

CADERNOS de ATENÇÃO BÁSICA

ESTRATÉGIAS PARA O CUIDADO DA
PESSOA COM DOENÇA CRÔNICA



35

MINISTÉRIO DA SAÚDE

ESTRATÉGIAS PARA O CUIDADO DA PESSOA COM DOENÇA CRÔNICA

Cadernos de Atenção Básica, nº 35



Brasília – DF
2014

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Atenção à Saúde
Departamento de Atenção Básica

ESTRATÉGIAS PARA O CUIDADO DA PESSOA COM DOENÇA CRÔNICA

Cadernos de Atenção Básica, nº 35



Brasília – DF
2014

© 2014 Ministério da Saúde.

Todos os direitos reservados. A coleção institucional do Ministério da Saúde pode ser acessada, na íntegra, na Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde: <www.saude.gov.br/bvs>. O conteúdo desta e de outras obras da Editora do Ministério da Saúde pode ser acessado na página: <www.saude.gov.br/editora>.



Esta obra é disponibilizada nos termos da Licença *Creative Commons* – Atribuição – Não Comercial – Sem Derivações 4.0 Internacional. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte.

Tiragem: 1ª edição – 2014 – 50.000 exemplares

Elaboração, distribuição e Informações:

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Atenção à Saúde
Departamento de Atenção Básica
SAF Sul, Edifício Premium, Quadra 2
Lotes 5/6, bloco II, subsolo
CEP: 70.070-600 – Brasília/DF
Tel.: (61) 3315-9031
Site: www.dab.saude.gov.br
E-mail: dab@saude.gov.br

Departamento de Atenção Especializada e Temática

SAF Sul, Quadra 2, lotes 5/6
Edifício Premium, bloco II, 1º andar, sala 103
CEP: 70.070-600, Brasília – DF
Telefone: (61) 3315-9052
E-mail: rede.cronicas@saude.gov.br
Site: www.saude.gov.br/doencascronicas

Editor geral:

Hêider Aurélio Pinto

Editor técnico:

Patrícia Sampaio Chueiri

Organização:

Danusa Santos Brandão
Mariana Carvalho Pinheiro

Autores:

Ana Rita Vieira de Novaes
Claunara Schilling Mendonça
Daniel Miele Amado
Eliane Pinto Vieira
Fernando Henrique Albuquerque Maia
Itemar Maia Bianchini
Iracema Benevides

Lena Azeredo de Lima
Margarita Silva Diercks
Mariana da Silva Bauer
Mary Anne Medeiros Bandeira
Paulo Roberto Sousa Rocha
Pablo de Lannoy Sturmer
Rosane Glasenapp
Sílvia Maristela Pasa Takeda
Tiago Pires de Campos
Thais Corrêa de Novaes

Coordenação editorial:

Marco Aurélio Santana da Silva

Diagramação:

Roosevelt Ribeiro Teixeira

Revisão:

Ana Paula Reis – DAB/SAS/MS
Eveline de Assis – CGDI/Editora MS
Khamila Silva – CGDI/Editora MS
Tatiane Souza – CGDI/Editora MS

Normalização:

Marjorie Fernandes Gonçalves – MS

Impresso no Brasil / Printed in Brazil

Ficha Catalográfica

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica.

Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2014.

162 p. : il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 35)

ISBN 978-85-334-2114-1

1. Atenção básica. 2. Atenção à Saúde. 3. Doença Crônica. I. Título.

CDU 614

Catálogo na fonte – Coordenação-Geral de Documentação e Informação – Editora MS – OS 2014/0117

Títulos para indexação:

Em inglês: *Strategies for the care of person with chronic disease*

Em espanhol: *Estrategias para el cuidado de la persona con enfermedad crónica*

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Os determinantes sociais do processo saúde/doença	27
Figura 2 – As diferentes formas de prevenção no modelo relacional.....	29
Figura 3 – Condições crônicas, estratificação da população segundo riscos e recomendações para cada estrato de risco.....	30
Figura 4 – Os diferentes estratos de risco e correspondentes exemplos de ações predominantemente recomendadas para doenças crônicas cardiovasculares.....	46
Figura 5 – A Escala Subjetiva de Percepção de Esforço (Borg – adaptada).....	82
Figura 6 – Diagrama: passo a passo metodológico do autocuidado	115
Figura 7 – Proposta para o processo de estabelecimento de metas.....	106
Figura 8 – Diagrama: o Método Clínico Centrado na Pessoa e seus componentes	130
Figura 9 – Pensamentos automáticos e disfuncionais.....	132
Figura 10 – Diagrama: Entrevista Motivacional.....	133
Figura 11 – Organização dos grupos de autocuidado para as condições crônicas.....	142

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Classificação dos graus de recomendação da Oxford Centre for Evidence-Based Medicine e tipos de estudo que levam em consideração.....	13
Tabela 2 – Classificação da qualidade de evidência proposto pelo Sistema GRADE	14
Tabela 3 – Exemplo de organização implantada.....	40
Tabela 4 – Classificação do Índice de Massa Corporal (IMC).....	69
Tabela 5 – Parâmetros para circunferência abdominal.....	69
Tabela 6 – Questionário de comportamento alimentar.....	128

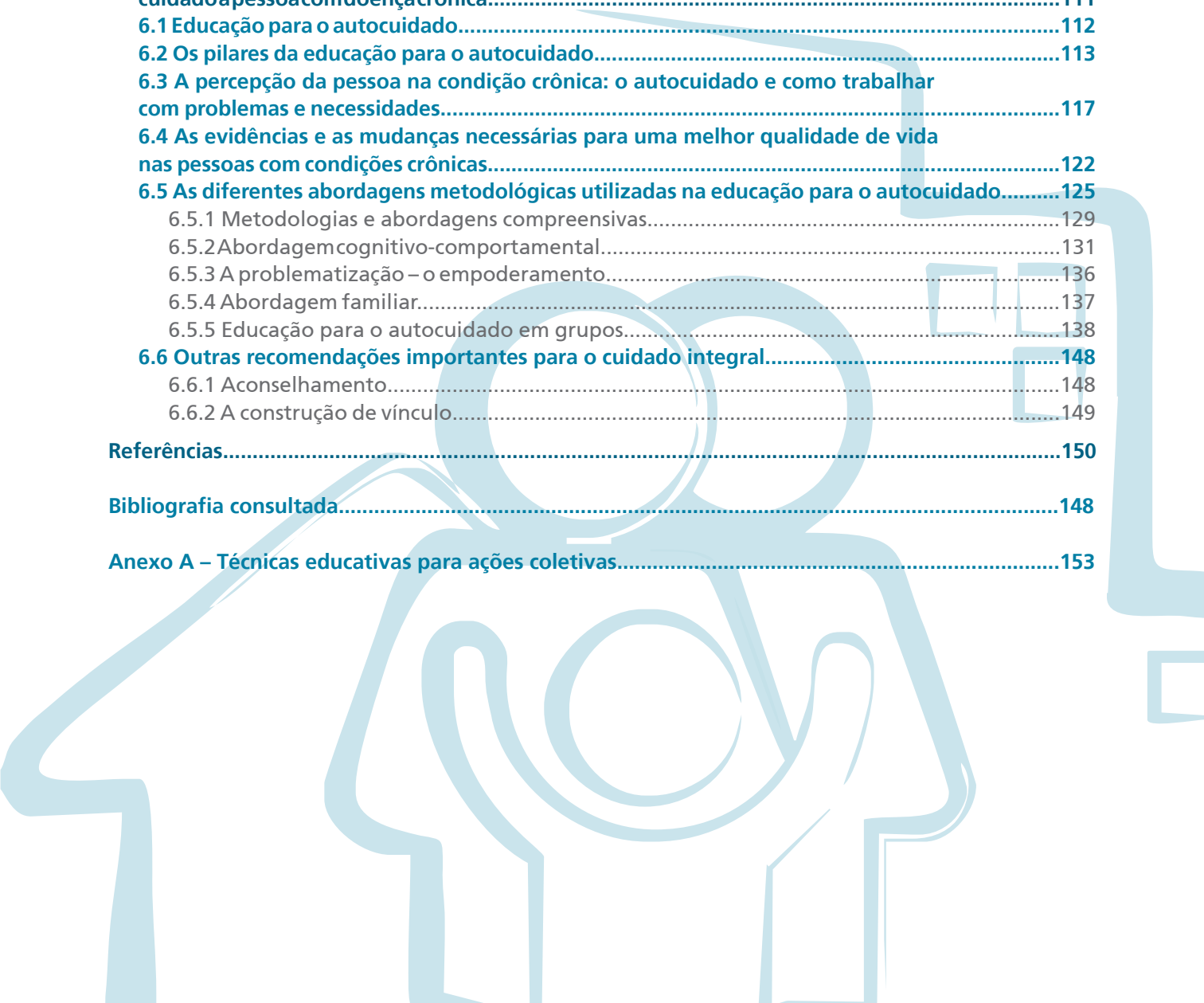
LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Atributos da Rede de Atenção à Saúde.....	22
Quadro 2 – Princípios e diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas.....	24
Quadro 3 – Componentes da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas	24
Quadro 4 – Indicadores do Vigitel que apresentaram variação temporal significativa no período. População adulta das capitais dos estados brasileiros e Distrito Federal (2006-2011).....	32
Quadro 5 – Prevalência de fatores de risco selecionados para doenças crônicas, segundo Vigitel – 2011.....	33
Quadro 6 – Os quatro tipos básicos de consultas/encontros entre pacientes e equipes de Saúde....	40
Quadro 7 – Graus de severidade das condições crônicas cardiovasculares e exemplos.....	43
Quadro 8 – Situações que ajudam a ilustrar circunstâncias em que a capacidade de autocuidado pode ser insuficiente.....	44
Quadro 9 – Grau de severidade da condição crônica e a capacidade para autocuidado, determinando o nível (ou estrato) de estratificação.....	45
Quadro 10 – Estratificação de risco da população em relação ao DM tipo 2.....	47
Quadro 11 – Gestão de caso.....	51
Quadro 12 – Dez passos para uma alimentação saudável.....	65
Quadro 13 – Quantidade média de fibra nos alimentos.....	73
Quadro 14 – Grupos de problemas e mudanças necessárias nas condições crônicas.....	116
Quadro 15 – Construção do plano conjunto de cuidado.....	117
Quadro 16 – Padrões necessários à educação para o autocuidado.....	123
Quadro 17 – Diário Alimentar.....	128
Quadro 18 – Resumo de estratégias para a mudança	135
Quadro 19 – Técnica dos “5 Rs”	136
Quadro 20 – Técnicas educativas que podem ser utilizadas para adultos de acordo com o objetivo a ser desenvolvido 1.....	144
Quadro 21 – Técnicas educativas que podem ser utilizadas para adultos de acordo com o objetivo a ser desenvolvido 2.....	145
Quadro 22 – Avaliação de processos e resultados, segundo padrões e metas da AADE	146

SUMÁRIO

Graus de recomendação e níveis de evidência.....	13
Apresentação.....	17
1 Atenção à saúde das pessoas com doenças crônicas no contexto das redes de atenção à saúde.....	21
Referências.....	25
2 Os determinantes da saúde e seu impacto na saúde da população brasileira.....	27
Referências.....	34
3 A organização dos serviços de atenção primária à saúde para responder às necessidades em saúde.....	37
3.1 Os princípios que orientam a reorganização dos processos de trabalho.....	37
3.2 As atividades a serem aperfeiçoadas e/ou implementadas.....	39
3.2.1 Programação da assistência conforme necessidades da população.....	39
3.2.2 Recepção e acolhimento.....	40
3.2.3 O uso de diretrizes clínicas baseadas em evidências.....	41
3.2.4 Estratificação segundo riscos.....	42
3.2.5 A gestão de caso.....	48
Referências.....	53
4 Promoção da saúde e prevenção de doenças: intervenções comuns às doenças crônicas.....	55
4.1 Tabagismo.....	55
4.1.1 O tabagismo e a doença cardiovascular.....	56
4.1.2. O tabagismo e o diabetes <i>mellitus</i>	57
4.1.3 O tabagismo e a hipertensão arterial sistêmica.....	58
4.1.4 Tabagismo passivo.....	59
4.1.5 Tratamento da dependência da nicotina.....	60
4.1.6 Tratamento medicamentoso.....	61
4.1.7 Recomendações.....	62
4.2 Uso abusivo do álcool.....	62
4.3 Alimentação saudável.....	63
4.3.1 O papel das equipes de Saúde na abordagem da alimentação saudável.....	64
4.3.2 Abordagem nutricional para adultos.....	68
4.3.3 Pessoa com doença crônica na consulta médica ou de enfermagem.....	68
4.3.4 Avaliação antropométrica e identificação do padrão alimentar.....	69
4.3.5 Orientação nutricional.....	71
4.3.6 Apoio do nutricionista ou de outro profissional da UBS e/ou do Nasf.....	76

4.4 Atividade física e práticas corporais.....	77
4.4.1 Atividade física, exercício físico, aptidão física e práticas corporais.....	78
Referências.....	87
5 Práticas integrativas e complementares no SUS: cuidado das pessoas com doenças crônicas.....	95
5.1 Medicina tradicional chinesa – MTC.....	96
5.2 Homeopatia.....	97
5.3 Fitoterapia e plantas medicinais.....	99
5.4 Medicina antroposófica.....	101
Referências.....	103
Bibliografia consultada.....	104
6 Abordagens para a mudança de comportamento e autocuidado apoiado no cuidado à pessoa com doença crônica.....	111
6.1 Educação para o autocuidado.....	112
6.2 Os pilares da educação para o autocuidado.....	113
6.3 A percepção da pessoa na condição crônica: o autocuidado e como trabalhar com problemas e necessidades.....	117
6.4 As evidências e as mudanças necessárias para uma melhor qualidade de vida nas pessoas com condições crônicas.....	122
6.5 As diferentes abordagens metodológicas utilizadas na educação para o autocuidado.....	125
6.5.1 Metodologias e abordagens compreensivas.....	129
6.5.2 Abordagem cognitivo-comportamental.....	131
6.5.3 A problematização – o empoderamento.....	136
6.5.4 Abordagem familiar.....	137
6.5.5 Educação para o autocuidado em grupos.....	138
6.6 Outras recomendações importantes para o cuidado integral.....	148
6.6.1 Aconselhamento.....	148
6.6.2 A construção de vínculo.....	149
Referências.....	150
Bibliografia consultada.....	148
Anexo A – Técnicas educativas para ações coletivas.....	153



Graus de recomendação e níveis de evidência

Um dos maiores desafios para os profissionais da Atenção Básica é manterem-se adequadamente atualizados, considerando a quantidade cada vez maior de informações disponíveis. A Saúde Baseada em Evidências, assim como a Medicina Baseada em Evidências, é uma ferramenta utilizada para instrumentalizar o profissional na tomada de decisão com base na epidemiologia clínica, na estatística e na metodologia científica.

Nesta coleção, utilizaremos os graus de recomendação propostos pela Oxford Centre for Evidence-Based Medicine e os níveis de evidência propostos pelo Sistema GRADE (Grades of Recommendation, Assessment, Development and Evaluation) como embasamento teórico.

