pelo indivíduo para protegê-lo de alguma coisa desagradável, sendo a normalidade ou patologia dessas elaborações psíquicas estabelecidas de acordo com grau de aplicação das ansiedades.
ZIMERMAN (2010)

PROCESSO DE IDENTIFICAÇÃO



origina-se das "cargas de identificações projetivas pelas quais o indivíduo, que não consegue conter dentro de si próprio os seus aspectos negativos (mas também podem ser os positivos), que então passa a serem sentidos como idênticos a ele".

No que diz respeito às proporções e resultados conquistados com as dinâmicas de grupo, é possível enfatizar que as mesmas abrangem uma influência ou potencialidade terapêutica, pois favorece o insight e a elaboração de questões subjetivas, sociais e interpessoais. Além disso, tem uma competência pedagógica, pois instiga a aprendizagem com base nas reflexões sobre as experiências, o que permite a elaboração do conhecimento adquirido sobre o mundo e do sujeito atuante no mundo, ou seja, sobre si mesmo (AFONSO, 2006).

Partindo dessas premissas, sugere-se que sejam utilizadas dinâmicas de grupo como técnicas de apoio aos GLT, podendo ser utilizadas dinâmicas de apresentação ou quebra-gelo; sobre empatia e convivência grupal; como lidar com o estresse e seus prejuízos no dia a dia; como lidar com conflitos; como trabalhar a autoestima; autonomia e amor próprio; reflexão sobre o uso do cigarro e suas consequências; autoconhecimento; tomada de decisão; cooperação; textos temáticos reflexivos; mudanças; comunicação; vínculos; integração; flexibilidade; percepção; formas de lidar com incertezas e medos; entre outros temas pertinentes surgidos conforme as necessidades dos GLT, aqui são citados os temas mais comuns encontrados na presente pesquisa com GLT.

As dinâmicas de grupo podem ser utilizadas com grupos menores (3 a 4 pessoas), como com grupos grandes de 20 a 30 pessoas. Porém, deve-se observar qual real objetivo que se pretende atingir com a dinâmica e se o número excessivo de participantes irá interferir ou não no resultado final da dinâmica.

Outros profissionais de saúde também podem conduzir dinâmicas de grupo, porém sempre com cuidado na condução das discussões para que estas não alcancem um grau elevado de envolvimento emocional quando não houver um especialista da área presente para apoiá-lo.

As dinâmicas de grupo podem ocorrer em locais fechados ou abertos, dependendo qual objetivo da dinâmica, mas é importante o cuidado de não expor os participantes a situações que possam ser constrangedoras como ambientes impróprios e de grande circulação de pessoas.

O tempo de uma dinâmica de grupo varia muito, desde dinâmicas muito curtas como quebra-gelo que duram em média 5 a 10 minutos, até dinâmicas mais elaboradas e com cunho de reflexão e envolvimento maior, que podem durar mais de 60 minutos.

1 *Insight*, segundo o Dicionário Priberam, significa 1. compreensão, percepção ou revelação repentina. 2. refere-se a capacidade de introspecção ou de autoconhecimento

3.1.2 Recursos Audiovisuais (Videos, Filmes, Cinema, entre outros)

Os recursos audiovisuais têm sido bastante utilizados como método facilitador e dinamizador do processo de ensino e de aprendizagem, bem como, de acesso à cultura (MAESTRELLI, 2006).

Nas ações educativas em saúde, as tecnologias educativas têm desempenhado um papel voltado à prevenção de complicações, promoção da saúde, desenvolvimento de habilidades e estímulo à autonomia e confiança do usuário (MOREIRA, 2005).

