

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

FAGNER GOMIDES TORRES

**GRUPO OPERATIVO COMO ALIADO NA REDUÇÃO DO
TABAGISMO**

Uberaba/ MG

2015

FAGNER GOMIDES TORRES

**GRUPO OPERATIVO COMO ALIADO NA REDUÇÃO DO
TABAGISMO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do Certificado de Especialista.

Tutora: Profa. Me. Raquel Do Prado Xavier

Uberaba/MG

2015

FAGNER GOMIDES TORRES

**GRUPO OPERATIVO COMO ALIADO NA REDUÇÃO DO
TABAGISMO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do Certificado de Especialista.

BANCA EXAMINADORA

Uberaba, ____ de _____ de 2015.

RESUMO

TORRES, FAGNER GOMIDES. **Grupo Operativo como aliado na redução do tabagismo**. 2015. 33f. Monografia (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família), Universidade Federal de Minas Gerais, Uberaba, 2015.

O tabagismo é um importante problema de saúde pública característico da espécie humana. Efeitos adversos do fumo iniciam antes do nascimento e continuam ao longo da vida e os mesmos interferem na saúde geral do indivíduo. Diante disso, o presente trabalho teve como objetivo criar e executar uma proposta de intervenção para favorecer o cessamento do tabagismo. Para isso, utilizou-se os Grupos Operativos como uma terapia complementar à medicamentosa. Na execução da proposta, os pacientes tiveram o grau de dependência à nicotina avaliado e participaram de terapias cognitivo-comportamentais e do Grupo Operativo e caso fosse necessário, o paciente recebia o tratamento medicamentoso. O plano de intervenção teve a duração de três meses e ao final desse período, dos 15 pacientes que iniciaram a proposta, três pararam de fumar sem o uso de medicamentos e cinco com a terapia medicamentosa. Isso demonstra que a utilização do Grupo Operativo como estratégia ao cessamento ao tabagismo mostra-se eficiente quando associado a alternativas como as terapias Cognitivo-Comportamentais e terapia medicamentosa quando necessário, tornando-se, portanto, um grande aliado do Programa Saúde da Família.

Palavras chave: Saúde Pública; Hábito de fumar; Abandono do uso de tabaco.

ABSTRACT

TORRES, FAGNER GOMIDES. **Operative Group with ally in reducing smoking.** 2015. 33f. Monografia (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família), Universidade Federal de Minas Gerais, Uberaba, 2015.

Smoking is a major public health problem characteristic of the human species. Adverse effects of smoking begin before birth and continue throughout life and they interfere with the individual's overall health. Therefore, this study aimed to create and implement a policy proposal to assist the tobacco cessation. For this, we used Operative Group as a complementary therapy to medication. In implementing the proposal, patients had the degree of nicotine dependence evaluated and participated in cognitive behavioral therapies and Operative Group and if necessary, the patient was receiving drug treatment. The intervention plan lasted three months and the end of that period, of the 15 patients who initiated the proposal, three stopped smoking without the use of drugs and five drug therapy. This demonstrates that the use of Operative Group as a strategy to cessation of smoking have been shown effective when associated with alternatives such as cognitive-behavioral therapy and drug therapy when necessary, becoming thus a major ally of the Family Health Program.

Keywords: Public Health; Smoking; Abandonment of tobacco use.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1- Percentual de pessoas de 15 anos de idade ou mais, por Grandes Regiões, segundo a condição de uso de tabaco fumado/2008.....	12
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----

LISTA DE QUADROS

Quadro 1- As principais ações do PNCTOFR quanto à regulamentação do mercado.....	14
-----------------------------------------------------------------------------------------	----

LISTA DE FIGURAS

- Figura 1-** Desenho esquemático do Cone invertido elaborado por Pichon-Rivière.....20
- Figura 2´-** Questionário de dependência à nicotina de Fagerström.....26

LISTA DE ABREVIATURAS

BVS: Biblioteca Virtual em Saúde

ECRO: Esquema Conceitual, Referencial e Operativo

ESF: Estratégia Saúde da Família

GO: Grupo Operativo

IBGE: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

INCA: Instituto Nacional de Câncer

MS: Ministério da Saúde

NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família

PES: Planejamento Estratégico Situacional

PNCTOFR: Programa Nacional de Controle do Tabagismo e Outros Fatores de Risco de Câncer

SUS: Sistema Único de Saúde

WHO: *World Health Organization*

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
2 OBJETIVOS.....	156
2.1 OBJETIVO GERAL.....	16
2.2 OBJETIVO ESPECÍFICO	16
3 JUSTIFICATIVA.....	17
4 OS GRUPOS OPERATIVOS NO COMBATE AO TABAGISMO.....	18
5 METODOLOGIA	22
6 DESENVOLVIMENTO	25
6.1 PLANO DE INTERVENÇÃO.....	25
7 DISCUSSÃO	28
8 CONSIDERAÇÕES FINAIS	30
REFERÊNCIAS.....	31

1 INTRODUÇÃO

O tabagismo é considerado uma das principais causas de doenças e de mortalidade (EZZATI; LOPEZ, 2003; LOPEZ et al.,2006). O uso do tabaco é uma desordem comportamental complexa, em decorrência da dependência à nicotina (principal causadora da dependência do cigarro) e inclui várias fases: vulnerabilidade ao início do uso, risco de uso contínuo, propensão de se tornar dependente, dependência propriamente dita e a tentativa de retirada do tabaco (CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION, 2011; AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2013; BELSKY et al.,2013).