Leia mais sobre Medicina Baseada em Evidências em: *Cadernos de Atenção Básica*, nº 29 – Rastreamento, disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_primaria_29_rastreamento.pdf

O grau de recomendação é um parâmetro, com base nas evidências científicas, aplicado a um parecer (recomendação), que é emitido por determinada instituição ou sociedade. Esse parecer leva em consideração o nível de evidência científica. Esses grupos buscam a imparcialidade na avaliação das tecnologias e condutas, por meio da revisão crítica e sistemática da literatura disponível (BRASIL, 2011). A Tabela 1 resume a classificação dos Graus de Recomendação propostos pela Oxford Centre for Evidence-Based Medicine.

Tabela 1 – Classificação dos graus de recomendação da Oxford Centre for Evidence-Based Medicine e tipos de estudo que levam em consideração

Grau de Recomendação	Nível de Evidência	Exemplos de Tipos de Estudo
A	Estudos consistentes de nível 1	Ensaios clínicos randomizados e revisão de ensaios clínicos randomizados consistentes.
B	Estudos consistentes de nível 2 ou 3 ou extrapolação de estudos de nível 1	Estudos de coorte, caso-controle e ecológicos e revisão sistemática de estudos de coorte ou caso-controle consistentes ou ensaios clínicos randomizados de menor qualidade.
C	Estudos de nível 4 ou extrapolação de estudos de nível 2 ou 3	Séries de casos, estudos de coorte e caso-controle de baixa qualidade.
D	Estudos de nível 5 ou estudos inconsistentes ou inconclusivos de qualquer nível	Opinião de especialistas desprovida de avaliação crítica ou baseada em matérias básicas (estudo fisiológico ou estudo com animais)

Fonte: (CENTRE FOR EVIDENCE – BASED MEDICINE, 2009).

O Sistema GRADE tem sido adotado por diversas organizações envolvidas na elaboração de diretrizes e revisões sistemáticas, por exemplo, a Organização Mundial da Saúde, American College of Physicians, American Thoracic Society, UpToDate e The Cochrane Collaboration (BRASIL, 2011). Este sistema oferece a vantagem de separar a avaliação da “qualidade da evidência” da avaliação da “força da recomendação”.

A qualidade da evidência diz respeito ao grau de confiança que se pode ter em determinada estimativa de efeito. Ou seja, se uma evidência é de alta qualidade, é improvável que novas pesquisas produzam mudanças substanciais na estimativa de efeito.

A força da recomendação reflete o grau de confiança no balanço entre os efeitos desejáveis e indesejáveis de um tratamento (ou outra ação em Saúde). Há quatro possibilidades:

- Recomendação forte a favor de uma ação;
- Recomendação fraca a favor de uma ação;
- Recomendação fraca contra uma ação;
- Recomendação forte contra uma ação.

A recomendação “contra” ou “a favor” depende do balanço de benefícios versus malefícios/inconvenientes. A recomendação “forte” ou “fraca” depende do grau de clareza/certeza em relação à superação dos benefícios sobre os malefícios, ou vice-versa.

A qualidade da evidência é um dos elementos que determinam a força da recomendação, mas não é o único. Há outros aspectos a considerar, como a importância relativa e o risco basal dos desfechos, a magnitude do risco relativo e os custos (BRASIL, 2011).

O Sistema GRADE classifica as evidências como “de alta”, “de moderada”, “de baixa” ou “de muito baixa qualidade”. Também considera o delineamento dos estudos para qualificar as evidências. Inicialmente, evidências provenientes de estudos randomizados são consideradas como “de alta qualidade”, de estudos observacionais como “de baixa qualidade” e de séries/relatos de casos como “de muito baixa qualidade”. A Tabela 2 resume os critérios avaliados na qualidade de evidência:

Tabela 2 – Classificação da qualidade de evidência proposta pelo Sistema GRADE

Qualidade da Evidência	Definição	Tipos de Estudo
A (alta)	Há forte confiança de que o verdadeiro efeito esteja próximo daquele estimado.	Ensaio clínico randomizado bem planejado e conduzido, pareado, com controle e análise de dados adequados e achados consistentes. Outros tipos de estudo podem ter alto nível de evidência, contanto que sejam delineados e conduzidos de forma adequada.
B (moderada)	Há confiança moderada no efeito estimado.	Ensaio clínico randomizado com problemas na condução, inconsistência de resultados, imprecisão na análise e vieses de publicação.

Continua

Conclusão

Qualidade da Evidência	Definição	Tipos de Estudo
C (baixa)	A confiança no efeito é limitada.	Estudos observacionais, de coorte e caso-controle, considerados altamente susceptíveis a vieses, ou ensaios clínicos com importantes limitações.
D (muito baixa)	A confiança na estimativa de efeito é muito limitada. Há importante grau de incerteza nos achados	Estudos observacionais não controlados e observações clínicas não sistematizadas, exemplo relato de casos e série de casos.

Fonte: (GUYATT et al., 2008a; GUYATT et al., 2008b).

As referências classificadas no Sistema GRADE utilizadas nesta coleção encontram-se disponíveis em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/doencas_cronicas.php>, materiais de apoio.

Para saber mais sobre o Oxford Centre for Evidence-Based Medicine e o Sistema GRADE, acesse: www.cebm.net e www.gradeworkinggroup.org

Referências

GUYATT, G. H. et al. GRADE: an emerging consensus on rating quality of evidence and strength of recommendations. **BMJ**, [S.l.], v. 336, [s.n.], p. 924-926, 2008a.

GUYATT, G. H. et al. What is "quality of evidence" and why is it important to clinicians? **BMJ**, [S.l.], v. 336, [s.n.], p. 995-998, 2008b.

Apresentação

Os serviços de Saúde, em sua organização, têm a finalidade de garantir acesso e qualidade às pessoas. A Atenção Básica (AB), em sua importante atribuição de ser a porta de entrada do sistema de Saúde, tem o papel de reconhecer o conjunto de necessidades em Saúde e organizar as respostas de forma adequada e oportuna, impactando positivamente nas condições de saúde.

Um grande desafio atual para as equipes de Atenção Básica é a Atenção em Saúde para as doenças crônicas. Estas condições são muito prevalentes, multifatoriais com coexistência de determinantes biológicos e socioculturais, e sua abordagem, para ser efetiva, necessariamente envolve as diversas categorias profissionais das equipes de Saúde e exige o protagonismo dos indivíduos, suas famílias e comunidade.

Nesse contexto, o Ministério da Saúde vem desenvolvendo diretrizes, metodologias e instrumentos de apoio às equipes de Saúde e realizando um esforço para que se organize a Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas. Esta rede visa qualificar o cuidado integral, unindo e ampliando as estratégias de promoção da saúde, de prevenção do desenvolvimento das doenças crônicas e suas complicações, e de tratamento e recuperação. Entre as várias iniciativas, estão sendo oferecidos aos profissionais de Saúde dois cursos de educação a distância, autoinstrucionais:

- **Doenças Crônicas nas Redes de Atenção à Saúde**, disponível na Comunidade de Práticas, no site: <<http://atencaobasica.org.br/>>. O curso está estruturado a partir de casos de usuários do SUS que percorrem o sistema, especialmente a Atenção Básica, em busca de cuidado. Os casos dos usuários são apresentados no formato de história em quadros e, após cada trecho da história, são oferecidos materiais específicos sobre os mais diferentes assuntos; e
- **Autocuidado: como Apoiar a Pessoa com Diabetes**, disponível na Comunidade de Práticas, no site: <<http://atencaobasica.org.br/>>. O curso está estruturado em cinco unidades e tem como objetivo instrumentalizar e sensibilizar o profissional de Saúde no processo de apoiar a pessoa com diabetes no autocuidado.

Outra ferramenta, desta vez voltada aos usuários, é o site de Apoio ao Autocuidado, com enfoque na pessoa com diabetes mellitus e seus familiares, disponível na página <<http://autocuidado.saude.gov.br/>>. Nele são disponibilizadas informações acerca da doença e da influência dos hábitos de vida na sua evolução. O usuário pode esclarecer mitos, conhecer

mais sobre os alimentos e sobre atividade física, bem como ver depoimentos de outras pessoas que vivem com diabetes.

A compreensão de que os fatores de risco e proteção são, frequentemente, comuns às diversas doenças crônicas, de que comumente estão associados e de que as recomendações de tratamento não medicamentoso são muito semelhantes, somadas à necessidade de atualização das diretrizes de cuidado destes fatores de risco, levaram à revisão dos Cadernos de Atenção Básica relacionados ao tema.

Este Caderno destaca a importância atual das condições crônicas, salienta a complexidade das doenças/fatores de risco de determinação múltipla, aborda conceitos comuns às diversas doenças crônicas e apresenta diretrizes para a organização do cuidado. Inclui ainda estratégias para mudança de hábitos, promoção da alimentação saudável e prática de atividade física, abordagens para construção e acompanhamento dos planos de cuidado e de apoio ao autocuidado.

Estão sendo publicadas, simultâneo a este, as novas edições dos Cadernos de Hipertensão Arterial Sistêmica, Diabetes Mellitus e Obesidade.

Boa leitura!

Atenção à saúde das pessoas com doenças crônicas no contexto das redes de atenção à saúde

1

As redes de Atenção à Saúde (RAS) são fundamentais para a coordenação e a integração dos serviços e ações de Saúde, assim como para a integralidade e a qualidade do cuidado à saúde. A organização dos serviços e recursos em redes em diversos países tem demonstrado o alcance de melhores resultados em Saúde, menos internações, maior satisfação dos usuários, melhor uso dos recursos, serviços mais custo-efetivos e de melhor qualidade, maior cooperação entre gestores de diferentes serviços, entre outras vantagens (MENDES, 2011; OPAS, 2010).

Uma RAS consiste na organização do conjunto de serviços e ações de Saúde de distintas densidades tecnológicas que, integrados por meio de estruturas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado às populações de uma região de Saúde (BRASIL, 2010).

A região de Saúde é um espaço geográfico contínuo, preferencialmente delimitado a partir de identidades culturais, econômicas, sociais, de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de permitir a organização, o planejamento e a execução das ações e dos serviços necessários à população do território (BRASIL, 2011).

Os serviços de Saúde são constituídos por pontos de Atenção à Saúde (locais de prestação de serviços) de igual hierarquia. Como exemplos de pontos de Atenção à Saúde, citam-se Unidades Básicas de Saúde, unidades de cuidados intensivos, hospitais-dia, ambulatórios de cirurgia, ambulatórios de Atenção Especializada e Serviços de Atenção Domiciliar. Os serviços de Atenção Primária são a porta de entrada do sistema e coordenam o conjunto de respostas às necessidades de saúde da população. Além dos pontos de Atenção à Saúde, a estrutura operacional de uma RAS é constituída por sistemas de apoio diagnóstico e terapêutico, assistencial-farmacêutico e de informação em Saúde; sistemas logísticos de identificação dos usuários, de prontuário clínico, de acesso regulado à atenção e de transporte em Saúde; e sistemas de governança da rede (MENDES, 2011).

Para a Organização Pan-Americana da Saúde (Opas),

[...] as redes de serviços integrais e integrados são uma das principais expressões operativas do enfoque da Atenção Primária à Saúde no que se refere à prestação de serviços da saúde, contribuindo a efetivarem-se seus atributos, entre eles a cobertura e o acesso universal; o primeiro contato; a atenção integral, integrada e contínua; o cuidado apropriado; a organização e a gerência ótimas; a ação intersetorial (OPAS; OMS, 2007).

Há evidências, provenientes de diferentes países, demonstrando que as redes de Atenção à Saúde contribuem de forma importante para a melhoria dos resultados sanitários e econômicos dos sistemas de Atenção à Saúde (MENDES, 2011; OPAS; OMS, 2009).

A Portaria MS/GM nº 4.279, de 30 de dezembro, publicada em 2010, estabelece diretrizes para a organização das redes de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2010). O Brasil destaca-se no cenário latino-americano pelo acúmulo teórico e pela diversidade de cenários no desenvolvimento de RAS, mas essas experiências estão dispersas no território nacional, não havendo ainda a necessária disseminação e reconhecimento dos aspectos que contribuem para o alcance de seus objetivos, e nem das dificuldades em desenvolvê-las (BRASIL, 2012; EVANGELISTA et al., 2012). A partir dos conceitos norteadores, foram construídas as diversas redes temáticas de âmbito nacional, como a Rede Cegonha, a Rede de Atenção Psicossocial, a Rede de Urgência-Emergência, entre outras.

Veja a seguir os atributos das RAS, no Quadro 1:

Quadro 1 – Atributos da Rede de Atenção à Saúde

1. População e território definidos com amplo conhecimento de suas necessidades e preferências que determinam a oferta de serviços de Saúde.
2. Extensa gama de estabelecimentos de Saúde que prestam serviços de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, gestão de casos, reabilitação e cuidados paliativos e integram os programas focalizados em doenças, riscos e populações específicas, os serviços de Saúde individuais e os coletivos.
3. Serviços de Atenção Primária em Saúde estruturados como primeiro nível de atenção e porta de entrada ao sistema, constituídos de equipe multidisciplinar que cobre a população, integrando, coordenando o cuidado e atendendo às suas necessidades de saúde.
4. Prestação de serviços especializados em lugar adequado.
5. Existência de mecanismos de coordenação, continuidade do cuidado e integração assistencial por todo o contínuo da atenção.
6. Atenção à Saúde centrada no indivíduo, na família e na comunidade, tendo em conta as particularidades culturais, gênero, assim como a diversidade da população.
7. Sistema de governança único para toda a rede com o propósito de criar uma missão, visão e estratégias nas organizações que compõem a região de Saúde; definir objetivos e metas que devam ser cumpridos no curto, médio e longo prazos; articular as políticas institucionais; e desenvolver a capacidade de gestão necessária para planejar, monitorar e avaliar o desempenho dos gerentes e das organizações.

Continua

Conclusão

8. Participação social ampla.
9. Gestão integrada dos sistemas de apoio administrativo, clínico e logístico.
10. Recursos humanos suficientes, competentes, comprometidos e com incentivos pelo alcance de metas da rede.
11. Sistema de informação integrado que vincula todos os membros da rede, com identificação de dados por sexo, idade, lugar de residência, origem étnica e outras variáveis pertinentes.
12. Financiamento tripartite, garantido e suficiente, alinhado com as metas da rede.
13. Ação intersetorial e abordagem dos determinantes da Saúde e da equidade em Saúde.
14. Gestão baseada em resultados.

Fonte: (BRASIL, 2010).

Em 28 de junho de 2011, com a publicação do Decreto nº 7.508, que regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, dá-se grande avanço para a construção das RAS nas regiões de Saúde. A criação do Contrato Organizativo de Ação Pública (Coap), enquanto instrumento jurídico para pactuação entre os gestores, e a constituição da Comissão Intergestores Regional (CIR), enquanto espaço legítimo para deliberações, propiciam que os diversos territórios no País se organizem para, de fato, estruturarem seus serviços de Atenção à Saúde dentro de uma rede.

Região de Saúde: espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de Saúde (BRASIL, 2011) .

A relevância das condições crônicas como “necessidades em saúde” levou à publicação da Portaria nº 252, de 19 de fevereiro de 2013, que institui a Rede de Atenção às Pessoas com doenças Crônicas no âmbito do SUS. O objetivo é promover a reorganização do cuidado, sua qualificação, ampliando as estratégias de cuidado e também para promoção da saúde e prevenção do desenvolvimento das doenças crônicas e suas complicações. O Capítulo 3 discute os elementos-chave da reorganização dos serviços para melhor responder às doenças crônicas.