Dessa forma, o cinema e os vídeos, são usados como técnica de ensino, aumentando as chances de vivenciar experiências próximas do cotidiano, o que pode colaborar para reflexão de posturas adotadas diante das situações vividas, fazendo com que o indivíduo aumente seu campo de hipóteses, visto que são instigados a analisar as situações em tela, o que faz com que pense em suas próprias vivências (SÁ; TORRES, 2013)

Nota-se que o vídeo, por sua vez, atrai bastante a atenção dos participantes dos GLT. Para Williams (1998), este tipo de técnica possui maior impacto na aprendizagem quando comparada com a linguagem escrita, tendo em vista que a sequência de imagens com movimentos gráficos, textos e sons possibilitam ao espectador melhor entendimento do tema mostrado, corroborando para a construção do conhecimento, principalmente se possui até 10 minutos de duração.

Considerando seu potencial pedagógico, utilizou-se na aplicação da presente pesquisa este método de ensino-aprendizagem, estimulando a utilização de variadas tecnologias cinematográficas no intuito de instigar novos comportamentos, olhares e ressignificação dos modos de trabalhar ensino em saúde.

Sendo assim, é indicado que os mesmos abordem temas como benefícios em parar de fumar; malefícios do uso do cigarro; depoimentos de fumantes e ex-fumantes; vídeos sobre vida saudável; cuidados com a saúde física, mental, social e espiritual; outros grupos de cessação do tabagismo, motivação; entre outros temas que surgirem no decorrer dos encontros com os GLT.

Os vídeos podem ser curtos com duração de 2 a 6 minutos, geralmente com propósito de passar uma mensagem rápida, ou com duração maior de 15 minutos em diante, com conteúdo mais aprofundado sobre algum tema específico para fins de debate ou reflexão seguida do vídeo.

O ideal é que sejam exibidos em local neutro, geralmente em ambientes tranquilos e com pouca circulação de pessoas, com iluminação adequada e, se possível, em salas fechadas para uma melhor reprodução do áudio e possível discussão depois dos temas abordados.



3.1.3 Teatro ou Psicodrama

Seminotti (1997) define psicodrama como uma técnica que se alicerça na representação teatral segundo critérios comuns da grupoterapia, onde são analisadas as fantasias, papéis, identificações e transferências realizadas pelos participantes, estimulando o insight, buscando entender as individualidades e a grupalidade dentro de um todo



dinâmico. O encontro psicodramático abrange três fases: aquecimento inespecífico e específico; dramatização ou representação dramática (RD) e compartilhamento.

Assim, o mesmo autor orienta que o Protagonista deva ser um membro do grupo ou o grupo todo, devendo as dramatizações ocorrerem em torno das ansiedades e conflitos do grupo, o que facilita a condução dos encontros (SEMINOTTI, 1997). Sendo que após escolher os temas, cena e protagonistas, deverá ser iniciada a elaboração conjunta da encenação. O cenário a ser escolhido (real ou imaginário) é a primeira fase. O caso vai sendo originado junto com o grupo, sendo o terapeuta ou coordenador o mediador deste processo, devendo fazer indicações terapêuticas a fim de colaborar com o grupo (PINHEIRO, 2014).

Para Zimmerman (2000), a dramatização favorece o rearranjo dos estágios evolutivos do usuário, tornando possível reconhecer a si e ao outro, identificar-se com a apresentação de outra pessoa que pode encenar sua história, reconhecer a empatia, colocando-se no lugar do outro, tudo isso em técnicas como inversão dos papéis, espelho, duplo, alter-ego, solilóquio, prospecção ao futuro e escultura.

Sendo assim, percebe-se que esta técnica pode favorecer muito o trabalho dos profissionais de saúde, sendo que o manejo desses encontros pode ter o apoio de mais de um terapeuta o que facilitaria a condução dos grupos. Esta técnica também pode favorecer a descoberta de algumas resistências de pessoas que não conseguem cessar o cigarro, entre outros conflitos surgidos no grupo que podem ser resolvidos com este tipo de trabalho.