Tendo em vista que desde a década de 80 o tabagismo é considerado um problema de saúde pública, o Brasil vem criando programas de combate ao vício desde 1989. Foi o Ministério da Saúde (MS), por meio do Instituto Nacional de Câncer (Inca), quem criou o primeiro programa de redução do tabagismo, o qual é referência mundial, o Programa Nacional de Controle do Tabagismo e Outros Fatores de Risco de Câncer (PNCTOFR) (INCA, 2001). O PNCTOFR possui como objetivos diminuir a prevalência de fumantes, reduzir as mortes relacionadas ao fumo e propor a criação de ações preventivas (INCA, 2001; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002).

Segundo estudos da *World Health Organization* (WHO, 2008) foi constatado que o tabagismo é responsável por cerca de 5,4 milhões de óbitos/ano em todo o mundo (LOPEZ et al.,2006). Esses dados ainda demonstram que os tabagistas vivem menos que os não tabagistas e isso interfere na qualidade de vida dos fumantes. Apesar das campanhas ressaltarem os males do cigarro, 1,3 bilhões de pessoas são tabagistas (DOLL et al., 2004).

Em 2008, cinco milhões de pessoas morreram em decorrência ao fumo e o tabagismo é considerado pela *World Health Organization* como a principal causa evitável de morte no mundo. Dados estimam que ocorrerá oito milhões de óbitos relacionados ao tabagismo até 2030 nos países desenvolvidos (WHO, 2008).

Em 2008, o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) realizou um estudo que avaliou o tabagismo na população brasileira e, dentre os resultados, a prevalência de fumantes no Brasil é muito alta, chegando em 17,2% de fumantes na população acima de 15 anos nos grandes centros (Tabela 1) (IBGE,2008).

Tabela 1- Percentual de pessoas de 15 anos ou mais de idade, por Grandes Regiões, segundo a condição de uso de tabaco fumado/2008.

Sexo e condição de uso de tabaco fumado	Percentual das pessoas de 15 anos ou mais de idade (%)					
	Brasil	Grandes Regiões				
		Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro-Oeste
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Fumante corrente	17,2	16,8	17,2	16,7	19,0	16,6
Fumante diário	15,1	13,4	14,5	15,0	17,3	14,8
Fumante ocasional	2,1	3,4	2,7	1,7	1,8	1,8
Fumante ocasional, antes diário	0,9	1,5	1,0	0,8	0,7	0,8
Fumante ocasional, nunca diário	1,2	1,9	1,7	0,9	1,1	1,0
Não fumante	82,8	83,2	82,8	83,3	81,0	83,4
Ex-fumante diário	14,1	12,3	14,0	13,9	15,2	15,2
Nunca fumante diário	68,7	70,9	68,8	69,4	65,7	68,2
Ex-fumante ocasional	4,1	6,2	4,2	3,7	3,8	4,6
Nunca fumante	64,7	64,8	64,6	65,8	61,9	63,6

Fonte: IBGE, 2008.

Outro dado importante foi quanto às tentativas de cessação do tabagismo, sendo que 45,6% dos fumantes realizaram uma tentativa de parar de fumar (IBGE, 2008). Sendo assim, este trabalho surge de minha inquietação enquanto profissional atuante na saúde pública e em contato diário com este quadro alarmante. Teve como foco realizar uma investigação sobre a eficácia dos denominados Grupos Operativos enquanto estratégia no combate ao tabagismo na Estratégia Saúde da Família (ESF), localizado no município de Santa Vitória, Minas Gerais.

O município possui 18.138 habitantes (IBGE, 2010). Não se obteve dados oficiais sobre o número de tabagistas no município de Santa Vitória, nem na população adscrita do ESF Centro desta cidade.

A população adscrita do ESF Centro de Santa Vitória é de 3.761 habitantes e esta unidade é composta por uma equipe de saúde da família integrada por um médico, uma enfermeira, duas técnicas de enfermagem, sete agentes comunitárias de saúde, dois cirurgiões dentistas, duas técnicas em saúde bucal e uma assistente social e ainda conta com apoio dos profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), uma psicóloga, uma nutricionista e uma assistente social.

O ESF tem o objetivo de fortalecer os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), com uma proposta de replanejamento dos serviços de atenção básica com serviços de promoção da saúde, de prevenção de agravos, de recuperação e de resolutividade na assistência com qualidade (COSTA et al., 2009).

No ESF centro de Santa Vitória, diversos problemas são enfrentados diariamente com a comunidade. Dentre eles podemos citar a falta de insumos e /ou equipamentos para um melhor atendimento à população, a falta de tempo e a dificuldade para o deslocamento da unidade até a área de abrangência mais afastada, a falta de capacitação para a equipe nas áreas de Saúde Mental, doenças dermatológicas e falta de custeio de campanhas e/ou atividades desenvolvidas pelos profissionais, sendo necessário sempre recorrer a patrocínios dos comerciantes locais.

Apesar dos grandes desafios que a Unidade enfrenta foi possível alcançar diversos objetivos, como, por exemplo, os grupos de diabetes e hipertensão, idosos e gestantes. Esses grupos encontram-se sempre em atividade na ESF Centro e cada dia mais há novos integrantes, sendo nítidos os bons resultados proporcionados pelos mesmos. De maneira geral, o atendimento voltado para o tratamento de doenças tem diminuindo e hoje a ESF consegue trabalhar, quase na sua totalidade, com a prevenção de doenças e agravos e isso se deve principalmente ao comprometimento e companheirismo de toda equipe da ESF Centro.

Um dos programas inseridos na ESF é o PNCTOFR. As iniciativas do PNCTOFR foram de fundamental importância para a execução deste trabalho. Sobre tal programa pode-se ainda acrescentar que além das ações no âmbito da saúde ele vem estabelecer a regulamentação da venda de cigarros. Silva et al. (2014) propuseram um resumo das ações de regulamentação do mercado proposto pelo PNCTOFR (Quadro 1).