Essas redes temáticas podem ser realizadas a partir das Comissões Intergestores Bipartites (CIB) e das CIR. O diagnóstico situacional orienta a elaboração de planos de ação, de acordo com os princípios e diretrizes da rede (Quadro 2).

Quadro 2 – Princípios e diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas

1. Propiciar o acesso e o acolhimento aos usuários com doenças crônicas em todos os pontos de atenção.
2. Humanização da atenção, buscando-se a efetivação de um modelo centrado no usuário e baseado nas suas necessidades de saúde.
3. Respeito às diversidades étnico-raciais, culturais, sociais e religiosas e hábitos e cultura locais.
4. Garantia de implantação de um modelo de atenção centrado no usuário e realizado por equipes multiprofissionais.
5. Articulação entre os diversos serviços e ações de Saúde, constituindo redes de Saúde com integração e conectividade entre os diferentes pontos de atenção.
6. Atuação territorial, com definição e organização da rede nas regiões de Saúde, a partir das necessidades de saúde das respectivas populações, seus riscos e vulnerabilidades específicas.
7. Monitoramento e avaliação da qualidade dos serviços por meio de indicadores de estrutura, processo e desempenho que investiguem a efetividade e a resolutividade da atenção.
8. Articulação interfederativa entre os diversos gestores, desenvolvendo atuação solidária, responsável e compartilhada.
9. Participação e controle social dos usuários sobre os serviços.
10. Autonomia dos usuários, com constituição de estratégias de apoio ao autocuidado.
11. Equidade, a partir do reconhecimento dos determinantes sociais da Saúde.
12. Regulação articulada entre todos os componentes da rede com garantia da equidade e integralidade do cuidado.
13. Formação profissional e educação permanente, por meio de atividades que visem à aquisição de conhecimentos, habilidades e atitudes dos profissionais de Saúde para qualificação do cuidado, de acordo com as diretrizes da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.

Fonte: (BRASIL, 2012).

Quadro 3 – Componentes da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas

1. Serviços de Atenção Básica/Atenção Primária: centro de comunicação da rede, tendo um papel-chave na estruturação desta, como ordenadora da rede e coordenadora do cuidado, além de realizar o cuidado integral e contínuo da população que está sob sua responsabilidade e de ser a porta de entrada prioritária para a organização do cuidado.
2. Serviços de Atenção Especializada: conjunto dos diversos pontos de atenção com diferentes densidades tecnológicas, que incluem ações e serviços de urgência, ambulatoriais, especializados e hospitalar, sendo apoio e complemento aos serviços da Atenção Básica.
 - a) Ambulatórios especializados: conjunto de serviços e ações eletivas de média e de alta complexidade.
 - b) Hospitalar: ponto de atenção estratégico voltado para as internações eletivas e/ou de urgência de usuários agudos ou crônicos agudizados.
 - c) Serviços de Urgência e Emergência: conjunto de serviços e ações voltadas aos usuários que necessitam de cuidados imediatos nos diferentes pontos de atenção, inclusive de acolhimento aos usuários que apresentam agudização das condições crônicas.

Conclusão

3. Sistemas de apoio: são constituídos pelos sistemas de apoio diagnóstico e terapêutico (patologia clínica, imagens, entre outros) e pela assistência farmacêutica.
4. Sistemas logísticos: são soluções em Saúde, em geral relacionadas às tecnologias de informação. Integram este componente os sistemas de identificação e de acompanhamento dos usuários; o registro eletrônico em Saúde; os sistemas de transportes sanitários; e os sistemas de informação em Saúde.
5. Regulação: compreende-se a regulação como componente de gestão para qualificar a demanda e a assistência prestada, otimizar a organização da oferta, promover a equidade no acesso às ações e serviços de Saúde e auxiliar no monitoramento e na avaliação dos pactos intergestores. Visa garantir o acesso às ações e aos serviços de maior densidade tecnológica.
6. Governança: é entendida como a capacidade de intervenção que envolve diferentes atores, mecanismos e procedimentos para a gestão regional compartilhada da referida rede. Constituem esse componente as Comissões Intergestores.

Fonte: (BRASIL, 2012).

A implantação de redes de atenção às doenças crônicas nos diversos territórios deverá ser realizada por meio das linhas de cuidado específicas. E esse processo será incorporado à organização do Coap regional, integrando-o às demais redes temáticas existentes no território.

Saiba mais acessando a Portaria MS/GM nº 252, de 19 de fevereiro de 2013, que institui a Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas, na íntegra, no endereço: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0252_19_02_2013.html>

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, Seção 1, 31 dez. 2010. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html>. Acesso em: jul. 2013.

EVANGELISTA, M. J. et al. **O Estado e as redes de atenção à saúde**: 1ª Mostra Nacional de Experiências de RAS no Brasil. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS, 2012.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE (OPAS); ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **La renovación de la atención primaria de salud en las Américas**: documento de posición. Washington, DC: OPAS, 2007.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE (OPAS); ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Redes integradas de servicios de salud**. Washington, DC: OPAS, 2009.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE (OPAS). **Redes integradas de servicios de salud: conceptos, opciones de política y hoja de ruta para su implementación en las Américas**. Washington: OPAS, 2010. (La renovación de la atención primaria de salud en las Américas, n. 4).

Os determinantes da saúde e seu impacto na saúde da população brasileira

2

Saúde é “um fenômeno clínico e sociológico, vivido culturalmente” (MINAYO, 1992), ou seja, obra de complexa produção social, cujos resultados na qualidade de vida de uma sociedade estão relacionados às decisões sobre os determinantes sociais da Saúde.

Em 1992, Dahlgren e Whitehead sistematizaram o conjunto de determinações do processo saúde/doença ou saúde/adoecimento a partir do paradigma da promoção da saúde e, no caso brasileiro, associada à perspectiva da mudança social (BUSS apud CZERESNIA; FREITAS, 2003) e da redução das iniquidades (Figura 1).

Figura 1 – Os determinantes sociais do processo saúde/doença



Fonte: (DAHLGREN; WHITEHEAD, 1992).

Os **determinantes distais** são as condições socioeconômicas, culturais e ambientais em que as pessoas, suas famílias e as redes sociais estão inseridas, são o desenvolvimento e a riqueza de um país, uma região ou um município, e a forma como essa riqueza é distribuída, resultando em distintas condições de vida de uma dada população. Os **determinantes intermediários** são representados pelas condições de vida e de trabalho, o acesso à alimentação, à educação, à produção cultural, ao emprego, à habitação, ao saneamento e aos serviços de Saúde (e a forma como se organizam). E os **determinantes proximais** são aqueles relacionados às características dos indivíduos, que exercem influência sobre seu potencial, sua condição de saúde (idade, sexo, herança genética) e suas relações, formais e informais, de confiança, de cooperação, de apoio nas famílias, na vizinhança e nas redes de apoio, onde acontecem as decisões dos comportamentos e estilos de vida, determinados socialmente pela interação de todos os níveis aqui apresentados.

O Brasil, signatário da Comissão Mundial sobre Determinantes Sociais da Saúde, proposta pela Organização Mundial da Saúde (OMS) por meio da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde, recomenda intervenções em todos os níveis, especialmente sobre crescimento econômico e distribuição de renda, educação, saneamento, habitação, emprego, trabalho e meio ambiente (COMISSÃO NACIONAL SOBRE DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE, 2008).

Do ponto de vista das intervenções no âmbito dos serviços locais de Saúde, deve-se incidir sobre a forma como os determinantes sociais produzem as iniquidades em Saúde, reduzindo-as e buscando melhorar sistematicamente o resultado nas condições de vida das pessoas. As intervenções recomendadas aos serviços de Saúde para os distintos níveis de determinação, principalmente os proximais e os intermediários, deverão se fundamentar na efetividade das práticas que irão produzir a redução das iniquidades e os melhores resultados de saúde na população. E essas intervenções serão distintas se considerados os indivíduos em seu cuidado singular (com seus fatores de risco clínicos, vulnerabilidades e potencialidades próprias) ou se considerada uma dada população.

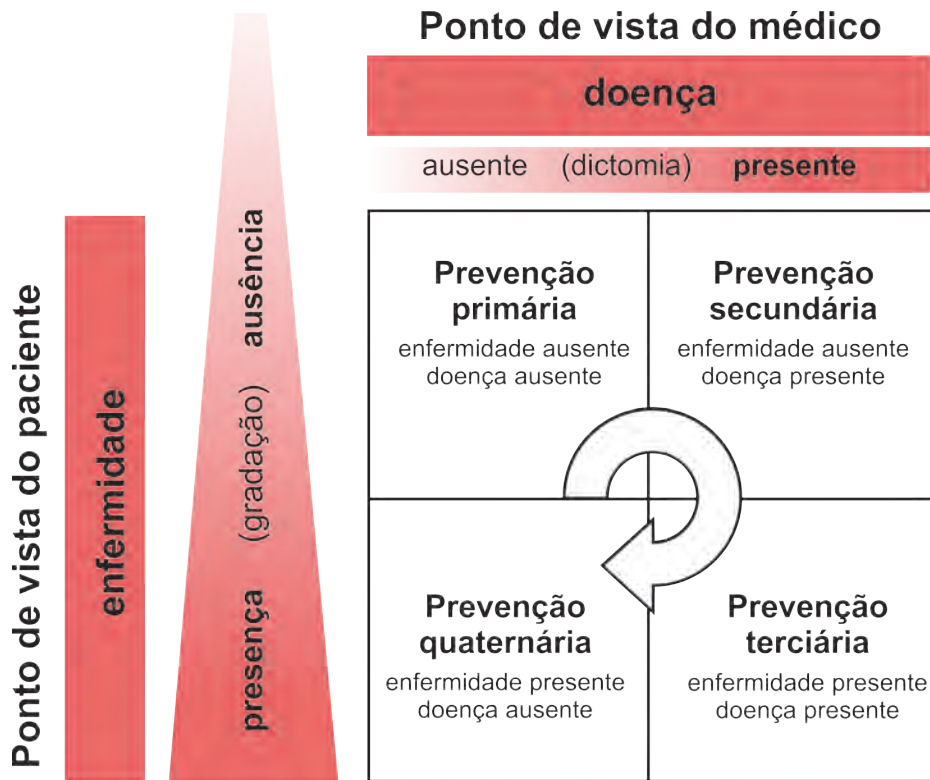
Leavell e Clarck, em 1976, sistematizaram os conceitos de promoção, prevenção, cura e reabilitação dentro de um modelo explicativo do processo saúde/doença denominado história natural da doença, e apresentaram a aplicação de medidas preventivas (LEAVELL; CLARCK, 1976). Na prevenção primária, ao sujeito que não apresenta doenças ou sofrimento, são feitas intervenções de promoção da saúde ou de proteção, como as imunizações. Na prevenção secundária, o sujeito também não apresenta sintomas, e faz-se uma intervenção à procura de doença (rastreamentos). E, na prevenção terciária, o sujeito encontra-se doente e a intervenção é para prevenir complicações (exemplo: o exame sistemático dos pés em pessoas com diabetes).

Em 1995, Marc Jamouille e Roland propõem novo conceito para a prática em Atenção Primária, a partir da reflexão sobre o encontro do profissional de Saúde e das pessoas, problematizando os distintos objetivos desses encontros: enquanto o profissional de Saúde, em geral, sente-se atraído pelas doenças, as pessoas estão preocupadas com a experiência do sofrimento, da doença ou da morte (JAMOUILLE; ROLAND, 1995).

Nas situações onde o sujeito se sente doente e o médico não encontra doença, existe um risco de dano por intervenções desnecessárias. Na prevenção quaternária, o médico preocupa-se em “identificar os riscos de superprevenção, superdiagnóstico e supermedicalização, a

fim de proteger o sujeito de intervenções inapropriadas e sugerir alternativas eticamente aceitáveis”. A Figura 2 mostra os quatro níveis de prevenção possíveis na Atenção Primária.

Figura 2 – As diferentes formas de prevenção no modelo relacional



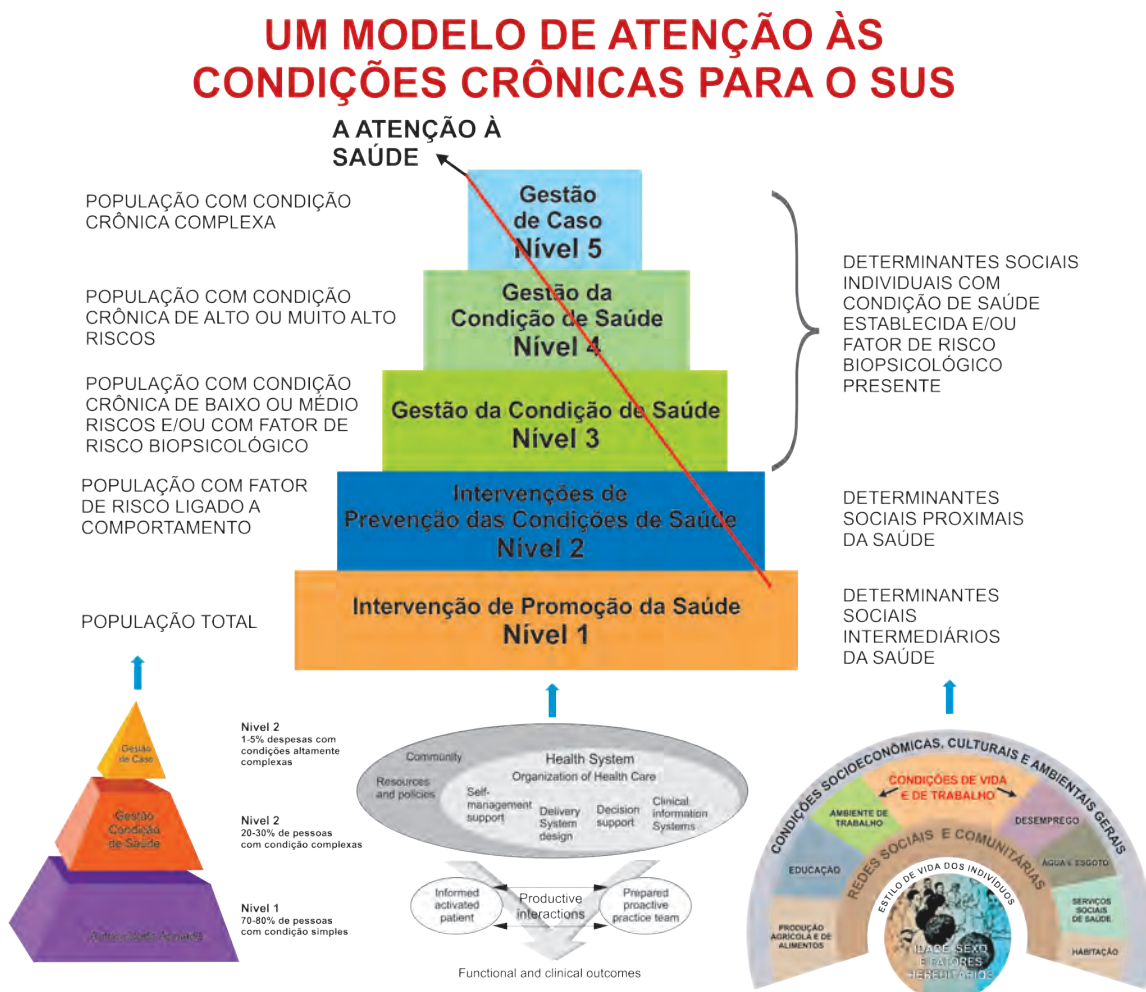
Fonte: (KUEHLEIN et al., 2010).