Este tipo de técnica deve ser empregada, preferencialmente, por psicólogo ou psiquiatra, tendo em vista que tem um nível mais profundo de envolvimento emocional dos participantes, o que pode desencadear discussões e dramas emocionais que exijam intervenção destes profissionais. Porém, pode-se ter outros profissionais de saúde como apoiadores do processo.

É uma técnica que deve ser realizada em ambiente fechado e próprio para este fim, com sigilo e cuidados nos temas e vivências a serem trabalhados.

Os materiais a serem utilizados podem ser os mais diversos possíveis: sucata, vestimentas diversas, materiais de uso pessoal dos próprios participantes, cenários diversos, bonecos, etc.

Já o tempo de duração da sessão pode variar de 20 minutos em diante, dependendo o tema e assunto a ser trabalhado e qual objetivo que se pretende atingir com a técnica.

3.1.4 Relaxamento Mental



Para Rosen (1994), o estado de relaxamento mental, frequência cerebral Alfa ou transe, é o mental que melhor favorece a aprendizagem, a produção de insights e para favorecer mudanças de atitudes e ideias. Nas situações de relaxamento mental, as experiências sensoriais e psíquicas interiores assumem o caráter experimentado, deixando de dar importância aos sons e movimentos exteriores.

O relaxamento mental favorece a compreensão de modo intuitivo de sonhos, símbolos e outras manifestações inconscientes, deixando de lado ideias e problemas e criando uma aproximação do que Erickson chamou de aprendizagem inconsciente (ROSEN, 1994).

Neste tipo de técnica, o terapeuta induz os participantes a um estado de relaxamento através da narração de uma história interessante, uma meditação em movimento com auxílio musical e da respiração lenta e profunda. Durante a indução ao relaxamento deve-se solicitar ao participante que se atente a própria respiração, tornando sua respiração mais harmoniosa e rítmica (ARAÚJO, 2001).

Entre as técnicas de relaxamento utilizadas, pode-se citar: "Focalizar" a mente numa frase, palavra, respiração ou ação repetitiva; adotar uma atitude passiva em relação aos pensamentos que atravessam a mente, o que pode trazer respostas imediatas de relaxamento (diminuição da pressão sanguínea da frequência cardíaca, do ritmo respiratório e do consumo de oxigênio) e mudanças a longo prazo (resposta do corpo à adrenalina, diminuição da ansiedade e da depressão e melhora na capacidade para lidar com fatores estressantes da vida) (CAUDILL, 1998).

Desta forma, esse método foi adotado no desenvolvimento de técnicas de relaxamento durante alguns dos encontros com participantes dos GCT e foi muito eficiente em atender as necessidades deles no que diz respeito a colaborar para diminuir estresse e ansiedade em deixar de fumar. ser trabalhado e qual objetivo que se pretende atingir com a técnica.

3.1.5 Terapia Familiar

A família tem lugar de grande relevância na formação da personalidade das pessoas, sendo assim, a interação com o grupo familiar irá definir como o usuário consolidará suas relações grupais e sociais com os diversos grupos dos

quais fará parte ao longo de sua vida. A influência do grupo familiar confiada a função exercida pela mãe, pai, irmãos, tios, primos, avós, babás, dentre outros tipos de relacionamentos estabelecidos com outras pessoas (ZIMERMAN, 2010).

Sendo assim, Zimerman (2010) complementa que, na família, estão implícitos fatores conscientes e inconscientes que desde o nascimento do indivíduo o influenciam de forma positiva ou negativa, sendo que ele também se torna um agente ativo de modificações na vida das pessoas com quem interage, bem como no arranjo totalitário de sua família.

Desta forma, um bom arranjo familiar no preenchimento adequado das necessidades do sujeito, respeitando-se hierarquia na atuação dos papéis, lugares, posições e atribuições do cotidiano, darão condições mínimas necessárias para sustentação de um clima de liberdade e respeito mútuo entre os membros (ZIMERMAN, 2010).