Quadro 1- As principais ações do PNCTOFR quanto à regulamentação do mercado.

Áreas	Ações
Fiscalização	A regulamentação, o controle e a fiscalização de todos os produtos derivados do tabaco por meio da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA);
Restrição à disponibilidade	Proibição da venda de derivados de tabaco a menores de 18 anos; Alta carga de impostos sobre a comercialização de produtos derivados do tabaco;
Controle da Promoção e Comercialização	Veto à propaganda comercial, inclusive Internet, bem como à distribuição de qualquer tipo de amostra ou brinde e sua comercialização em estabelecimentos de ensino e saúde; Restrição da exposição dos produtos no interior dos pontos de venda, desde que acompanhada com mensagem de advertência; Interdição da associação do produto à prática de atividades esportivas e também a sugestão de seu consumo em locais ou situações perigosas, abusivas ou ilegais; Proibição do patrocínio de atividades culturais e esportivas internacionais; Inserção de advertências sanitárias acompanhadas de fotos nos maços de cigarros, acompanhadas do número do Disque Saúde - Pare de Fumar; Proibição do uso de descritores como <i>light</i> e suave nas embalagens; Proibição da comercialização de produtos alimentícios que simulem os derivados do tabaco, bem como as suas embalagens;
Outras	Suspensão do financiamento à cultura do fumo em regime de parceria ou integração com a indústria do tabaco por meio do crédito público do Programa de Fortalecimento da Agricultura Familiar (PRONAF).

Fonte: SILVA, et al., 2014.

Essas ações já tiveram sua eficácia avaliada. O Instituto Datafolha em 2002 realizou uma pesquisa para avaliar o que a população achava das advertências inseridas na embalagem do cigarro, sendo que 76% concordaram com as advertências, 54% dos tabagistas afirmaram compreender melhor os riscos que o fumo traz à saúde e 67% relataram ter sentido vontade de parar de fumar (INSTITUTO DATAFOLHA, 2002).

Isso demonstra que todas as ações propostas pelo PNCTOFR têm trazido benefícios à população brasileira, visto que esses dados confirmam uma crescente conscientização sobre os riscos do cigarro. Assim, fica evidente que a regulamentação da venda, aumento do tributo sobre o cigarro e ações em saúde tem contribuído para o cessamento do tabagismo.

Dentre as ações voltadas diretamente à saúde, há as intervenções de educação em saúde e dentre elas pode-se citar a criação do Dia Nacional de Combate ao Fumo (29 de agosto) o qual foi homologado em 1986 pela Lei Federal nº. 7.488, que tem como objetivo reforçar as ações nacionais de incentivo ao cessamento do tabagismo e também de alertar a população sobre os riscos do

mesmo. Neste contexto emerge o ESF como instrumento de execução dessa proposta, tornando-se o elo entre os fumantes e as ações do PNCTOFR.

Devido à crescente demanda de tabagistas com o interesse de cessamento do fumo na ESF Centro e o incentivo do MS para a diminuição do tabagismo, o plano de intervenção proposto visa atingir essa população.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Criar e executar uma proposta de intervenção para favorecer a cessação do tabagismo na população adstrita à Estratégia Saúde da Família Centro, situado no município de Santa Vitória.

2.2 OBJETIVO ESPECÍFICO

Avaliar a relevância e os benefícios do Grupo Operativo para fumantes como aliado da Estratégia Saúde da Família.

3 JUSTIFICATIVA

A equipe multiprofissional que atua na saúde pública é responsável pelo cuidado do paciente, tendo como tarefa promover ações para que este seja capaz de gerir sua própria saúde, promovendo e estimulando o autocuidado. Neste contexto, as atividades educativas e os grupos são dois grandes aliados da equipe da ESF.

Entende-se o fumante como um sujeito cujo autocuidado encontra-se prejudicado, já que permanece fumando mesmo consciente dos males causados pelas inúmeras substâncias tóxicas contidas no cigarro. Mesmo assim, durante minha atuação no ESF Centro constatei uma alta prevalência de fumantes na área e verifiquei que muitos manifestavam interesse em parar de fumar ou já haviam tentado sem obter sucesso, demonstrando o fator psicológico contido no tabagismo.

Desta forma, tendo em vista a gravidade do tabagismo como um problema de saúde pública e conhecendo o Programa Nacional de Controle do Tabagismo e Outros Fatores de Risco de Câncer, surgiu a ideia de se criar um Grupo Operativo de fumantes para tentar diminuir a sua prevalência na região, melhorar a qualidade de vida dos fumantes passivos (os que convivem com os fumantes sem o serem) e também dos ex- tabagistas, os quais também seriam abarcados nos grupos.

4 OS GRUPOS OPERATIVOS NO COMBATE AO TABAGISMO

Muitos estudos atestam a eficácia dos Grupos Operativos na área da saúde. Como exemplo, pode-se citar os trabalhos de Ciampone e Peduzzi (2000) que avaliaram a importância da utilização dos Grupos Operativos na ESF e o de Santos et al. (2007) o qual teve como objetivo avaliar a eficácia do Grupo Operativo no atendimento ao paciente diabético. A criação de grupos como instrumento da atenção coletiva à população tem aumentado progressivamente, o qual pode ser evidenciado pela participação de muitos pacientes em vários grupos nas unidades de ESF de Santa Vitória. Como exemplo, pode-se citar os grupos de gestantes, de hipertensão e de diabetes, ambos com boa participação da população. De maneira geral, esses grupos têm como objetivo orientação sobre uma doença ou uma condição. Essa modalidade traz benefícios evidentes, como: maior otimização do trabalho com a diminuição das consultas individuais, participação ativa do paciente no processo de educação em saúde e a criação de elo entre a equipe e o paciente (LUCCHESI et al.,2013).