Ao serem propostas intervenções preventivas para uma população, depara-se com o “paradoxo da prevenção”, definido por Rose (1981) como “a medida preventiva que traz grandes benefícios à comunidade e oferece pouco a cada indivíduo participante”. Mudanças populacionais têm grandes efeitos, por exemplo: haverá a redução de um quarto dos problemas clínicos e seus tratamentos se ocorrer: (a) redução de 3% na média da pressão arterial de dada população; ou (b) diminuição de 1 kg na média do peso das pessoas; ou (c) redução de 10% na média do consumo de álcool; ou (d) redução de 25% no consumo de sal (INTERSALT COOPERATIVE RESEARCH GROUP, 1988). Ou seja, intervenções que envolvem toda uma população são mais efetivas em reduzir doenças e riscos de adoecer do que aquelas direcionadas a subgrupos de indivíduos já doentes.

Assim, vários modelos explicativos coexistem e Mendes (2012) propôs intervenções aos serviços de Saúde integrando os seguintes modelos (Figura 3):

- a) Determinação social da saúde;
- b) Pirâmide de risco;
- c) Atenção às condições crônicas.

Figura 3 – Condições crônicas, estratificação da população segundo riscos e recomendações para cada estrato de risco



Fonte: (MENDES, 2012).

Na proposta, as intervenções sobre os determinantes intermediários serão as ações intersetoriais que potencializam, no território, a melhoria nas condições de saneamento, habitação, geração de emprego e renda, escolaridade, infraestrutura urbana, transporte, cultura e lazer da comunidade.

As macropolíticas influenciam os determinantes distais da Saúde e seu impacto será sempre mais evidente, pois são dirigidas a toda a sociedade. As ações de promoção da saúde que ocorrem nos territórios, coordenadas por serviços e comunidade, ou as que se estabelecem entre as equipes de Saúde e seus usuários e familiares são influenciadas pelas macropolíticas.

O tabagismo é um exemplo: ainda que no nível individual as equipes de Saúde devam ofertar assistência comportamental sempre que seja manifesto o desejo de cessação do tabagismo, é no nível da macropolítica que se dá o maior impacto sobre o controle do tabagismo. Segundo a OMS, para se atingir a meta “Mundo Livre do Tabaco” nas próximas décadas, as intervenções incluem:

1. Políticas de preços: aumento de taxas e impostos que incidem sobre o custo para o consumidor.
2. Informação e comunicação: limites à publicidade e à promoção, à exposição de produtos e ao *marketing* e rotulagem obrigatória.
3. Embalagem: tamanho mínimo de maços de cigarro.
4. Distribuição: restrição das vendas a menores, máquinas de venda automática de cigarros com tecnologia para proteção da juventude.
5. Consumo: proibição de fumar em locais públicos, bares e locais de trabalho (GOULART, 2011).

As intervenções sobre a população que não apresenta doenças, mas com fatores de risco para adoecer, precisam ser dirigidas a dar suporte e apoio às mudanças de estilo de vida e das “escolhas” determinadas socialmente. Podem ser estruturadas a populações ou a indivíduos, a partir da estratificação de risco, para que a rede de serviços da Saúde e dos outros setores possa ofertar a atenção correta às distintas necessidades das pessoas, com custo-efetividade e qualidade assistencial. Essas medidas precisam ser efetivas, seguras e aceitas pelos indivíduos, e seu custo deve ser possível tanto para os serviços de Saúde como para as pessoas (em termos emocionais, físicos ou sociais) (ROSE, 2010).

A situação de saúde no Brasil, provocada pela transição demográfica e epidemiológica, exige que o sistema de Saúde brasileiro responda pela “tripla carga de doenças” (FRENK, 2006). Esta é caracterizada por:

1. Presença das doenças infecciosas e parasitárias: dengue, H1N1, malária, hanseníase, tuberculose;
2. Aumento das doenças crônicas pelo envelhecimento das pessoas e aumento dos fatores de risco (fumo, sedentarismo, inatividade física, sobrepeso e má alimentação); e
3. Aumento da violência e morbimortalidade por causas externas.

O número temático da revista *The Lancet* sobre a Saúde no Brasil apresenta, em seu capítulo sobre doenças crônicas não transmissíveis, o enorme desafio para o controle dessas doenças e seus fatores de risco. Às doenças cardiovasculares, respiratórias crônicas, renais, diabetes e cânceres são atribuídos cerca de 70% dos óbitos em 2007 (SCHMIDT et al., 2011).

Em termos de mortes atribuíveis, os grandes fatores de risco globalmente conhecidos são: pressão arterial elevada (responsável por 13% das mortes no mundo), tabagismo (9%), altos níveis de glicose sanguínea (6%), inatividade física (6%) e sobrepeso e obesidade (5%) (WHO, 2009). As taxas de mortalidade por doenças cardiovasculares e respiratórias crônicas estão diminuindo, possivelmente como resultado do controle do tabagismo e do maior acesso à Atenção Primária (SCHMIDT et al., 2011).

Os quatro grupos de doenças crônicas de maior impacto mundial (doenças do aparelho circulatório, diabetes, câncer e doenças respiratórias crônicas) têm quatro fatores de risco em comum (tabagismo, inatividade física, alimentação não saudável e álcool). No Brasil, esses fatores de risco são monitorados por meio de diferentes inquéritos de Saúde, com destaque para o monitoramento realizado pelo Vigitel (Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico) (BRASIL, 2011). A análise sobre os indicadores que apresentaram variação temporal significativa é apresentada no Quadro 4, enquanto que um resumo dos indicadores relacionados com os fatores de risco das doenças crônicas é apresentado no Quadro 5 (BRASIL, 2011).

Quadro 4 – Indicadores do Vigitel que apresentaram variação temporal significativa no período – População adulta das capitais dos estados brasileiros e do Distrito Federal (2006-2011)

Indicadores	Sexo	2006	2007	2008	2009	2010	2011	Varição anual média (em pontos percentuais)*
% de fumantes	Homens	20,2	21,3	20,5	19	17,9	18,1	-0,6**
% de fumantes de ≥20 cigarros/dia	Homens	6,3 *	6,8	6,5	6	5,6	5,4	-0,2*
% de pessoas com excesso de peso (IMC ≥25 kg/m ²)	Homens	47,2	48,3	48,6	51	52,1	52,6	1,2**
	Mulheres	38,5	37,6	40	42,3	44,3	44,7	1,5**
% de pessoas com obesidade (IMC ≥30 kg/m ²)	Homens	11,4	13,5	13,1	13,7	14,4	15,6	0,7**
	Mulheres	11,4	12	13,1	14,0	15,5	16	1**
% de pessoas em inatividade física	Homens				16	15	14,1	-0,7**
% que referem diagnóstico médico de diabetes	Homens	4,4	4,8	5	5,3	5,4	5,2	0,2**
% que realizou exame de mamografia nos últimos dois anos	Mulheres		71,2	71,3	72,2	72,6	73,3	0,6**

Fonte: (BRASIL, 2011, adaptado).

*Correspondente ao coeficiente da regressão linear do valor do indicador sobre o ano do levantamento.
**p <0,05.

Quadro 5 – Prevalência de fatores de risco selecionados para doenças crônicas, segundo Vigitel – 2011

	Homens	Mulheres	Total
Tabagismo			
Fumante atual	18,1%	12%	14,8%
Ex-fumante	25%	18,8%	21,7%
Consumo de bebidas alcoólicas			
Consumo excessivo nos últimos 30 dias	26,2%	9,1%	17%
Alimentação			
Consumo de carnes com gorduras	45,9%	24,9%	34,6%
Consumo regular de frutas e hortaliças, conforme recomendado pela OMS	16,6%	23,3%	20,2%
Atividade física			
Indivíduos fisicamente inativos	14,1%	13,9%	14%
Excesso de peso			
Excesso de peso	52,6%	44,7%	48,5%
Obesidade	15,6%	16%	15,8%

Fonte: (BRASIL, 2011, adaptado).

Fatores de risco relacionados à carga de doenças têm sido acompanhados por sistemas de vigilância para as doenças crônicas e seus fatores de risco. O Vigitel (BRASIL, 2011) soma-se a outros inquéritos como o da Pesquisa de Orçamento Familiar (POF) (BRASIL, 2010), Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (Pnad) (IBGE, 2010), Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE) (IBGE, 2009) e Pesquisa Nacional de Saúde (PNS).

Os principais fatores de risco para doenças crônicas, quais sejam, tabagismo, alcoolismo, alimentação não saudável, inatividade física e excesso de peso, serão abordados ao longo deste conjunto de Cadernos de Atenção Básica.

O contexto atual clama pela estruturação do trabalho das equipes de Atenção Básica, cujos processos de trabalho devem responder às muito prevalentes e complexas doenças crônicas, que não “curam”, como as doenças agudas, mas permanecem ao longo da vida dos indivíduos. Recentes evidências mostram que equipes multidisciplinares atuando de forma coordenada, preparadas para orientar e apoiar as pessoas a lidar com suas condições e a responder às agudizações desses processos, alcançam melhores resultados.

Entre as atividades a serem incorporadas destacam-se a estratificação das pessoas segundo riscos/vulnerabilidade, com intervenções individuais e coletivas conforme o estrato de risco; o cuidado compartilhado; o apoio ao autocuidado; a maior qualidade nos cuidados preventivos, inclusive na prevenção de uso desnecessário de tecnologias; a reformulação

de saberes e práticas oriundas da formação, incorporando conceitos das ciências sociais, intervenções comportamentais, neuropsicológicas, ambientais e econômicas – que podem se dar em programas de educação permanente, cursos, discussão de casos, consensos, aprendizagem entre pares, bem como na implementação de ações intersetoriais.

Visando apoiar as equipes de Saúde a responder melhor ao aumento das doenças crônicas e seus fatores de risco, às comorbidades e demais consequências do aumento da expectativa de vida da população, o Ministério da Saúde lançou, em 2011, o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil – 2011-2022. Estruturado em três eixos (1. Vigilância, informação, avaliação e monitoramento; 2. Promoção da saúde; e 3. Cuidado integral), esse plano sistematiza as ações necessárias para enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (MALTA et al., 2010).

Para saber mais sobre o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil – 2011-2022, acesse: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/cartilha_plano.pdf> .

Referências

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão; IBGE. **Pesquisa de orçamentos familiares 2008-2009**: antropometria e estado nutricional de crianças, adolescentes e adultos no Brasil. Rio de Janeiro: IBGE, 2010.

BUSS, P. Uma introdução ao conceito de promoção da saúde. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (Orgs.). **Promoção da Saúde**: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2003.

COMISSÃO NACIONAL SOBRE DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE. **As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008.

DAHLGREN, G.; WHITEHEAD, M. **Policies and strategies to promote equity in health**. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 1992.

FRENK, J. **Bridging the divide**: comprehensive reform to improve health i Mexico. Nairobi: Comission os Social Determinants of Health, 2006.

GOULART, F. A. A. **Doenças crônicas não transmissíveis**: estratégias de controle e desafios para os sistemas de saúde. Brasília: OPAS, 2011. Disponível em: <http://apsredes.org/site2012/wp-content/uploads/2012/06/Condicoes-Cronicas_flavio1.pdf>. Acesso em: jul. 2013.

IBGE. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) 2008**: um panorama da saúde no Brasil – acesso e utilização dos serviços, condições de saúde e fatores de risco e proteção à saúde. Rio de Janeiro: IBGE, 2010.

IBGE. **Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar**. Rio de Janeiro: IBGE, 2009.

INTERSALT COOPERATIVE RESEARCH GROUP. Intersalt: an a internacional study of electrolyte excretion and blood pressure. Results for 24 hour urinary sodium and potassium excretion. **Br. Med. J.**, [S.l.], v. 297, p. 319-328, 1988.

- JAMOULLE, M.; ROLAND, M. **Quaternary prevention**. Hong-Kong Wonca Classification Committee, 1995.
- KUEHLEIN, T. et al. Quaternary prevention: a task of the general practitioner. **Primary Care**, [S.l.], v. 10, n. 18, p. 350, 2010.
- LEAVELL, H. R.; CLARK, E. G. **Medicina preventiva**. São Paulo: McGraw-Hill, 1976.
- MALTA, D. C. et al. Prevalência de fatores de risco e proteção de doenças crônicas não transmissíveis em adolescentes: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE), Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, [S.l.], n. 15, p. 3.009-3.019, 2010. (Suplemento 2).
- MENDES, E. V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da Estratégia Saúde da Família**. Brasília: OPAS, 2012.
- MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 1992.
- ROSE, G. **Estratégias da medicina preventiva**. Porto Alegre: Artmed, 2010.
- ROSE, G. Strategy of prevention: lessons from cardiovascular diseases. **Br. Med. J.**, [S.l.], v. 282, p. 1847-1851, 1981.
- SCHMIDT, M. I. et al. Health in Brazil: 4^o chronic non-communicable diseases in Brazil: burden and current challenges. **The Lancet**, [S.l.], n. 377, 2011.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **WHO report on the global tobacco epidemic, 2009: implementing smoke-free environments**. MPower. 2009. Disponível em: <<http://www.who.int/tobacco/mpower/2009/en/index.html>>. Acesso em: 5 set. 10.

A organização dos serviços de atenção primária à saúde para responder às necessidades em saúde

3

As evidências de que a Atenção Primária à Saúde (APS) é o melhor modelo de organização dos sistemas e serviços de Saúde são inúmeras e inequívocas. Da mesma forma, não há dúvidas sobre a complexidade do trabalho nas Unidades de Atenção Básica: o trabalho é difícil e exige que equipes multidisciplinares bem preparadas utilizem metodologias e ferramentas de comprovada eficiência para organizar os processos de trabalho (TAKEDA, 2013).

Este capítulo explicita algumas diretrizes e um conjunto de aspectos da organização da assistência nas Unidades Básicas de Saúde, consoante com os princípios da Política Nacional de Atenção Básica, publicados na Portaria MS/GM nº 2.488, de 21 de outubro de 2011; sistematiza orientações com o propósito de apoiar as equipes de Saúde na reorganização das atividades assistenciais; e, apresenta ainda algumas orientações para a implementação de “novas” tecnologias em serviços de Atenção Primária.

Saiba mais sobre a Política Nacional de Atenção Básica, pelo *site*: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_basica.pdf> .

“Por que fazer mais do mesmo se não se está alcançando os objetivos esperados (melhores resultados de saúde das pessoas e maior satisfação do usuário)?” (MENDES, 2012).

O texto é um convite a “fazer o novo!”, destacando que cada equipe de Saúde precisa observar as suas especificidades ao implementar as mudanças.

3.1 Os princípios que orientam a reorganização dos processos de trabalho

A reorganização das atividades das equipes de Saúde para o alcance de melhores resultados nas doenças crônicas está dentro de um contexto (os princípios e os atributos da APS e do SUS), e são destacados a seguir aspectos que vêm sendo apontados como nós críticos em serviços de Atenção Primária (SSC-GHC, 2013; CEPAPS, 2012).