A partir desse grande destaque da família na vida das pessoas, deu-se início ao uso da terapia familiar, que direciona suas percepções aos problemas das pessoas inseridas nos cenários da vida diária e familiar. Este tipo de atendimento fundamenta suas intervenções no envolvimento dos que coparticipam da vida do participante, estimulando a conversa entre eles, deste modo passam a instigar a família a colaborar, no intuito de que estes como potentes influenciadores significativos da vida do participante, colaborem na promoção de condutas diversificadas as quais causam desconforto ao indivíduo no instante em que ele busca suporte na terapia familiar (RAVAZZOLA; BARILARI E MAZIERES, 1997).

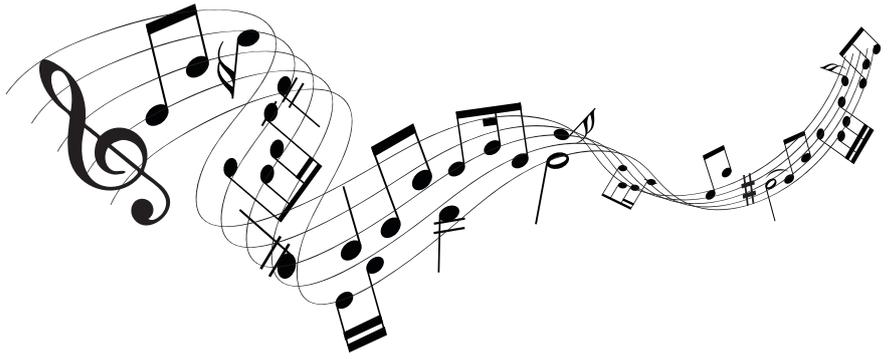
Baseando-se nesses pressupostos, acredita-se que a família tem um grande potencial de influência na vida das pessoas e no agir desta nas inúmeras relações que elas estabelecem, inclusive nos GLT. Sendo assim, recomenda-se incluir a família nas ações educativas em saúde com os GLT, para que a aproximação com a realidade do



participante seja mais efetiva e que, de fato, consiga-se superar os obstáculos encontrados nos encontros dos grupos.

3.1.6 Musicoterapia

Padilha (2008) define a musicoterapia como uma terapia não verbal que proporciona o aumento da autoestima de um usuário, além de oportunizar uma vasta promoção da saúde e melhor qualidade de vida aos praticantes. Os benefícios da musicoterapia acontecem por influência da música, movimentos, sons, manipulação de instrumentos musicais, entre outros.



As músicas escolhidas devem ser ecléticas de modo que sejam conhecidas pelos participantes e atendam às necessidades terapêuticas deles. Neste tipo de técnica, o participante ou grupo pode, ainda, colaborar ativamente, tocando algum instrumento, ou passiva, quando o terapeuta é quem utiliza o instrumento e os demais apenas apreciam e participam das discussões.

Sendo assim, este tipo de prática além de inovadora, pode trazer muitos benefícios aos participantes dos grupos que aceitem fazer parte deste momento tranquilo musical e depois contribuir nas discussões nos GLT.



O tempo de sessão de musicoterapia pode variar, sendo interessante pelo menos 30 minutos de musicoterapia, sendo que após esse período podem ser realizados debates sobre a música a partir de algum tema específico que tenha haver com alguma necessidade do grupo. O musicoterapeuta pode ser algum profissional de saúde que já tenha experiência com música e outras técnicas psicoterápicas.

O ambiente deve ser tranquilo, arejado e acolhedor, de modo que os participantes se sintam à vontade em contribuir com o processo de musicoterapia.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os grupos de cessação do Tabagismo tiveram como ponto-chave em seu processo a participação e questionamento crítico dos usuários, que foram instigados durante todo processo por seus pares e pela equipe multiprofissional.