A metodologia do Grupo Operativo (GO) foi idealizada e criada por Enrique Pichon-Rivière, um estudioso da área da saúde mental e interessado nos fenômenos do campo grupal, psiquiatra e psicanalista suíço, na década de 40, que de forma concisa, entendia o grupo como uma rede de relações cuja base é o vínculo entre os seus componentes (SOARES; FERRAZ, 2007). Após sua criação e ampla utilização, na década de 70, os Grupos Operativos ganharam a atenção do setor da saúde por apresentarem alto potencial de aplicabilidade.

O Grupo Operativo consiste, segundo o seu criador, em um grupo de pessoas reunidas com um objetivo em comum em torno de uma tarefa. Segundo Bastos (2010), ao se criar um grupo e se propor uma tarefa, essa tarefa torna-se grupal e assim, todos passam a possuir o mesmo objetivo de superá-la e resolvê-la, enfrentando-a juntos e tentando vencer os medos e os anseios envolvidos na mesma.

Tendo em vista seu potencial de aplicabilidade e de eficácia, tais grupos são muito usados na Saúde Pública para condução dos atendimentos a pessoas que procuram ajuda para abandonar o tabagismo. Os mesmos podem apresentar um caráter assistencial e boa eficiência terapêutica ao promoverem um tipo de escuta reflexiva, elaboração de conflitos subjetivos e superação de possíveis ideias

estereotipadas (LUCCHESE et al.,2013). Sendo assim, os GO's emergem no contexto da saúde pública como um ótimo instrumento do PNCTOFR.

A técnica dos Grupos Operativos entende o trabalho grupal como um jogo de inter-relações, do qual ninguém é melhor ou pior que o outro; durante todo processo grupal, mesmo sem perceber, existem trocas entre os participantes em todos os níveis. Entende-se que trabalhar com Grupos Operativos não é tarefa fácil, pois os indivíduos inseridos nesse contexto têm necessidades individuais diferentes e muitas vezes contraditórias e o coordenador deve estar atento para que todos os medos, as contradições e os temores individuais sejam ditos e discutidos. Entretanto, o Grupo Operativo permite uma troca do saber entre todos e para cada um e evita o fortalecimento de certos comportamentos que em outras circunstâncias impediriam a realização da tarefa e que os integrantes crescessem enquanto sujeitos (CARNIEL, 2008).

Para um melhor entendimento da técnica elaborada por Pichon-Rivière faz-se necessário compreender o esquema conceitual, referencial e operativo (ECRO), pelo autor definido "como um conjunto organizado de conceitos gerais e teóricos, referentes a um setor real, a um determinado universo de discurso, que permite uma aproximação instrumental do objeto particular" (PICHON-RIVIÈRE, 1986); de maneira mais clara pode-se definir o ECRO como um conjunto de experiências, conhecimentos e afetos com os quais o sujeito pode pensar/sentir/agir no grupo (PICHON-RIVIÈRE, 1986).

Utilizando-se o ECRO há um maior entendimento da realidade a que se propõe a compreender. Segundo o ECRO, existem níveis de articulação no grupo em relação à participação de cada pessoa: o nível da verticalidade (vida pessoal de cada integrante) e o da horizontalidade (história grupal que surge com base na existência do grupo até o momento presente). Estes níveis representam as histórias do participante e do grupo que se unem e somam-se ao papel a ser desempenhado por cada participante (BASTOS, 2010).

Há algumas características peculiares aos Grupos Operativos relativas à sua técnica, as quais pode-se citar:

- 1) O grupo está sempre centrado na tarefa. A mobilização dos participantes do grupo é em direção ao objetivo grupal mediante as discussões e definições do porque e para quê se reúnem e interagem;

- 2) Há a criação de papéis dentro do grupo, tais como: Porta-voz, bode expiatório, líder e sabotador. Estes papéis são sempre rotativos;
- 3) Os profissionais condutores do grupo são os Coordenadores e Observadores: estes apontam as dificuldades que impedem o grupo de enfrentar a tarefa e tem o papel de ajudar os membros a pensarem e superarem os medos envolvidos na tarefa;
- 4) Há uma escala de avaliação do processo grupal, o Cone invertido, que permite analisar a relação entre conteúdos explícitos e implícitos do grupo no decorrer da sua execução, cuja explicação se segue (Figura 1):

Figura 1- Desenho esquemático do Cone invertido elaborado por Pichon-Rivière.



Fonte: LUCCHESI; BARROS, 2002.

O cone invertido baseia-se em seis vetores:

Pertença/ Afiliação – diz respeito a sensação única e individual de fazer parte do grupo, ser importante para a realização da tarefa e pode ser medida pela presença constante, respeito aos compromissos assumidos e efetiva participação nas atividades.

Cooperação – baseia-se na troca de informação entre os participantes do grupo, isto é, aquilo que os membros trazem de si para o grupo, contribuindo para a tarefa grupal.

Pertinência – diz respeito à percepção dos integrantes quanto a proposta das tarefas, isto é, aos objetivos delineados no projeto.

Comunicação – Constitui basicamente no intercâmbio de informações entre membros do grupo. Para não haver obstáculos no entendimento das

mensagens de cada um é importante que não aconteça a “formação de ruídos” nessa comunicação, ou seja, algo que cause interferência na transmissão de uma mensagem e prejudique a compreensão de uma ideia compartilhada, o que causaria dificuldades para enfrentar a tarefa.