- a) **Ampliar o acesso da população aos recursos e aos serviços das Unidades Básicas de Saúde:** a utilização dos serviços e dos recursos de Saúde nem sempre ocorrem de forma que quem mais precisa consiga acesso (HART, 1991). Frequentemente, pessoas com menores riscos à saúde têm número de consultas considerado maior que o necessário para o adequado acompanhamento de suas condições crônicas de saúde, enquanto outras com maiores riscos e vulnerabilidade não conseguem acesso ao cuidado. Ou, ao contrário, a grande maioria dos recursos é utilizado em uma minoria com doenças graves. A estratificação segundo riscos e as respostas das unidades básicas, conforme o estrato de risco, ajudam a adequar e a ampliar o acesso (MENDES, 2012).

O acesso está diretamente relacionado à disponibilidade de consultas de cuidado continuado e de demanda espontânea, atividades coletivas, atendimentos em grupo, procedimentos de enfermagem, exames, medicamentos, entre outros. Sempre que possível, as atividades realizadas pelas equipes devem acontecer em todo o horário de funcionamento da unidade. A ampliação do horário de funcionamento tem se configurado como estratégia que aumenta o acesso de trabalhadores, especialmente os do sexo masculino. Além disso, cartazes e informações sobre os serviços de Saúde a serem buscados fora do horário da unidade básica reforçam a preocupação da equipe em apoiar a população na resolução dos problemas.

“Demanda espontânea” refere-se aos atendimentos não programados na Unidade Básica de Saúde. Representa uma necessidade momentânea do usuário, podendo ser uma informação, uma condição aguda, a agudização de uma condição crônica, uma urgência ou uma emergência.

- b) **Buscar maior qualidade da Atenção à Saúde:** qualidade é a capacidade dos serviços de Saúde em responder de forma efetiva às necessidades de saúde, no momento em que as pessoas precisam. Isso quer dizer: acesso e efetividade das ações. O uso de diretrizes clínicas baseadas em evidências realizado conjuntamente com profissionais da Atenção Primária está relacionado à efetividade do cuidado. As melhores recomendações, muitas vezes com inequívocas evidências de melhores resultados, nem sempre são utilizadas.
- c) **Persistir na busca à integralidade da atenção:** a integralidade tem várias dimensões e depende de um conceito amplo de saúde. Integralidade compreende promoção da saúde, prevenção e tratamento de doenças e recuperação da saúde. Refere-se, ainda, à abordagem integral do indivíduo (todos os sistemas fisiológicos, bem como os aspectos psicológicos, e contexto familiar e social) e da população sob responsabilidade das equipes básicas. Assim, o indivíduo com diabetes frequentemente é também hipertenso, pode estar deprimido, talvez não tenha tido uma consulta odontológica há vários anos e muito provavelmente convive com familiares com as mesmas condições crônicas de saúde (CEPAPS, 2012).

A integralidade tem uma terceira dimensão, relacionada à coordenação com outros serviços de Saúde e setores da sociedade.

3.2 As atividades a serem aperfeiçoadas e/ou implementadas

A seguir são descritas algumas propostas para orientar a implementação, pelas equipes de Saúde, de um conjunto de atividades, metodologias e ferramentas apontadas na literatura como indicativos de melhor qualidade nos serviços de Saúde.

3.2.1 Programação da assistência conforme necessidades da população

Uma vez conhecidas as necessidades em saúde da população do território, cabe realizar a programação dos tempos e agendas. Inicia-se com duas operações: 1) cálculo do número de consultas/atendimentos; e 2) cálculo da capacidade instalada. Essas informações permitirão adequar a capacidade instalada às necessidades da população.

- **A programação de consultas:** as consultas costumam ser divididas em consultas programáveis (por motivos previsíveis) e consultas do dia (motivos imprevisíveis) (ver quadro a seguir). Esses parâmetros, quando refletidos nas agendas e nas práticas assistenciais das equipes, estão relacionados ao melhor acesso da população aos recursos e aos serviços das unidades básicas (ZURRO, 2008; SSC-GHC, 2013). Como parâmetro para organização da agenda na literatura, há variação em relação ao total de consultas. Esse parâmetro pode variar de 30% a 50% de consultas programáveis e de 70% a 50% de consultas do dia.
- **Parâmetros para estimar o número de consultas/atendimentos programáveis:** os parâmetros têm por base diretrizes assistenciais e literatura científica, orientam as recomendações sobre o número de consultas a serem realizadas por indivíduos conforme seus riscos e, conseqüentemente, orientam a marcação das consultas nas agendas. Como exemplo, para uma pessoa com hipertensão cujo estrato de risco é muito alto, há recomendação anual de três consultas médicas, três consultas com enfermeira, uma consulta com dentista, entre outros contatos, diferentemente de uma pessoa com hipertensão com estrato de baixo risco¹.
- **Parâmetros para avaliar a capacidade instalada:** o cálculo da carga horária dos profissionais integrantes da equipe de Saúde disponível para consultas/atendimentos considera a multiplicidade de atividades desenvolvidas na atenção primária, as características demográficas e epidemiológicas da população e a diversa carga horária contratual de cada categoria profissional. A carga horária de cada profissional pode ser distribuída de forma que o tempo destinado para consultas seja em torno de 50% a 70% do total da carga horária (consultas de demanda espontânea, consultas de cuidado continuado, consultas coletivas), dependendo da formação de cada um e da população que atendem.

¹Ver *Cadernos de Atenção Básica*, nº 37 - Estratégias de Cuidado para a Pessoa com Doença Crônica - Hipertensão Arterial Sistêmica.

Quadro 6 – Os quatro tipos básicos de consultas/encontros entre pacientes e equipes de Saúde

	Necessidade clínica/assistencial	Necessidade administrativa
Motivo previsível	<ul style="list-style-type: none"> Acompanhamento de pessoas com doenças crônicas Resultado de exames Seguimento clínico 	<ul style="list-style-type: none"> Receita para pessoas com doenças crônicas Atestados de incapacidade temporária
Motivo imprevisível	<ul style="list-style-type: none"> Patologias agudas Reagudizações ou complicações de patologia prévias 	<ul style="list-style-type: none"> Informes e atestados Encaminhamentos para serviços (optometrista, obstetrícia, entre outros)

Fonte: (ZURRO, 2008).

A Tabela 3 mostra um exemplo de distribuição aproximada da proporção de encontros/consultas, em função do grau de organização dos serviços de Saúde.

Tabela 3 – Exemplo de organização implantada

	Necessidade clínica/assistencial	Necessidade administrativa
Motivo previsível	35%	13%
Motivo imprevisível	50%	2%

Fonte: (ZURRO, 2008).

3.2.2 Recepção e acolhimento

Vários termos com significados relacionados têm sido utilizados no dia a dia para falar do mesmo assunto: a recepção, o acolhimento, a porta de entrada, o acesso, a acessibilidade, o atendimento do dia, a demanda espontânea. Assim, ao tratar do assunto, cabe destacar o que almejamos: **que as pessoas possam usufruir dos serviços de Saúde que necessitam, no momento em que necessitam, com qualidade e equidade!**

Saiba mais sobre acolhimento: *Cadernos de Atenção Básica*, nº 28 – Acolhimento à Demanda Espontânea – Volumes 1 e 2, disponíveis em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_demanda_espontanea.pdf> e <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/caderno_28.pdf>

O usuário com doenças crônicas é, usualmente, um grande frequentador da Unidade Básica de Saúde, buscando-a por diversas razões: renovação de receitas, consulta de acompanhamento, verificação da pressão e/ou glicemia, atendimento para agudização de sua condição crônica, entre outras. Os protocolos clínicos baseados em evidências são muito úteis ao recomendar o que fazer em cada situação, a exemplo dos Cadernos de Atenção Básica.

Acolher adequadamente uma consulta de demanda espontânea implica responder à necessidade atual e organizar (programar) o acompanhamento de sua condição crônica. De modo geral, a ocorrência de uma situação aguda deve ser avaliada investigando:

- o uso das medicações prescritas, utilizadas, doses, horários;
- a alimentação (recente, eventuais exageros ou dieta muito restritiva);
- a atividade física (realização recente, muito intensa);
- o uso de álcool, tabaco e outras drogas;
- episódios de conflitos e outros estresses emocionais.

Há muitas vantagens do primeiro atendimento das complicações agudas da hipertensão arterial sistêmica e do diabetes mellitus, por exemplo, ser realizado na Unidade Básicas de Saúde (UBS). A maior parte das agudizações das doenças crônicas pode ser mais bem manejada na UBS: o profissional/a equipe conhece o usuário, seus problemas de saúde, as medicações prescritas, sua história, seu contexto. Esse episódio pode servir de alerta para a possibilidade de tratamento não adequado ou não utilização das medicações prescritas.

No decorrer da consulta por demanda espontânea, o profissional verifica e revisa o plano de acompanhamento, a periodicidade de contatos com a equipe de Saúde de acordo com seus riscos/vulnerabilidade. Caso necessário, o agendamento de consulta subsequente para avaliação clínica e solicitação de exames deve ser realizado.

O papel das regras: regras têm o propósito de apoiar o alcance dos objetivos (maior e melhor acesso, qualidade e respeito aos usuários). Se a regra não está cumprindo este propósito, deve haver a sensibilidade, por parte da equipe, para observar como melhor responder às necessidades específicas de determinado contexto e flexibilizar, abrir as exceções que aquela situação demanda (não se trata de mudar a regra geral, mas flexibilizá-la com bom senso, quando necessário).

3.2.3 O uso de diretrizes clínicas baseadas em evidências

O uso de diretrizes e protocolos assistenciais pelas equipes de Saúde está fortemente relacionado à melhor qualidade da assistência, resultando em diagnósticos mais precisos, em tratamentos mais adequados, em melhor uso de recursos e exames e em melhores resultados em Saúde.

Para que os profissionais consultem e utilizem regularmente as recomendações das diretrizes para responder aos problemas do dia a dia nas Unidades Básicas de Saúde, algumas condições são fundamentais (SSC-GHC, 2013):

- divulgação, para a equipe de Saúde, das diretrizes disponíveis para a Atenção Primária;
- as diretrizes devem estar disponíveis em local de fácil consulta (por exemplo, em todos os consultórios/salas de atendimento);

- a diretriz deve explicitar as atribuições de cada integrante da equipe no cuidado aos indivíduos (o que é de cada um – e o que é de todos), nas diversas categorias de uma equipe multidisciplinar;
- desenvolvimento de atividades de educação permanente, que iniciam com a familiarização dos profissionais com as diretrizes e seguem com atualizações e aprofundamento dos temas. É fundamental que todos os integrantes da equipe as conheçam, as discutam e as critiquem (esta é a melhor forma de os profissionais se apropriarem das diretrizes e passarem a consultá-las ao fazer recomendações aos usuários);
- monitoramento de como está a utilização das diretrizes no dia a dia. Os profissionais estão encontrando dificuldades? Quais?
- lembrar à equipe que uma diretriz apresenta as melhores recomendações, segundo evidências (estudos que demonstraram quais são as melhores orientações para um grupo de pessoas). Mas cada indivíduo é único, não há ninguém igual a ele e, por isso, cada vez que estamos diante de um usuário, devemos usar o julgamento clínico para avaliar em que medida as recomendações são úteis para ele.

“Uma diretriz assistencial é uma trilha, não um trilho.” Eugênio Vilaça Mendes

3.2.4 Estratificação segundo riscos

Estratificar significa agrupar, segundo uma ordem, um critério. Estratificar, em doenças crônicas, significa reconhecer que as pessoas têm diferentes graus de risco/vulnerabilidade e, portanto, têm necessidades diferentes.

Mas, para estratificar, é preciso identificar os riscos de cada indivíduo, que podem ser considerados como leve, moderado ou alto, segundo classificações diversas. Por exemplo, para avaliar o risco para problemas cardiovasculares, temos a Classificação de Framingham², que avalia e classifica o risco de ocorrer um evento cardiovascular nos próximos dez anos.

3.2.4.1 Por que estratificar?

Essencialmente porque as pessoas têm **diferentes necessidades**, que variam conforme seu risco. Hipertensos com baixo e médio risco cardiovascular, por exemplo, beneficiam-se mais de ações de promoção, de prevenção e de autocuidado apoiado do que hipertensos de alto risco cardiovascular, que necessitam de mais cuidados clínicos e de apoio para adesão aos tratamentos. Conhecer os riscos de cada usuário ajuda as equipes de Atenção Básica a adequar as ações, tanto individuais como coletivas, conforme as necessidades da população adscrita, além de utilizar melhor os recursos do serviço.

²Leia mais sobre o escore de Framingham em: *Cadernos de Atenção Básica*, nº 37 - Estratégias para o Cuidado da Pessoa com Doença Crônica - Hipertensão Arterial Sistêmica.

3.2.4.2 Como estratificar

Na atenção às condições crônicas, existem diferentes formas de estratificação. A seguir é apresentada proposta que busca identificar os grupos de pessoas com semelhantes necessidades, de acordo com dois critérios (MENDES, 2012): **1) a severidade da condição crônica estabelecida;** e **2) a capacidade de autocuidado,** que contempla aspectos socioeconômicos e culturais, o grau de confiança e o apoio que as pessoas têm para cuidar de si mesmas. Sturmer e Bianchini (2012) apresentam proposta que integra os dois aspectos e é descrita a seguir.

1) Severidade da doença crônica

A severidade da condição crônica é resultado da complexidade do problema (e sua interferência na qualidade de vida da pessoa) e do risco de ocorrer um evento que cause morbidade ou mortalidade. No contexto das doenças cardiovasculares, podemos estabelecer quatro graus de severidade da condição crônica, em ordem crescente (Quadro 7).

Quadro 7 – Graus de severidade das condições crônicas cardiovasculares e exemplos

Graus de severidade da condição crônica	Exemplos
Grau 1: presença de fatores de risco ligados aos comportamentos e estilos de vida na ausência de doença cardiovascular.	<ul style="list-style-type: none"> • Tabagismo • Excesso de peso • Sedentarismo • Uso de álcool
Grau 2: condição crônica simples, com fatores biopsicológicos de baixo ou de médio risco.	<ul style="list-style-type: none"> • DM e Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) dentro da meta estabelecida, sem complicações, com baixo ou médio risco cardiovascular em avaliação por escores de risco, como o escore de Framingham
Grau 3: condição crônica complexa ou presença de fatores de alto risco para complicações cardiovasculares.	<ul style="list-style-type: none"> • Alto risco para doença cardiovascular em avaliação de escores de risco • Microalbuminúria/proteinúria • Hipertrofia ventricular esquerda • Uso de insulina • DM2 acima da meta glicêmica • HAS acima da meta pressórica
Grau 4: condição crônica muito complexa ou de muito alto risco (complicação estabelecida com grande interferência na qualidade de vida).	<ul style="list-style-type: none"> • Cardiopatia isquêmica • AVC prévio • Vasculopatia periférica • Retinopatia por DM • ICC classes II, III e IV • Insuficiência renal crônica • Pé diabético/neuropatia periférica

Fonte: (STURMER; BIANCHINI, 2012, adaptado de MENDES, 2012).

Na presença de situações de diferentes graus, considera-se aquela que caracteriza o maior grau. Por exemplo: pessoa tabagista (grau 1), com hipertensão fora da meta pressórica (grau 3): considera-se grau 3 de severidade.