Esse processo crítico-reflexivo permitiu que os atores envolvidos refletissem, a partir de uma aprendizagem significativa, sobre suas dificuldades, adversidades e obstáculos na busca por uma mudança de comportamento e atitude em relação à saúde como um todo e, principalmente, no processo de cessação do cigarro.

Ou seja, no convívio com o outro, consigo, com sua família, religião, comunidade, é que os sujeitos passam a entender suas próprias necessidades, vivências, experiências, passando a ressignificar seus conhecimentos, reconstruindo-os a partir de seu histórico de vida e convivência nos diversos meios dos quais faz parte: social, histórico, cultural, político, educacional.

Enfatiza-se, ainda, a importância da grupoterapia como dispositivo de mudança na vida dos participantes dos GT, tendo em vista que a partilha de vivências, alegrias, dificuldades, tristezas, interação com o outro colaboram para que haja uma identidade grupal que favorece a superação das adversidades encontradas na cessação do cigarro como favorece a criação de estratégias de enfrentamento a recaídas e outras dificuldades encontradas.

Desta forma, destaca-se a importância do trabalho do NASF como mediador das ações educativas em saúde, com ações guiadas pela clínica ampliada a qual procura atender o usuário em uma visão mais abrangente valorizando e atendendo as necessidades sociais de saúde apresentadas pelos participantes, ofertando qualidade e um bom atendimento, incentivando a autonomia e independência do participante, que passa a olhar para si e agir de forma crítica-reflexiva no seu cotidiano.

REFERÊNCIAS

ABDUCH, C. **Grupos Operativos com Adolescentes**. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área de Saúde do Adolescente e do Jovem. **Cadernos, juventude, saúde e desenvolvimento**. v. 1 Brasília, DF, ago. 1999.v. 1.

AFONSO, M. L. M. (Org.). **Oficinas em Dinâmica de Grupo: um método de intervenção psicossocial**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2006.

AGUIAR, F.F.A. et el. O projecto nacional de educação pelos pares da Fundação Portuguesa “A comunidade contra a SIDA” em escolas EB2/3 do Porto. **Actas do X Congresso Internacional Galego-português de Psicopedagogia**. Braga: Universidade do Minho, 2009. ISBN-978-972-8746-71-1. Disponível em <<http://www.education.udc.es/grupos/gipdae/documentos/congreso/xcongreso/pdfs/t5/t5c147.pdf>> Acesso em: 07 mai. 2018

BAGNATO, M.H.S.; RENOVATO, R.D. Práticas educativas em saúde: um território de saber, poder e produção de identidades. In: Deitos R. A, Rodrigues R. M. (Org). **Estado, desenvolvimento, democracia & políticas sociais**. Cascavel (PR): UNIOESTE/GPPS, 2006; p.87-104.

BANDURA, A. (1986). Social Foundations of thought and action. New Jersey: Prentice-Hall. BANDURA, A. (1989). Perceived self-efficacy in the exercise of control over AIDS infection. In V. MAYS, G. W. ALBEE & S. F. SCHNEIDER (Eds.). **Primary prevention of AIDS: psychological approaches**. Newbury Park: Sage, pp. 128-141.

BANDURA, A. A social cognitive approach to the exercise of control over AIDS infection. In R. J. DiClement. **Adolescents and AIDS. A Generation in Jeopardy**. Newbury Park: Sage, 1992, pp. 89-116.

BAUMAN, Z. **Comunidade: a busca por segurança no mundo atual**. Rio de Janeiro (RJ): Zahar; 2003.

BRANDÃO, C.R. **A canção das sete cores: educando para a paz**. São Paulo: Contexto, 2005.

BRASIL. **Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva- INCA**. A situação do tabagismo no Brasil: dados dos inquéritos do Sistema Internacional de Vigilância, da Organização Mundial da Saúde, realizados no Brasil entre 2002 e 2009. Rio de Janeiro: INCA; 2011, p. 76.