Aprendizagem – Apenas se torna possível a partir de uma comunicação bem realizada. O grupo se conscientiza da natureza real da tarefa e se torna capaz de gerar um projeto de execução, criando abordagens táticas, técnicas e logísticas para realizar e aperfeiçoar a tarefa. O vínculo que o grupo estabelece com a aprendizagem está relacionando com o afastar ou aproximar o sujeito da aprendizagem.

Tele – Diz respeito a empatia entre os participantes do grupo, que pode ser positiva ou negativa. É o clima que se desenvolve no grupo causando sentimento de atração ou rejeição diante das tarefas (LUCCHESI; BARROS, 2002, p.68).

A partir da análise destes vetores pode-se chegar a uma avaliação da tarefa que o grupo realiza.

A utilização do desenho do cone invertido para avaliação deve-se a sua estrutura, visto que em sua parte superior estariam os conteúdos manifestos e em sua parte inferior, as fantasias latentes do grupo; assim o movimento de espiral tornaria explícito (aprendizagem, diagnóstico ou tratamento) o que é implícito (o modo como cada integrante vivencia o grupo) e atuaria diante dos medos básicos permitindo enfrentar o temor à mudança. O conteúdo latente seria a possibilidade de mudança e o manifesto a resistência à mudança. Assim, quanto mais distante da borda do cone, mais próximo se está de uma possível mudança, pois implica que os conteúdos latentes estão sendo trabalhados no e pelo grupo. Na verdade, no cone o que aparece são os vetores (seis vetores) que são avaliados. Do lado esquerdo têm-se os vetores cumulativos e do lado direito os vetores qualitativos (PORTARRIEU; TUBERT-OKLANDER, 1989).

Assim, pode-se concluir que o Grupo Operativo tem um papel terapêutico, contudo nem todo grupo terapêutico pode denominar-se de Grupo Operativo, visto que para isso ele deve seguir todos os princípios básicos estipulado por Enrique Pichon-Rivière.

5 METODOLOGIA

Este estudo foi dividido em duas etapas. Primeiramente, utilizou-se como referencial a pesquisa bibliográfica como uso dos descritores: Abandono do Uso de Tabaco, Tabagismo, Grupo Operativo e Saúde Pública. Foram utilizados dois critérios para refinar os resultados: a abrangência temporal dos estudos definida entre os anos de 2000 à 2014, e o idioma, somente textos completos em português e inglês. Essa busca foi feita no site da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) que abrange as bases de dados da Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde, *Scientific Electronic Library Online*, Índice Bibliográfico Espanhol de Ciências da Saúde e *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* e no site *National Center for Biotechnology Information*.

A busca foi realizada por meio dos descritores encontrados nos títulos e nos resumos dos artigos. A seleção dos artigos foi feita em conformidade com o assunto proposto, sendo descartados os estudos que, apesar de constarem no resultado da busca, não apresentaram resultados relacionados com o tema proposto.

Na segunda etapa do plano de intervenção, utilizou-se o método de pesquisa Planejamento Estratégico Situacional de Saúde (PES). Para Artmann (1993), trata-se de um “método de planejamento por problemas e trata, principalmente, dos problemas mal estruturados e complexos, para os quais não existe solução normativa” (ARTMANN, 1993, p. 20).

Segundo Toni (2004), o PES é um método que propõem uma adaptação constante em cada momento onde é aplicado. Essa metodologia apresenta as seguintes etapas:

Momento Explicativo (o qual substitui o antigo “diagnóstico”):

Momento em que é feita a Análise do Ator , ou seja o profissional responsável por coordenar a aplicação do PES, o qual planeja os limites e potencialidades do desenvolvimento do projeto, o ambiente interno - o planejamento da proposta e o externo - o local de execução do projeto]), a identificação e seleção de problemas, a montagem de Fluxos de explicação de problemas com as cadeias causais respectivas, seleção das causas fundamentais ou Nós Críticos como centros práticos de ação e a construção da Árvore de Resultados a partir de uma Situação-Objetivo a ser definida pelo grupo, ou seja um fluxograma com todos os problemas ali identificados e suas possíveis causas e resoluções.

Momento Operacional: Momento em que a equipe vai desenhar as ações ou projetos concretos sobre cada Nó Crítico – são as Operações do Plano, definindo-se para cada Operação necessária os recursos necessários, os produtos esperados, objetivando-se levantar os resultados previstos e construir cenários possíveis onde o plano será executado, com a análise da trajetória das operações em cada cenário para se tentar diminuir a vulnerabilidade do Plano. No caso do GO, o cenário foi a criação de um ambiente de cooperação entre os participantes.

Momento Estratégico: Momento de se analisar os Atores Sociais envolvidos no Plano, seus interesses e motivações em cada uma das Operações previstas e cenários imaginados, de se definir a melhor estratégia possível para cada trajetória traçada, de se estabelecer um programa direcional para o plano e de se construir uma viabilidade estratégica para se atingir a Situação-Objetivo.

Momento Tático-Operacional (sistema de gestão): Momento de se realizar um debate sobre as formas organizativas, a cultura organizacional e o *modus operandi* da organização de modo a garantir a execução do plano. Neste momento devem ser encaminhados os seguintes temas: o funcionamento da agenda da direção, o sistema de prestação de contas, a participação dos envolvidos, o gerenciamento do cotidiano, a sala de situações e uma análise sistemática da conjuntura (TONI, 2004, p.31).

Durante todo o processo de criação e de execução do trabalho foram realizadas as etapas do PES. No momento explicativo realizou-se a identificação, selecionando (priorizando e escolhendo), descrevendo e explicando os problemas encontrados na população da ESF Centro. Dentre estes problemas pode-se citar o alto índice de diabéticos, hipertensos, adolescentes grávidas, usuários de drogas e álcool, tendo sido escolhido o alto índice de fumantes.