2) Capacidade de autocuidado

A avaliação da capacidade de autocuidado é, em boa parte, subjetiva, pois depende da percepção do profissional e da equipe de Saúde ao observar o contexto e as atitudes da pessoa diante de sua condição crônica. Mas há formas de aperfeiçoar a capacidade de avaliar esses aspectos que incluem o conhecimento sobre as crenças relacionadas à condição de saúde; as atitudes, a confiança e a motivação diante das mudanças; a importância dada à condição; e a presença e a força das redes de suporte social (MENDES, 2012).

Os autores propõem a operacionalização desse aspecto em termos de **suficiente** e **insuficiente**, que dependem do julgamento clínico, realizado por um profissional/equipe que conhece a pessoa e o seu contexto. O Quadro 8 exemplifica um conjunto de situações onde se considera como insuficiente a capacidade para o autocuidado.

Quadro 8 – Situações que ajudam a ilustrar circunstâncias em que a capacidade de autocuidado pode ser insuficiente

- Pessoas com dificuldade de compreensão de sua condição crônica, por exemplo, com expectativa de cura ou controle em curto prazo.
- Pessoas com dificuldade de compreensão das necessidades farmacológicas e de um plano de cuidados em médio e longo prazos.
- Pessoas que se encontram no estágio pré-contemplativo de mudança de comportamento, isto é, que não demonstram interesse em realizar mudanças nos próximos meses³.
- Pessoas com baixo suporte social (ausência de apoio familiar, problemas familiares e dificuldades socioeconômicas).
- Pessoas com baixa autoeficácia⁴, isto é, que não acreditam em si mesmas como agentes de mudança de suas condições.
- Pessoas com postura reativa às suas condições crônicas, que reduzem sua sociabilidade e tornam-se reclusas por causa de suas limitações, muitas vezes fazendo dos seus problemas o centro de suas vidas.
- Pessoas que se recolhem em sua condição crônica, sem ação para melhoria de sua condição.
- Pessoas que abandonam o acompanhamento por não atingirem as metas, por exemplo, usuário obeso que desiste do plano de cuidados ao ver que não perdeu peso.
- Pessoas com depressão grave, com prejuízo no desempenho das suas atividades diárias.

Fonte: (STURMER; BIANCHINI, 2012).

³Para compreender mais sobre os estágios de mudança de comportamento segundo o Modelo Transteorético, consulte *Cadernos de Atenção Básica*, nº 38 - Estratégias de Cuidado para a Pessoa com Doença Crônica - Obesidade.

⁴Autoeficácia é um conceito bastante utilizado em mudanças de comportamento. Pode ser definida pela confiança do indivíduo de que ele possa realizar determinada atividade. A autoeficácia pode ser aumentada por: (a) aquisição de habilidades que tornem o objetivo mais fácil de alcançar (por exemplo, ler e compreender as informações nutricionais dos rótulos aumenta a confiança da pessoa em mudar sua dieta); (b) lembrança de sucessos pessoais prévios; e (c) observação de outros pares que atingiram um objetivo comum ao da pessoa (BANDURA, 1997).

A avaliação da capacidade de autocuidado tem caráter dinâmico e dependente da postura da pessoa diante de sua condição crônica. É desejável que pessoas com capacidade de autocuidado considerado insuficiente progridam para um grau suficiente. O papel das equipes de Atenção Básica é fundamental no sentido de apoiar os portadores de condições crônicas a receberem informações que lhes permitam tomar postura proativa de cuidado.

A capacidade de autocuidado deve ser sistematicamente avaliada pelos profissionais, que precisam estar atentos a mudanças de atitude dos usuários. O julgamento do profissional integra os aspectos socioeconômicos, culturais e a capacidade do indivíduo/família para o autocuidado. Pode ocorrer que, ainda que a classificação pontue como de baixo ou de médio risco determinado indivíduo, o profissional pode considerá-lo de alto risco devido a um contexto momentâneo desfavorável. Informações trazidas pelo agente comunitário de Saúde (ACS) – ou qualquer membro da equipe – são relevantes para aperfeiçoar-se a avaliação do risco/vulnerabilidade.

Avaliar o grau de severidade e a capacidade de autocuidado tem por objetivo conhecer melhor as necessidades de cuidado de cada pessoa (e do grupo com um mesmo estrato de risco) e, assim, planejar as melhores recomendações de cuidado. O Quadro 8 e a Figura 4 integram o conjunto das informações.

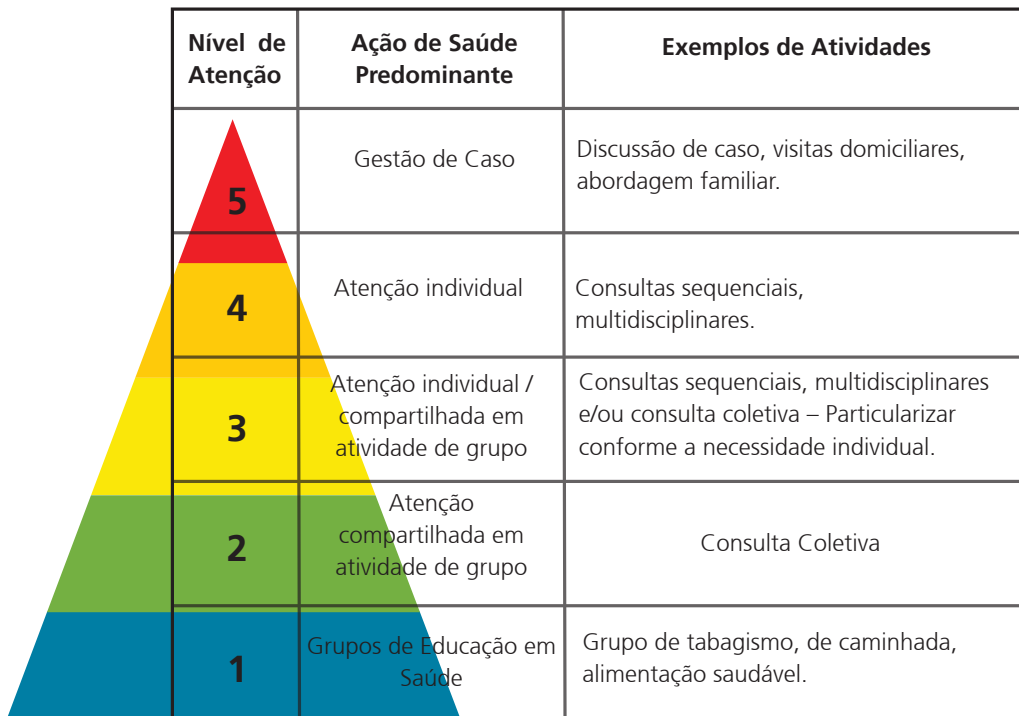
O produto do Quadro 9 são cinco níveis (estratos), que orientam o tipo de atenção profissional necessário. Esses aspectos estão ilustrados na Figura 4, onde, para cada nível da pirâmide, uma recomendação de uma ação de Saúde específica é considerada predominante. No entanto, é importante destacar que isso não exclui as demais recomendações.

Quadro 9 – Grau de severidade da condição crônica e capacidade para autocuidado, determinando o nível (ou estrato) de estratificação

GRAU DE SEVERIDADE DA CONDIÇÃO CRÔNICA	Capacidade para autocuidado INSUFICIENTE	Capacidade para autocuidado SUFICIENTE
Grau 4: Doença cardiovascular estabelecida	ESTRATO 5	ESTRATO 4
Grau 3: HAS/DM acima da meta, sinais de lesão em órgão-alvo sem doença estabelecida (proteinúria, hipertrofia ventricular esquerda), alto risco pelo escore de Framingham	ESTRATO 4	ESTRATO 3
Grau 2: HAS/DM dentro da meta, baixo/médio risco cardiovascular pelo escore de Framingham	ESTRATO 2	ESTRATO 2
Grau 1: Somente fatores de risco	ESTRATO 1	ESTRATO 1

Fonte: (STÜRMER; BIANCHINI, 2012).

Figura 4 – Os diferentes estratos de risco e correspondentes exemplos de ações predominantemente recomendadas para doenças crônicas cardiovasculares



Nível de Atenção	Ação de Saúde Predominante	Exemplos de Atividades
5	Gestão de Caso	Discussão de caso, visitas domiciliares, abordagem familiar.
4	Atenção individual	Consultas sequenciais, multidisciplinares.
3	Atenção individual / compartilhada em atividade de grupo	Consultas sequenciais, multidisciplinares e/ou consulta coletiva – Particularizar conforme a necessidade individual.
2	Atenção compartilhada em atividade de grupo	Consulta Coletiva
1	Grupos de Educação em Saúde	Grupo de tabagismo, de caminhada, alimentação saudável.

Fonte: (STÜRMER; BIANCHINI, 2012).

O **estrato 1**, a situação de menor risco/vulnerabilidade, equivalente à maioria da população, representa as pessoas que possuem apenas os fatores de risco ligados a comportamentos e a estilo de vida, não apresentando doença estabelecida. Nessa situação, o apoio ao autocuidado é uma estratégia fundamental. A principal ação de Saúde são atividades de educação em Saúde direcionadas à abordagem dos fatores de risco.

O **estrato 2**, considerado baixo risco, corresponde às pessoas com fatores biopsicológicos estabelecidos e que exigem cuidado profissional mais dirigido; mas o apoio ao autocuidado ainda é a base da abordagem. A constatação de baixo risco recomenda ações de apoio ao autocuidado e cuidado compartilhado entre os diferentes profissionais da equipe de Saúde. A consulta coletiva pode ser um exemplo.

O **estrato 3** compreende um estrato intermediário, onde a condição crônica representa um risco maior, e a condição clínica determina o tipo de Atenção à Saúde a ser ofertado pela equipe. Por exemplo, quando a hipertensão não está controlada apesar do cumprimento do plano de cuidados, a atenção clínica precisa ser particularizada indo além das recomendações de protocolos, seja para investigação e/ou controle.

O **estrato 4** representa pessoas com alto risco e que apresentam insuficiente capacidade para o autocuidado, ou aquelas que já possuem enfermidade crônica muito complexa, mas

possuem capacidade suficiente de autocuidado. Esse grupo demanda atenção mais concentrada e individual por parte dos profissionais, por exemplo, com consultas sequenciais realizadas pelos diferentes profissionais implicados no cuidado da condição de saúde.

O estrato 5 corresponde às pessoas que necessitam da maior concentração de atenção profissional, pois, à gravidade da condição estabelecida soma-se a insuficiente capacidade de autocuidado. Essas pessoas devem ser cuidadas, prioritariamente, por meio da gestão de caso (ver a seguir).

A estratificação de risco nas diferentes regiões e municípios do Brasil irá seguir critérios pactuados, de acordo com as especificidades de cada localidade. Como exemplo, podemos citar a estratificação de risco para diabetes mellitus da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba (Quadro 10):

Quadro 10 – Estratificação de risco da população em relação ao DM tipo 2

Risco	Critério
Baixo	Pessoa com glicemia de jejum alterada ou intolerância à sobrecarga de glicose
Médio	Pessoa com DM diagnosticado e: <ul style="list-style-type: none"> – controle metabólico e pressórico adequado – sem internações por complicações agudas nos últimos 12 meses – sem complicações crônicas
Alto	Pessoa com DM diagnosticado e: <ul style="list-style-type: none"> – controle metabólico ou pressórico inadequado ou – controle metabólico e pressórico adequados, mas com internações por complicações agudas nos últimos 12 meses ou complicações crônicas
Muito alto	Pessoa com DM diagnosticado e: <ul style="list-style-type: none"> – controle metabólico ou pressórico inadequado + internações por complicações agudas nos últimos 12 meses e/ou complicações crônicas
Gestão de caso	Pessoa com DM diagnosticado e: <ul style="list-style-type: none"> – controle metabólico e pressórico inadequado mesmo com boa adesão ao plano de cuidado (diabete de difícil controle) – múltiplas internações por complicações agudas nos últimos 12 meses – síndrome arterial aguda, há menos de 12 meses – AVE ou AIT, IAM, angina instável, DAP com intervenção cirúrgica – complicações crônicas severas – doença renal estágio 4 e 5, artropatia de Charcot, cegueira, múltiplas amputações, pés com nova ulceração, necrose, infecção e edema – comorbidades severas (câncer, doença neurológica degenerativa, doenças metabólicas, entre outras) – risco social – idoso dependente em instituição de longa permanência; pessoas com baixo grau de autonomia, incapacidade de autocuidado, dependência + ausência de rede de apoio familiar ou social

Fonte: (CAVALCANTI, 2010).

3.2.5 A gestão de caso

A gestão de caso é o processo cooperativo que se desenvolve entre um profissional gestor de caso, uma pessoa portadora de uma condição de saúde muito complexa (estrato 5) e sua família. Tem os objetivos de propiciar atenção de qualidade, humanizada, diminuir a fragmentação da Atenção à Saúde, aumentar a capacidade funcional e preservar autonomia individual e familiar. Evidências de boa qualidade mostram que a gestão de caso apresenta resultados sanitários e econômicos positivos quando utilizada na Atenção Primária à Saúde (MENDES, 2012).

O propósito da gestão de caso é **integrar, coordenar e advogar** pelos indivíduos, famílias ou grupos que necessitam de cuidados de longo prazo. Os objetivos são, portanto, diminuir a fragmentação do cuidado; advogar (defender) as necessidades e expectativas de pessoas em situação especial; aumentar a qualidade do cuidado; facilitar a comunicação com os prestadores de serviços; coordenar o cuidado em toda a rede de Atenção à Saúde.

A condição para acontecer a gestão de caso é a escolha de um profissional da equipe que irá coordenar o trabalho de um grupo de profissionais, em relação a um paciente/família.

A situação onde a gestão de caso tem sua maior utilidade é nos casos complexos, em que diversos profissionais devem atuar de forma coordenada e grandes recursos e esforços são despendidos. Para integrar o cuidado, coordenar as ações e advogar para que o paciente receba o serviço certo na hora certa, é preciso que um profissional esteja a par de todas as recomendações e cuidados (exames a serem feitos em diferentes serviços em datas variadas; medicamentos a serem utilizados em horários e quantidades variadas; cuidados com dietas; horários de comparecimentos a serviços de Saúde; etc). E, justamente por serem casos complexos, nem sempre é fácil identificar recursos familiares/sociais que assumam o cuidado.

Assistentes sociais e enfermeiros são, frequentemente, os profissionais que melhor realizam a gestão de casos, reunindo e coordenando a equipe multidisciplinar para a análise da situação, a elaboração do plano de cuidado, a utilização dos recursos, o acompanhamento e a avaliação, a periodicidade da discussão do caso, fornecendo subsídios sociais e dados que possam contribuir para o diagnóstico e para o acompanhamento.

Assim, pode-se dizer que a gestão de caso é um processo de cuidado cooperativo que se desenvolve entre: a) o portador de uma condição de saúde complexa/e sua família; b) o profissional gestor de caso e sua equipe; c) a rede de suporte social.

Para considerar que há gestão de caso, deve haver um **plano conjunto de cuidado** construído de forma multidisciplinar entre os componentes da equipe que estão comprometidos com a resolução dos problemas e o usuário/família. Na gestão de caso, trabalha-se para a obtenção de um objetivo comum (expresso pelo plano conjunto de cuidado).