BRASIL. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. **Programa Nacional de Controle do Tabagismo, 2017**. Disponível em: <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/acoes_programas/site/home/nobrasil/programa-nacional-controle-tabagismo/tabagismo>. Acessado em: 08 jun. 2017. 08/06/2017.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. HUMANIZA SUS. **Documento Base para Gestores e Trabalhadores**. 4. ed. 2008. Disponível em: www.saude.gov.br/humanizasus Acesso em: 14/05/2018.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria GM nº154, de 24 de janeiro de 2008**. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família- NASF. Brasília; 2008. DOU de 25/01/08.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF**. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt0154_24_01_2008.html>. Acesso em: 25 jul. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes do NASF: núcleo de apoio à saúde da família**. Brasília: Ministério da Saúde; 2009. 157 p. [Série A. Normas e Manuais Técnicos/Cadernos de Atenção Básica, n. 27].

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular**. 2a ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2008.

CAUDILL, M. – Controle a Dor antes que Ela Assuma o Controle: Um Programa Clinicamente Comprovado. São Paulo, Summus Editorial, 1998. p.48 - 66.

CAMPBELL (2004). **Creating environments that support peer education: experiences from HIV/AIDS-prevention in South Africa**. Health Education, 104 (4), pp. 197-200.

CAMPOS, G.W.S.; MIMEO. **Aula do Curso de Gestão da Clínica na Atenção Básica**. UNICAMP: 2008.

GENIOLE, L.A.I; KODJAOGLANIAN, V.L.; VIEIRA, C.C.A; MACHADO, J.F.P.; SANTOS, M.L.M. A clínica ampliada no contexto da atenção primária em saúde. Pós-Graduação em Atenção Básica em Saúde da Família. Módulo Optativo 10, Editora UFMS, 2010, p. 36-39. Disponível em: <http://www.portalsaude.ufms.br/manager.titan.php?target=openFile&fileId=634>

GRABOIS, V. **Gestão do cuidado**. In: Godim R., Grabois, V, Mendes W. Organizadores. Qualificação de gestores dos SUS. 2ª ed. Rio de Janeiro: EAD-ENSP; 2011, p. 154-90.

MAESTRELLI, S.R.P, FERRARI, N. O óleo de Lorenzo: o uso do cinema para contextualizar o ensino de genética e discutir a construção do conhecimento científico. **Genet. Esc.** [internet], v.1, n.2, p.35-9, 2006. [Acesso em 30 de julho 2017]. Disponível em: <http://www.genetiacaescola.com.br/ano1vol12/02.pdf>

MARQUES, A.C.P.R.; CAMPANA, A.; GIGLIOTTI, A.P. *et al.* Consenso sobre o tratamento da dependência de nicotina. **Rev. Bras Psiquiatr**, v.23, n.4, p. 200-14, 2001. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462001000400007&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 30 jul. 2018.

MARTINS, K.C. **"Eu queria, mas não conseguia ..." : aspectos relacionados à mudanças do comportamento de fumar em participantes de grupos de tabagismo**. 2009. 137 f. Dissertação (Mestrado em Processos de Desenvolvimento Humano e Saúde) - Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília, Brasília, 2009. Disponível em: http://www.repositorio.unb.br/bitstream/10482/1662/6/2009_KarlaCristinaMartins.pdf
Acesso em: 09/05/2018.

MINICUCCI, A. **Dinâmica de grupo: teoria e sistemas**. São Paulo: Atlas, 1997, p. 24,25.

MOREIRA, M.F; Silva, M.I.T. **Readability of the educational material written for diabetic patients**. Online braz j nurs (online), 2005. Acesso em 17 de maio de 2018; 4(2). Disponível em: <http://www.nepae.uff.br/siteantigo/objn402moreiraetal.htm>.

NASCIMENTO, D.D.G.; OLIVEIRA, M.A.C. **Reflexões sobre as competências profissionais para o processo de trabalho nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família**. O mundo da Saúde, São Paulo: 2010; 34(1): 92-96.