No momento operacional foram estabelecidos os objetivos da intervenção. Decidiu-se pelo GO para o cessamento do tabagismo, visto que essa metodologia tem apresentado bons resultados, pois o estabelecimento da tarefa pelo GO estimula os participantes a não desistirem.

No momento estratégico foi avaliada a viabilidade da criação e execução do Grupo Operativo, levando em conta os recursos necessários para tal. Percebeu-se que a proposta era viável, pois não demandava grande recursos. Para execução do grupo foi necessária uma sala de reuniões e a re-organização da agenda dos profissionais envolvidos na proposta.

No momento tático-operacional foi criado e executado o Grupo Operativo objetivando estimular o abandono do fumo, tendo sido este momento avaliado durante todo processo.

Durante o plano de intervenção realizou-se a Avaliação de Dependência à Nicotina para se definir a melhor terapia medicamentosa para cada paciente e reuniões semanais com a enfermeira coordenadora do Grupo Operativo. No decorrer do tratamento medicamentoso, alguns pacientes relataram que a Bupropiona provocou aumento da vontade de fumar e da pressão arterial. Nesses casos, foi avaliado se o uso do medicamento trazia risco a saúde do paciente e caso contrário, conversava-se com o paciente para lhe explicar que tal sensação decorria da ansiedade gerada pela dependência à nicotina e insistíamos no tratamento; caso trouxesse riscos ao paciente o tratamento era interrompido e iniciado outro mais indicado. Já os pacientes que utilizaram o adesivo relataram vermelhidão e prurido no local de aplicação do mesmo e nesses casos eram orientados a mudar o local de aplicação do adesivo; caso persistisse o sintoma, o uso era interrompido e iniciávamos outro mais indicado.

6 DESENVOLVIMENTO

6.1 PLANO DE INTERVENÇÃO

O Plano de Intervenção teve como partida a busca de pessoas da área adstrita ao ESF Centro que tinham interesse em parar de fumar. Para tanto, as agentes comunitárias de saúde da ESF tiveram papel fundamental, pois o levantamento foi realizado por elas. Com a lista em mãos, o segundo passo dado foi o de realizar uma triagem dessas pessoas, tendo sido marcado um horário de atendimento com a enfermeira e o médico na qual eles realizariam anamnese, levantamento do histórico da saúde, familiar e de tabagismo.

Todos foram convidados para participar do dia do combate ao tabagismo realizado no dia 26 de agosto. No período matutino tivemos 48 participantes e 42 no período vespertino. Após as palestras, todos passaram por uma entrevista e responderam o questionário de dependência à nicotina de Fagerström (Figura 2) (PIETROBON, et al., 2007).

Figura 2- Questionário de dependência à nicotina de Fagerström.

Questionário de Tolerância de Fagerström	
Quanto tempo depois de acordar você fuma o primeiro cigarro?	0- após 60 minutos 1- 31-60 minutos 2- 6-10 minutos 3- nos primeiros 5 minutos
Você tem dificuldade de ficar sem fumar em locais proibidos?	0- não 1- sim
Que cigarro é mais difícil de evitar?	0- qualquer um 1- o primeiro da manhã
Quantos cigarros você fuma por dia?	0- 10 ou menos 1- 11 a 20 2- 21 a 30 3- 31 ou mais
Você fuma mais nas primeiras horas do dia?	0- não 1- sim
Você fuma mesmo quando está doente a ponto de ficar acamado?	0- não 1- sim

Leve: 0-4
Médio: 5-7
Alto: 8-10

Fonte: PIETROBON, et al., 2007

Baseado no grau de dependência à nicotina, risco e comorbidades associados foram selecionados os 15 primeiros pacientes a participarem do Plano de Intervenção, que teve a duração de três meses.

A seguir relato as etapas subsequentes à realização do início do Plano de Intervenção, ou seja, após a seleção dos pacientes:

1. A psicóloga do NASF realizou a terapia cognitivo-comportamental durante um mês com os pacientes;
2. A enfermeira da unidade coordenou o Grupo Operativo durante três meses.
3. Após as sessões de terapia e participação no Grupo Operativo, os pacientes que não conseguiram realizar a tarefa de parar de fumar passaram por uma consulta médica e através do resultado do teste de dependência à nicotina foi avaliada a indicação da terapia medicamentosa mais adequada (pastilhas, adesivos de nicotina, os quais consistem na reposição de nicotina para

diminuir as crises de abstinência) ou cloridrato de bupropiona, um antidepressivo que atua amenizando os sintomas da abstinência do tabaco.

4. Todos pacientes passaram por duas consultas médicas durante cada mês da intervenção, totalizando seis consultas.

7 DISCUSSÃO

Com o desenvolvimento do trabalho, evidenciamos que a escolha do Grupo Operativo como estratégia à interrupção do tabagismo foi terapêutica e eficaz. A criação e o fortalecimento de elo entre os participantes foi essencial, pois um membro servia de suporte e exemplo para o outro. O grupo de pessoas ali inseridas apresentaram os mesmos temores e medos e ao verbalizar experiências e as dificuldades cotidianas do processo de cessamento do tabagismo puderam reconhecer a si próprio e suas próprias limitações.

Contudo, existiu resistência a mudança durante toda a execução do grupo, visto que cada paciente tem uma história de conflitos e o grupo “força” o participante a enfrentar tais conflitos internos, com o objetivo de reorganizar os sentimentos de todos os envolvidos na tarefa.

As discussões do grupo estimulam o participante a não desistir da tarefa, o grupo o incentiva a transformar as dificuldades e os obstáculos encontrados por meios da superação, pois o sucesso de um participante torna-se sucesso do grupo e assim o grupo reescreve uma nova história. Segundo Jesus (2001) e Codo (2000), a cooperação entre os pacientes para resolverem a tarefa grupal e a criação do vínculo afetivo são consideradas uma forma de lidar com o mal-estar relacionado à mudança de hábitos.