O gestor de caso responsabiliza-se por uma pessoa durante a duração da condição crônica de saúde e faz julgamentos sobre a necessidade e a propriedade dos serviços ofertados e recebidos. Um bom gestor de caso deve conhecer bem os recursos e serviços disponíveis na rede assistencial; ser bom negociador (habilidoso com o paciente, com a família, com os recursos sociais); ser hábil na comunicação. Esse profissional tem a incumbência de coordenar a atenção, utilizando-se de todos os serviços e de todas as instituições que compõem uma Rede de Atenção à Saúde (RAS), de verificar se os componentes do plano de cuidado estão sendo bem prescritos e cumpridos.

O processo da gestão de caso envolve as etapas: (a) seleção do caso; (b) identificação das necessidades/problemas da pessoa. Em geral, essas necessidades são múltiplas, dependem de profissionais de diferentes disciplinas e diferentes setores da Saúde e fora da Saúde. A capacidade de autocuidado costuma ser muito baixa e a equipe de Saúde tem um grande papel nestes casos; (c) elaboração conjunta e a implementação do plano de cuidado. Planejar, acompanhar e avaliar opções de cuidados e de coordenação da Atenção à Saúde, de acordo com as necessidades da pessoa e com o objetivo de propiciar uma atenção de qualidade, humanizada, capaz de aumentar a capacidade funcional e preservar autonomia individual e familiar; (d) monitoramento do plano de cuidado e avaliação do cumprimento das metas.

a) A seleção do caso

As pessoas que necessitam da gestão de caso, em geral, são aquelas que apresentam condições crônicas complexas e/ou de alto risco (uma complicação estabelecida, com grande interferência na qualidade de vida).

Exemplos de condição crônica complexa: cardiopatia isquêmica; acidente vascular cerebral (AVC) prévio; retinopatia por DM; ICC classes II, III e IV; insuficiência renal crônica; vasculopatia periférica; pé diabético; comorbidades; polifarmácia; doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) grave; consultadores crônicos e/ou baixa adesão às intervenções prescritas; readmissões hospitalares sucessivas; alvo de eventos-sentinelas (HIV/aids, certos nascimentos prematuros, transplantes, terapia renal substitutiva, lesões medulares); pessoas que vivem só desprovidas de condições para o autocuidado; idosos frágeis; portadores de distúrbios mentais graves; pessoas atingidas por danos catastróficos; evidências de algum tipo de abuso; moradores de rua; pobreza extrema; graves problemas familiares ou econômico-sociais; pessoas desprovidas de redes de suporte social; depressão grave.

“Uma pequena minoria de portadores de condições de saúde muito complexas é responsável por uma grande maioria do uso dos recursos em Saúde”. Essa regra diz que os doentes mais graves e que utilizam grande parte dos recursos são relativamente poucos na população geral. Além disso, são os que mais sofrem. Por consequência, devem receber atenção singular (seja por razões sanitárias, humanitárias ou de custos).

b) A identificação do problema

A seleção do caso é seguida da identificação do(s) problema(s) e, para tal, é necessário recolher o máximo de informações sobre a pessoa que será o sujeito da gestão de caso.

É fundamental conhecer o usuário e sua rede social, bem como as suas condições de vida, incluindo a visita ao domicílio. O histórico de saúde deve ser construído, com participação dos diversos profissionais da equipe na sua elaboração. Poderá ser utilizada uma ficha de registro e acompanhamento com informações sobre a presença de fatores complicadores, de cronicidade e comorbidades.

Este estudo, que integra as informações de vários profissionais, serviços e familiares, leva a uma lista de problemas, a base para elaboração do plano de cuidados e os objetivos da Atenção à Saúde.

c) A elaboração e a implementação do plano de cuidados

O plano de cuidados é uma atividade conjunta com a pessoa usuária e sua família. Em alguns casos, o plano exigirá a presença de outros atores como o cuidador, membro de movimento social ou do grupo religioso, ou outros.

É durante a elaboração e implementação do plano de cuidados que é definida a melhor maneira de alcançar os objetivos propostos para a gestão do caso. Neste momento, a atribuição do gestor de caso é definir o que precisa ser feito; como será feito; quem proverá os serviços; quando os objetivos serão alcançados; e onde o cuidado será prestado. Essa etapa exige criatividade para se escolher a melhor alternativa para que os objetivos sejam alcançados.

A maioria dos objetivos está composta por metas menores ou atividades que devem ser alcançadas, para que se cumpram os objetivos maiores. Assim, o objetivo maior de uma pessoa idosa que recebeu uma prótese de quadris, ou seja, de andar metros com independência, envolve metas intermediárias como realizar a cirurgia, a retirada dos equipamentos de suporte vital, a estabilização dos exames de sangue, a utilização de uma cadeira de rodas etc.

Espera-se uma melhor qualidade da Atenção à Saúde, o uso eficiente dos recursos e o máximo possível de autonomia e independência às pessoas. Para tal, é necessário priorizar necessidades e objetivos, e isso pode causar conflitos entre as propostas do gestor de caso e as expectativas da pessoa ou da sua família.

Priorizadas as necessidades e os objetivos, há de se detalhar as intervenções previstas no plano de cuidado, o que vai envolver o conhecimento dos recursos de Saúde, com as especificidades de cada ponto de atenção e dos sistemas de apoio. É essencial conhecer os recursos da comunidade que possam ajudar a implementar o plano de cuidado. Neste momento, o gestor de caso exercita sua função de coordenação da Atenção à Saúde, procurando garantir a prestação da atenção certa, no lugar certo, com a qualidade certa e com o custo certo e de forma humanizada.

d) O monitoramento do plano de cuidado e a avaliação do alcance das metas

Os planos de cuidados precisam ser dinâmicos, assim como a vida das pessoas e seu contexto. E, para que permaneçam adequados e em direção ao alcance dos objetivos, precisam ser monitorados e feitos reajustes às intervenções, se for o caso.

O monitoramento pode ser presencial, por telefone ou por correio eletrônico. O monitoramento deve se fazer, ademais, para verificar se as necessidades da pessoa e de sua família estão sendo satisfeitas. Uma gestão de caso bem-sucedida implica alcançar essas necessidades em vários campos: criar uma atmosfera de esperança; responder com honestidade a todas as questões; garantir o cuidado humano e de qualidade; conhecer o prognóstico; conhecer a evolução da pessoa; saber o que está sendo feito e o que deverá ser feito; falar frequentemente com os profissionais que prestam o cuidado; estar presente na residência da pessoa quando necessário; instruir sobre os cuidados a serem providos; e saber abordar a possibilidade da morte.

Quadro 11 – Gestão de caso

Um exemplo de gestão de caso

O sr. João Adamastor, 75 anos, é viúvo, apresenta hipertensão arterial de difícil controle, tem dificuldade de deambular devido à gonartrose⁵ bilateral e tem sequelas motoras de AVC (hemiplegia à esquerda). É usuário de polifarmácia pela HAS e dor crônica. No último ano, foi hospitalizado duas vezes. Mora com a filha Joana, que é casada e tem dois filhos, de 9 e 15 anos, e trabalha um turno do dia. Seu marido trabalha dois turnos em indústria metalúrgica.

Joana solicitou ajuda da equipe de Saúde, pois estava encontrando dificuldades para lidar com os problemas de saúde do pai. A assistente social e a enfermeira visitaram a família. Após a visita, a assistente social considerou tratar-se de uma situação para “gestão de caso” com base nos seguintes critérios:

- presença de comorbidades: HAS, sequela de AVC, gonartrose bilateral com dificuldades de mobilidade;
- utilização de polifarmácia, com indicação de vários medicamentos prescritos para uso contínuo por mais de seis meses, e dificuldade de cumprir horários e doses estabelecidos;
- presença de familiares próximos, mas necessitando orientação para compor uma rede de apoio familiar.

A conversa com o seu João, a filha e o neto de 15 anos permitiu conhecer melhor o contexto e as dificuldades:

O sr. João Adamastor da Silva, pardo, viúvo há dez anos, ex-estivador, de escolaridade equivalente ao ensino médio completo, ex-sambista, agnóstico, portador de hipertensão arterial sistêmica diagnosticada há 20 anos e com sequelas de AVC ocorrido há cinco anos, com gonartrose bilateral, sem certeza da data do aparecimento de sintomas. Usuário de captopril 25 mg, 2 comprimidos (cp) 3x/dia, propranolol 40 mg, 2 cp 3x/dia, hidroclorotiazida 25 mg, 1x/dia, AAS 100 mg 1x/dia, sinvastatina 20 mg, 1x/dia, paracetamol 500 mg, 2 cp de 8 em 8 horas em caso de dor, intercalado com ibuprofeno 600 mg, 1 cp de 8 em 8 horas se dor persistente e omeprazol 20 mg, 1 cp ao dia. Pedrinho, o neto, é muito próximo ao avô, mas não entende “por que tanta receita”.

Na rotina familiar, o sr. João fica cerca de quatro horas sozinho na casa e passa boa parte do dia assistindo à televisão e ouvindo rádio. Tem vontade de procurar dois vizinhos de pátio, mas não tem tido a iniciativa. A casa é plana, porém o acesso às portas de entrada se dá por meio de dois degraus sem corrimão. O piso da cozinha é de cerâmica e escorregadio quando molhado. Tapetes soltos trazem o risco de tropeços. Os banheiros não têm corrimão de apoio.

É usuário eventual da UBS, alegando difícil locomoção. Na UBS, por meio da revisão de prontuário e de reunião da equipe, constatou-se a adesão parcial às recomendações terapêuticas; é atendido

Continua

⁵Doença reumática mais comum em indivíduos acima de 65 anos, acomete os joelhos e representa uma das maiores causas de dores articulares.

Conclusão

por diferentes médicos, não sendo possível identificar o médico responsável pelo sr. João. Não tem avaliação odontológica, reumatológica e nutricional recentes. Não há menção de seu estado de ânimo e disposição para realizar as recomendações em saúde.

Etapas a serem percorridas pela equipe de Saúde:

1. Definir o gestor do caso e estratégias para reforçar o vínculo entre um médico e o sr. João. Considerando que o sr. João tem um plano medicamentoso definido e as dificuldades estão muito relacionadas à organização da rede familiar e social, ficou estabelecido que o assistente social fosse o gestor do caso. Foi definido o médico que, a partir de então, cuidará do sr. João.
2. Elaborar a lista de problemas/necessidades e expectativas do sr. João e da família.
3. Definir e pactuar as metas clínicas e de mudanças de rotinas.
4. Elaborar, em conjunto (gestor do caso, profissionais da equipe envolvidos no cuidado, sr. João e família), um plano de ação. Os objetivos do plano foram assim definidos:
 - Melhorar a adesão às recomendações terapêuticas (tanto as medicamentosas quanto aquelas que dizem respeito à mudança de hábitos): avaliar a possibilidade de simplificar os esquemas medicamentosos; informar melhor a respeito da importância da medicação no controle da pressão arterial, envolvendo os familiares.
 - Diminuir riscos ambientais/do domicílio.
 - Melhorar a capacidade locomotora, aumentando a independência do sr. João e estimulando-o a buscar atividades sociais de seu interesse.
 - Realizar ações de educação em saúde e autocuidado, visando aumentar a autonomia e qualidade de vida e evitar as agudizações clínicas e hospitalizações.
5. Definir responsabilidades:
 - Médico responsável: revisar as necessidades clínicas de acompanhamento na Atenção Primária e Especializada. Após avaliação clínica, apontar quais outros cuidados e profissionais de Saúde precisam ser envolvidos para uma atenção integral.
 - Enfermeira e farmacêutica: reavaliar os esquemas de medicamentos em acordo com o médico.
 - Assistente social/gestor do caso: combinar com o sr. João e família: horários, lembretes e o familiar responsável pelas administrações; definir quem acompanhará o sr. João às consultas com os especialistas e como se darão os deslocamentos; estabelecer com a família uma readequação da casa para facilitar os deslocamentos no seu interior e evitar acidentes (retirada dos tapetes, colocação de corrimãos nas escadas de acesso, evitar chão molhado na cozinha); definir a periodicidade das visitas domiciliares pelo agente comunitário de Saúde. Assegurar-se de que as combinações estão sendo realizadas e, se não, quais as dificuldades em realizá-las.
 - Monitorar o cumprimento dos acordos feitos no plano conjunto e o alcance dos resultados, avaliando sua adequação e o surgimento de novas necessidades.

Fonte: (SSC-GHC, 2013).

Referências

- CAVALCANTI, Ana Maria. **Diabete Melito** Tipo 2: diretriz de atenção à pessoa com Diabete Melito Tipo 2. Curitiba, PR: Secretaria Municipal da Saúde, 2010.
- CENTRO DE ESTUDOS E PESQUISA EM ATENÇÃO PRIMÁRIA (CEPAPS). Serviço de Saúde Comunitária. Grupo Hospitalar Conceição. **Avaliação da Atenção à Saúde em Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Melito em Atenção Primária à Saúde**. Projeto de pesquisa em andamento, resultados preliminares. 2012. No prelo.
- HART, J. T. The inverse care law. *Lancet*, [S.l.], v. 297, n. 7696, p. 405-412, feb. 1991.
- MENDES, E. V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da Estratégia Saúde da Família**. Brasília: OPAS, 2012.
- SERVIÇO DE SAÚDE COMUNITÁRIA-GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO (SSC-GHC). **Diretrizes para o planejamento 2013**: orientações para a organização da assistência nas unidades de saúde do SSC e Centros de Apoio Psicossocial (CAPS). Porto Alegre, 2013. No prelo.
- STÜRMER, P. L.; BIANCHINI, I. **Atenção às condições crônicas cardiovasculares: uma proposta de estratificação baseada nas necessidades das pessoas**. 2012. No prelo.
- TAKEDA, S. M. P. Organização de serviços de APS. In: DUNCAN, Bruce Bartholow; SCHMIDT, Maria Inês; GIUGLIANI, Elsa (Orgs.). **Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseada em evidências**. 4. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2013.
- ZURRO, M. **Atención primaria: conceptos, organización y practica clínica**. 6. Ed, v. 1. Madrid: Elsevier, 2008.

Promoção da saúde e prevenção de doenças: intervenções comuns às doenças crônicas

4

Como já foi dito no capítulo anterior, os quatro grupos de doenças crônicas de maior impacto mundial (doenças do aparelho circulatório, diabetes, cânceres e doenças respiratórias) possuem quatro fatores de risco em comum: tabagismo, inatividade física, alimentação não saudável e consumo excessivo de álcool.

Neste capítulo, abordaremos aspectos gerais de cada um desses fatores de risco e quais as metas a serem atingidas para uma vida saudável.

4.1 Tabagismo

A prevalência do tabagismo em maiores de 18 anos diminuiu substancialmente no Brasil, porém parece haver uma estabilização entre 2006 e 2009, com prevalência atual de 14,8%, sendo maior no sexo masculino (18,1%) do que no sexo feminino (12%) (BRASIL, 2012). Entre os jovens com 14 anos, 6,3% fumaram nos últimos 30 dias, enquanto a média das Américas é de 4,9% (KAPLAN, 2010).

O tabagismo, antes visto como um estilo de vida, atualmente é reconhecido como uma dependência química, expondo as pessoas a inúmeras substâncias tóxicas, sendo classificado no código internacional de doenças no grupo dos transtornos mentais e de comportamento decorrentes do uso de substâncias psicoativas (INCA, 2001). Existem várias formas de consumo do tabaco e todas são nocivas à saúde: cigarro, charuto, cachimbo, narguilé, rapé e uso oral do tabaco – tabaco sem fumaça (moído e mascado) (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA et al., 2010).