NASCIMENTO, D.D.G.; OLIVEIRA, M.A.C. Reflexões sobre as competências profissionais para o processo de trabalho nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família. **Rev. O Mundo da Saúde**. São Paulo, 92-96. N.34 v.1, 2010.

OLIVEIRA, G.N. **O projeto terapêutico e a mudança nos modos de produzir saúde**. São Paulo: Hucitec; 2008.

PADILHA, M. C. P. **A Musicoterapia no Tratamento de crianças com perturbação do espectro do autismo**. 2008. Dissertação de Mestrado Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade da Beira Interior, Covilhã.

PICHON-RIVIÈRE. O processo grupal. São Paulo: Martins Fontes, 1998.

PINHEIRO, A.F.S. **Técnicas e dinâmicas de trabalho em Grupo**. Instituto Federal do Norte de Minas Gerais: Montes Claros, 2014. Disponível em <http://ead.ifnmg.edu.br/uploads/documentos/8rrFdOZMbo.pdf> . Acesso em 17/05/2018

RAVAZZOLA, M. C; BARILARI, S.; MAZIERES, G. **A família como grupo e o grupo como família**. IN. ZIMERMAN, David E. ; OSORIO, Luiz Carlos e colaboradores. Como trabalhamos com grupos. Porto Alegre: Artmed, 1997.

RENOVATO, R. D., *et al.* Significados e sentidos de saúde socializados por artefatos culturais: leituras das imagens de advertência nos maços de cigarro. **Rev. Ciência & Saúde Coletiva**. 14 (Sup. 1), pag. 1599-1608.2009.

ROSEN, S. - *Minha Voz Irá Contigo!*. Campinas, Editora PsyII, 1994. 268p.

SÁ, E.C; TORRES, R.A.T. **Cinema como recurso de educação em promoção da saúde**. Rev. Med. 2013; 92(2):104-8. Acesso em: 17/05/2018. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/revistadc/article/view/79580>>

SANTOS, L.M. et al. Grupos de promoção à saúde no desenvolvimento da autonomia, condições de vida e saúde. *Ver. Saúde Pública*, vol. 40, n° 2, pp. 346-52, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v40n2/28543.pdf>>. Acesso em: 09/05/2018.

TEIXEIRA, E. Práticas educativas em grupo com uma tecnologia sócio-educativa: vivências na ilha de caratateua, Belém. **Esc. Anna Nery R Enfermagem**, 2007, p. 158, mar; 11 (1), 155-9.

VILAÇA, T. (2007). **Eficácia do Paradigma Democrático de Educação para a Saúde no Desenvolvimento da Acção e Competência de Acção dos Adolescentes em Educação Sexual**. Actas do IX Congresso Internacional Galego-Português de Psicopedagogía. Corunha: Univ. da Corunha, pp. 971-982.

ZIMERMAN, D. E. Atividade interpretativa. In: **Fundamentos Básicos das Grupoterapias**. Porto Alegre: Artmed, 2000, p. 84.

ZIMERMAN, David E. **Fundamentos básicos das grupoterapias**. Porto Alegre: Artes Médicas Sul: 2010.

SOBRE OS AUTORES



FERNANDA ÁVILA MARQUES DOS SANTOS

Psicóloga. Especialista em Atenção Básica da Saúde da Família. Especialista em Psicopedagogia. Mestranda do Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu Ensino em Saúde, Mestrado Profissional (PPGES) da Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul (UEMS).

E-mail: fer_marques@hotmail.com



ROGÉRIO DIAS RENOVATO

Farmacêutico, Mestre em Engenharia de Produção pela Universidade Federal de Santa Catarina e Doutor em Educação pela Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP). Professor associado da Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul (UEMS) no curso de Enfermagem, Unidade de Dourados. Coordenador do Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Ensino em Saúde, Mestrado Profissional.

E-mail: rrenovato@uol.com.br