Muitas são as dificuldades ao parar de fumar, a crise de abstinência, as recaídas, o aumento de peso e o medo de julgamento. Os participantes do Grupo Operativo tiveram oportunidade de debater em grupo as experiências vividas no processo de interrupção do tabagismo, o que possibilitou a eles uma visão crítica da sua vida, bem como uma visão grupal mais ativa desta realidade e eles ainda contaram com a participação de um profissional de saúde para sanar as dúvidas levantadas durante as reuniões.

As reuniões semanais do Grupo Operativo ajudaram os pacientes nesse momento difícil, visto que um dos objetivos do Grupo Operativo era o de reduzir os medos e de fortalecer os integrantes, proporcionando-lhes a possibilidade de contato com uma nova maneira de ver a realidade e os males do cigarro.

Durante as reuniões surgiram várias discussões de diferentes temas, mas os mais recorrentes foram o medo de recaídas e as dificuldades em adesão ao programa. Ao final de cada encontro, era definido a data e o horário do próximo

encontro e o que seria discutido. Outro ponto positivo foi a criação de elo entre os participantes fora do grupo, pois percebemos que alguns participantes tornaram-se amigos, realizavam atividades de lazer juntos e sempre mostravam-se abertos para relações fora do grupo, havendo também a interação entre famílias. Nos grupos era nítida a cooperação entre os participantes, pois quando alguém falava de uma situação complicada ou desconfortável, outro participante contava como enfrentou tais situações.

O coordenador do grupo tinha como função apenas manter o foco na tarefa estabelecida pelo grupo e não foi utilizado o observador.

A proposta realização de Grupos Operativos com pacientes tabagistas com a intenção de parar o vício dentro da ESF inclui a consciência crítica por parte da equipe, visto que deve ser compreendida a necessidade de valorização do limite de cada paciente. Além disso, ao se entender que a Saúde também é um processo de relações, os possíveis benefícios produzidos pelos grupos operativos contemplam não apenas os pacientes, mas transcendem os limites do grupo, pois o aprendizado que ocorreu no grupo, os participantes irão compartilhar com membros da família e da sociedade.

Muitos pacientes, apesar de terem alto grau de dependência à nicotina conseguiram abandonar o vício apenas com a participação no grupo e as terapias, enquanto que outros não o conseguiram. Isso demonstra que a utilização dos Grupos Operativos como estratégia ao cessamento do tabagismo é eficiente ao se associar as terapias cognitivo-comportamental e medicamentosa quando necessária, tornando-se um grande aliado da Estratégia de Saúde da Família.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A execução do Plano de Intervenção com a inserção do Grupo Operativo como estratégia para pacientes que desejam cessar com o tabagismo mostrou ser eficiente, visto que em grupo, cada membro pôde entender os medos e as ansiedades pelos quais o outro está passando e refletir e discutir sobre os próprios. Essa troca de experiências com pessoas que buscam um mesmo objetivo cria um círculo de incentivo, gerando um aumento de confiança em si mesmo e no grupo.

O cigarro gera, além da dependência física, uma dependência psicológica, tornando-se um grande aliado do fumante como um suporte diante de sentimentos e situações desagradáveis e ansiógenas, dando-lhe a sensação ilusória de bem-estar e alívio. Assim, a participação no Grupo Operativo onde o sujeito tem a possibilidade de falar sobre tais sentimentos e compartilhá-los é um ótimo aliado para se trabalhar conjuntamente as fantasias contidas nestes temores. Muitos fumantes quando pensam em parar de fumar sentem-se muito tristes, pois acreditam estarem se despedindo de um amigo, visto o cigarro ser muito utilizado no enfrentamento da solidão com todos os sentimentos e dificuldades inerentes a este estado afetivo. Os fumantes ainda acreditam que só são capazes de realizar certas atividades com auxílio do cigarro. Desta forma, o Grupo Operativo objetiva fortalecer o indivíduo até o ponto em que se sinta capaz de realizar algumas atividades sem o cigarro e consiga parar.

Portanto, percebeu-se que a equipe do ESF pode e deve fazer uso do Grupo Operativo como uma estratégia viável no combate ao tabagismo, pois o grupo aqui citado obteve excelente resultado. Conclui-se que se a equipe estiver unida e adquirir a consciência dos benefícios que os GO's trazem aos usuários dos serviços de saúde, certamente tenderá a melhorar a assistência prestada à comunidade.

Mesmo diante dos limites de tempo e espaço em que este trabalho se propôs, notou-se que a aplicabilidade dos Grupos Operativos de Pichon-Riviere exige dedicação e estudo e diante das dificuldades vividas na experiência, percebeu-se a importância de se dedicar mais aos conhecimentos técnico e metodológico sobre os mesmos, buscando, se possível formação especializada na área, disponível em vários centros acadêmicos do Brasil.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, L.P.; SILVA, S.O.; SILVA, M.M. Grupo de educação em saúde para homens: Um relato de experiência da enfermagem. *Revista de Enfermagem*. 2012, vol.8, n.8, pp. 227-234.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5. 5th edition. Washington, DC: Author, American Psychiatric Publishing, 2013.

ARTMANN, E. O Planejamento Estratégico Situacional: A Trilogia Matusiana e uma Proposta para o Nível Local de Saúde (Uma Abordagem Comunicativa). 1993. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz.

BASTOS, A.B.B.I. A técnica de grupos-operativos à luz de Pichon-Rivière e Henri Wallon. *Psicólogo in Formação*. 2010, vol.14, n.14, pp.160-169.

BELSKY, D.; MOFFITT, T.; BAKER, T.; BIDDLEM, A.; EVANS, J.; HARRINGTON, H.; HOUTS, R.; MEIER, M.; SUGDEN, K.; WILLIAMS, B.; POULTON, R.; CASPI, A. Polygenic risk and the developmental progression to heavy, persistent smoking and nicotine dependence. *JAMA Psychiatry*. 2013, vol.70, n.5, pp. 534–542.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Instituto Nacional de Câncer (Inca). Coordenação de Prevenção e Vigilância - CONPREV. Programa Nacional de Controle do Tabagismo e outros Fatores de Risco – Brasil. Rio de Janeiro: Inca; 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Portaria GM/MS/ N.º 1.575, de 29 de agosto de 2002. Consolida o Programa Nacional de Controle de Tabagismo, e dá outras providências. Diário Oficial da União, 2002.

CARNIEL, I.C. Possíveis intervenções e avaliações em grupos operativos. *Rev. SPAGESP* [online]. 2008, vol.9, n.2, pp. 33-38.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (CDC). Quitting smoking among adults:United States, 2001–2010. *Morb Mortal Wkly Rep*. 2011, vol. 60, n.44, pp.1513-1519.

CIAMPONE, M.H.T.; PEDUZZI, M. Trabalho em equipe e trabalho em grupo no programa de saúde da família. *Rev. bras. enferm*. 2000, vol.53, pp. 143-147.

CODO, W. Educação: carinho e trabalho. Burnout, a síndrome da desistência do educador, que pode levar à falência da educação. Petrópolis, RJ: Vozes, 2000.

COSTA, G.; COTTA, R.M.M.; FERREIRA, M.L.S.M.; REIS, J.R.; FRANCESCHINI, S.C.C. Saúde da família: desafios no processo de reorientação do modelo assistencial. *Rev Bras Enferm*. 2009, vol.62, n.1, pp.113-8.

INSTITUTO DATAFOLHA. Opinião Pública. São Paulo: Datafolha, 21 abr. 2002. [página na Internet]. [acessado em janeiro]. Disponível em: http://datafolha.folha.uol.com.br/po/ver_po.php?session=625

DOLL, R.; PETO, R.; BOREHAN, J.; SUTHERLAND, I. Mortality in relation to smoking: 50 years' observations on male british doctors. *Br J Cancer*, 2004, vol.92, n.3, pp. 426-429.

EZZATI, M.; LOPEZ, A.D. Estimates of global mortality attributable to smoking. *Lancet*. 2003, n.362, pp. 847–852.

GAYOTTO, M.L.C. Liderança II: aprenda a coordenar grupos. Rio de Janeiro (RJ): Vozes; 2003.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Censo demográfico: Santa Vitória/ MG. 2010.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Pesquisa Nacional por amostra de domicílios: Tabagismo 2008. Rio de Janeiro, 2008.

JESUS, S.N. Perspectivas para o bem-estar docente: uma lição de síntese. Cadernos do Centro de Recursos de Informação e Apoio Pedagógico (v. 29). Lisboa: Edições ASA, 2001.

LOPEZ, A.D.; MATHERS, C.D.; EZZATI, M.; JAMISON, D.T.; MURRAY, C. Global and regional burden of disease and risk factors, 2001: systematic analysis of population health data. *Lancet*. 2006, n.367, pp. 1747–1757,

LUCCHESE, R.; VARGAS, L.S.; TEODORO, W.R.; SANTANA, L. K. B.; SANTANA, F.R. A tecnologia de grupo operativo aplicada num programa de controle do tabagismo. *Texto Contexto Enferm*, Florianópolis. 2013, vol. 22, n. 4, pp. 918-926.

LUCCHESE, R.; BARROS, S. Grupo operativo como estratégia pedagógica em um curso graduação em enfermagem: um continente para as vivências dos alunos quartanistas. *Rev. esc. enferm. USP* [online]. 2002, vol.36, n.1, pp. 66-74.

PIETROBON, R.C.; BARBISAN, J.N.; MANFROI, W.C. Utilização do teste de dependência à nicotina de Fagerström como um instrumento de medida do grau de dependência. *Rev HCPA*. 2007, vol. 27, n. 3, pp. 31-36.

PICHON-RIVIÈRE, H. O processo grupal. Trad. de Marco Aurélio Fernandes Velosso. 2ª ed. São Paulo: Martins Fontes; 1986.

PORTARRIEU, M.L.; TUBERT-OKLANDER, J. Grupos operativos. In: Osório LC, organizador. *Grupoterapia hoje*. Porto Alegre(RS): Artes Médicas; 1989.

ROSEMBOM J. A dialética dos processos grupais. Buenos Aires (AR): Primera Escuela Privada de Psicología Social; 1983.

SANTOS, M.A.; PÉRES, D.S.; ZANETTI, M.L.; OTERO, L.M. Grupo operativo como estratégia para a atenção integral ao diabético. *Rev. enferm.* 2007, vol.15, n.2, pp. 242-247.

SILVA, S.T.; MARTINS, M.C.; FARIA, F.R.; COTTA, R.M.M. Combate ao Tabagismo no Brasil: a importância estratégica das ações governamentais. *Ciênc. saúde coletiva.* 2014, vol.19, n.2, pp. 539-552.

SOARES, S.M.; FERRAZ, A.F. Grupos operativos de aprendizagem nos serviços de saúde: sistematização de fundamentos e metodologias. *Esc. Anna Nery* [online]. 2007, vol.11, n.1, pp. 52-57.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Report on the Global tobacco epidemic, 2008: The MPOWER package. Geneva: WHO; 2008.