Mais de 4.700 substâncias já foram identificadas na fumaça do cigarro, sendo que mais de 50 delas são carcinogênicas e, o restante, tóxicas (WHO, 2009; ACHUTTI et al., 2004). O tabagismo está relacionado com várias doenças: 30% de todos os casos de câncer (cavidade oral, faringe, esôfago, estômago, pâncreas, cólon, reto, fígado e vias biliares, rins, bexiga, colo de útero, vulva, leucemia mieloide), 90% dos casos de câncer de pulmão, 75% dos casos

de bronquite crônica e enfisema pulmonar, 25% dos casos de cardiopatia isquêmica e doença cerebrovascular (ACHUTTI et al., 2004), além de inúmeras outras condições (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA et al., 2010).

O uso de qualquer produto derivado do tabaco, mesmo em doses baixas, está relacionado com o aumento do risco cardiovascular (TEO et al., 2006), sendo que a cessação do tabagismo reduz significativamente a incidência de doença coronariana, acidente vascular cerebral e insuficiência renal (CRITCHLEY; CAPEWELL, 2003) **[GRADE C]**.

O tabagismo é considerado, pela OMS, a principal causa de morte evitável em todo o mundo. O tabaco é um fator de risco para seis das oito principais causas de morte no mundo (doença isquêmica do coração, AVC, infecção respiratória baixa, DPOC, tuberculose, câncer de pulmão, brônquios e traqueia) e mata uma pessoa a cada seis segundos (WHO, 2008). A mortalidade decorrente do tabagismo, nos adultos, já é maior que o somatório de óbitos por HIV, malária, tuberculose, alcoolismo, causas maternas, homicídios e suicídios combinados (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA et al., 2010).

A cessação do tabagismo nos jovens, especialmente antes dos 40 anos, está associada a um maior declínio de mortalidade prematura (JACKSON; RUBENFIRE, 2010) **[Grau de Recomendação A]**. Entretanto, o benefício de parar de fumar acontece mesmo após o desenvolvimento de doenças relacionadas ao cigarro, como doenças cardiovasculares (DCV) e DPOC (JACKSON; RUBENFIRE, 2010). Portanto, nunca é tarde para incentivar as pessoas a deixarem esse hábito. A cessação do tabagismo antes dos 50 anos, após 16 anos de abstinência, provoca redução de 50% no risco de morte por doenças relacionadas ao tabagismo. O risco de morte por câncer de pulmão sofre redução de 30% a 50% em ambos os sexos após 10 anos sem fumar (INCA, 2001).

O tratamento do fumante está entre as intervenções médicas que apresentam a melhor relação custo-benefício, com custo inferior ao tratamento da HAS, da dislipidemia e do infarto (INCA, 2001). Cabe aos profissionais de Saúde, especialmente na Atenção Primária, promover ações de informação e de incentivo ao abandono do tabaco a todos os fumantes que utilizam esse serviço, que podem ser particularmente efetivas devido ao vínculo habitualmente estabelecido entre esses profissionais e os usuários. Pesquisas confirmam que abordagens rápidas, repetidas em cada consulta e que reforçam a necessidade de parar com o uso do tabaco aumentam significativamente as taxas de abstinência (FIORE et al., 2009) **[Grau de Recomendação A]**.

4.1.1 O tabagismo e a doença cardiovascular

O tabagismo é considerado um dos maiores fatores de risco para as doenças cardiovasculares (DCV) e a maior causa de doença coronariana, tanto em homens quanto em mulheres, assim como já está bem estabelecida a sua correlação com a doença cerebrovascular. Aqueles que fumam mais de 20 cigarros por semana aumentam em cinco vezes o risco de morte súbita (FERREIRA et al., 2009). Além disso, o tabagismo é o mais importante fator de risco para a doença arterial periférica, e até o fumo passivo já foi identificado como fator notável para a doença coronariana (LION, 2009).

Mulheres fumantes têm risco relativo maior de desenvolver doenças cardiovasculares do que os homens. Os motivos para essa diferença ainda não são conhecidos, mas poderiam ser devidos a um efeito adverso da fumaça do tabaco sobre o estrogênio.

O risco de doença coronariana aumenta com o número de cigarros fumados por dia, o número total de anos de fumo e a precocidade da idade em que se começou a fumar. E reduz, significativamente, nos primeiros dois anos após a cessação (U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES, 2001). Mulheres que fumam e usam anticoncepcionais orais têm até 10 vezes mais chance de ter infarto do miocárdio, embolia pulmonar e tromboflebite do que aquelas que não fumam (INCA, 2010), assim como o hábito de fumar está associado a um risco maior de acidente vascular isquêmico, hemorragia subaracnóidea e hemorragia intracerebral primária. Entretanto, a maioria dos estudos aponta para significativa redução na incidência de doença coronariana e AVC após a cessação do tabagismo (ACHUTTI et al., 2004) e o risco de um AVC após 5 a 15 anos de abstinência é o mesmo de quem nunca fumou (U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES, 2001).

Além disso, o tabagismo é um importante preditor da progressão e severidade da aterosclerose da carótida em mulheres, e a abstinência do tabaco parece diminuir as taxas de progressão dessa doença. Da mesma forma, mulheres que fumam têm risco aumentado de aterosclerose vascular periférica, bem como de morte por ruptura de aneurisma de aorta abdominal, e a cessação do tabagismo está relacionada com melhora dos sintomas, melhor prognóstico e sobrevida (U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES, 2001).

A doença cardiovascular é a causa de morte mais comum entre fumantes. Os efeitos do fumo de cigarros no início e na progressão da aterosclerose, assim como de suas complicações, são os maiores responsáveis pelo aumento do risco cardiovascular em fumantes (LION, 2009).

Dessa forma, não fumar – ou parar com o tabagismo – é um dos pilares da prevenção cardiovascular (ACHUTTI et al., 2004).

4.1.2 O tabagismo e o diabetes *mellitus*

Os efeitos prejudiciais do tabagismo nas complicações diabéticas, particularmente na nefropatia e na morbidade e mortalidade macrovascular, estão bem estabelecidos, mas há poucos estudos correlacionando o tabagismo como uma das causas do diabetes (U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES, 2001).

Como o diabetes tipo 1 frequentemente ocorre em crianças e adolescentes, nos quais o tabagismo ainda não é tão usual, não existem estudos estabelecendo essa correlação (U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES, 2001).

O tabagismo parece estar associado a processos metabólicos relacionados com o diabetes, incluindo a homeostase da glicose, hiperinsulinemia e resistência à insulina. Tanto em homens quanto em mulheres com tolerância à glicose normal foram encontrados níveis de hemoglobina A1c mais altos entre fumantes que em não fumantes. O grau de resistência à insulina parece estar diretamente relacionado com o número de cigarros fumados, embora o seu mecanismo ainda não esteja claro. O tabagismo pode afetar diretamente a secreção pancreática de insulina, ou a sua associação com os hormônios contrarreguladores (cortisol e catecolaminas) pode desempenhar este papel (U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES, 2001).

Nas pessoas com diabetes, o tabagismo causa aumento no risco de doença macro e microvascular. O tabagismo é um fator de risco independente para a mortalidade por todas as causas (INCA, 2010) **[Grau de Recomendação A]**. Existe uma relação dose-resposta entre

a quantidade de cigarros consumidos e o risco de doença coronariana – risco relativo⁶ (RR) de 1,7 e 2,68 para mulheres que fumam até 14 e mais de 15 cigarros ao dia, respectivamente. O mesmo estudo também mostrou uma mortalidade em mulheres com diabetes com RR de 1,4 para aquelas que fumam até 14 cigarros ao dia; RR de 1,64 para as que fumam de 15 a 35 cigarros ao dia; e RR de 2,1 para as que consomem mais de 35 cigarros ao dia. O risco diminui drasticamente dez anos após a cessação do tabagismo (GUPTA; SINGH; GUPTA, 2004).

O cigarro também aumenta as concentrações de colesterol total e LDL, diminui o HDL e aumenta a resistência à insulina. Os fumantes, por um mecanismo ainda desconhecido, apresentam maiores níveis glicêmicos. Os fumantes que têm diabetes apresentam risco aumentado para neuropatia e doença renal em estágio terminal (INCA, 2010).

4.1.3 O tabagismo e a hipertensão arterial sistêmica

Embora fumar seja um fator de risco para o desenvolvimento de DCV, o papel do tabagismo como fator de risco para HAS não está, ainda, bem definido (GUPTA; SINGH; GUPTA, 2004). No entanto, sabe-se que fumar um cigarro eleva momentaneamente a pressão arterial, podendo o seu efeito manter-se por até duas horas (GUPTA; SINGH; GUPTA, 2004).

A incidência de hipertensão é maior entre mulheres que fumam mais de 15 cigarros por dia, e a concomitância de hipertensão e tabagismo diminui a função ventricular esquerda em pessoas assintomáticas (KAPLAN, 2010). Estudos mostram aumento de até 20 mmHg na pressão sistólica após o primeiro cigarro do dia. Além disso, o cigarro aumenta a resistência às drogas anti-hipertensivas, fazendo com que elas funcionem menos que o esperado (FERREIRA et al., 2009; CHOBANIAN, 2003).

O tabagismo também aumenta o risco de complicações cardiovasculares secundárias em hipertensos e aumenta a progressão da insuficiência renal. Além disso, a cessação do tabagismo pode diminuir rapidamente o risco de doença coronariana entre 35% e 40% (FERREIRA et al., 2009).

Sabe-se que os fatores de risco cardiovasculares habitualmente apresentam-se de forma agregada: a predisposição genética alia-se aos fatores ambientais em famílias cujo estilo de vida é pouco saudável. Dessa forma, entre as principais recomendações não medicamentosas para a prevenção primária da HAS está, além da alimentação saudável, da atividade física regular e da restrição de consumo de sódio e de álcool, o combate ao tabagismo (SBC, SBH, SBN, 2010).

Todos esses achados reforçam que a cessação do tabagismo deveria ser um importante componente da estratégia para o controle da HAS (GUPTA; SINGH; GUPTA, 2004; BRITISH HYPERTENSION SOCIETY, 2006).

⁶RR = risco relativo. Indica a probabilidade do risco de adoecer entre grupos de expostos e não expostos a um determinado fator em estudo. No estudo em questão, mulheres que fumam mais de 15 cigarros ao dia possuem risco 2,68 vezes maior de desenvolver doença coronariana em relação às que não fumam.

4.1.4 Tabagismo passivo

O tabagismo passivo consiste na inalação da fumaça de derivados do tabaco (cigarro, charuto, cigarrilhas, cachimbo e outros produtores de fumaça) por indivíduos não fumantes que convivem com fumantes em ambientes fechados. A fumaça dos derivados do tabaco é denominada poluição tabagística ambiental (PTA) e, segundo a OMS, torna-se ainda mais grave em locais fechados (WHO, 2009).

Hoje já está comprovado que os efeitos deletérios da exposição à PTA não se limitam aos efeitos de curto prazo, como irritação nasal, ocular e na garganta, cefaleia, náusea, vômito e tosse. Estudos de meta-análise mostram que pessoas expostas cronicamente à PTA têm risco 30% maior de desenvolver câncer de pulmão e 24% maior de desenvolver DCV do que as não expostas (CAVALCANTE, 2005).

O tabagismo passivo já é a terceira maior causa de morte evitável no mundo, subseqüente apenas ao tabagismo ativo e ao consumo excessivo de álcool. A fumaça expelida contém, em média, três vezes mais nicotina, três vezes mais monóxido de carbono e até 50 vezes mais substâncias cancerígenas do que a fumaça que entra pela boca do fumante depois de passar pelo filtro do cigarro. E os estudos mostram que não há nível seguro de exposição (WHO, 2009; IARC, 1987; U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES, 2004; GLANTZ; PARMLEY, 1995).

Estima-se que um terço dos adultos – no mundo – estão expostos ao tabagismo passivo e que cerca de 40% de todas as crianças também o estão. Estas, por terem a frequência respiratória mais elevada que o adulto, são mais vulneráveis aos efeitos da PTA, principalmente porque muitas já convivem com a fumaça do cigarro desde a vida intraútero. As evidências são suficientes para inferir a relação causal entre tabagismo passivo e síndrome da morte súbita infantil e baixo peso ao nascer, além do aumento dos problemas respiratórios na infância (asma, rinite, pneumonias, otites) (U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES, 2006). A exposição de crianças à PTA pode contribuir para que venham a desenvolver DCV na idade adulta e a ter distúrbios do desenvolvimento neurocomportamental (WHO, 2001; CAVALCANTE, 2005). Além disto, presume-se que o tabagismo passivo cause em torno de 600 mil mortes prematuras por ano, em todo o mundo, sendo 31% em crianças e 64% em mulheres (WHO, 2009).

Os dados do Vigitel apontam que 13,3% dos brasileiros não fumantes moram com pelo menos uma pessoa que costuma fumar dentro de casa. Além disso, 12,8% das pessoas que não fumam convivem com ao menos um colega que fuma no local de trabalho (BRASIL, 2012). O fumo passivo causa doenças sérias, inclusive fatais, em adultos e crianças, além de contribuir para a diminuição na fertilidade de homens e de mulheres. Gestantes e seus recém-nascidos expostos ao fumo passivo apresentam mais problemas de saúde. Pesquisas também sugerem que o fumo passivo aumenta o risco de câncer de mama em mulheres jovens, na pré-menopausa. Já os homens não fumantes casados com mulheres fumantes apresentam aumento no risco de desenvolver câncer de pulmão, quando comparados àqueles que se casam com mulheres não fumantes (LION, 2009).

4.1.5 Tratamento da dependência da nicotina

A dependência à nicotina compreende três componentes (BRASIL, 2001):

- a **dependência física**, que é responsável pelo surgimento dos sintomas da síndrome de abstinência;
- a **dependência psicológica**, responsável pela sensação de ter no cigarro um apoio ou mecanismo de adaptação para lidar com situações de estresse, sentimentos de solidão, frustração, entre outros;
- o **condicionamento**, representado por associações habituais com o ato de fumar, como fumar e tomar café, fumar e ingerir bebidas alcoólicas, fumar após as refeições.

O tratamento do fumante tem como eixo fundamental a abordagem cognitivo-comportamental, que tem a finalidade de orientá-lo sobre os riscos do tabagismo e os benefícios de parar com o fumo, bem como motivá-lo no processo de cessação do tabagismo, fornecendo orientações para lidar com a síndrome de abstinência, a dependência psicológica e os condicionamentos (INCA, 2001).

Um dos estudos mostrou taxa estimada de abstinência de 10,9%, caso o fumante tente parar de fumar sozinho, contra 13,4% se ele for submetido a um aconselhamento mínimo (menos de 3 minutos), 16% a um aconselhamento entre 3 e 10 minutos, e 22,1% se ele sofrer um aconselhamento intensivo (maior de 10 minutos) (U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES, 2008; FIORE et al., 2009) [**Grau de Recomendação A**]. Estudos de meta-análise revelaram que o aconselhamento dado por qualquer profissional de Saúde aumenta as taxas de cessação do tabagismo (FIORE et al., 2009; GORIN; HECK, 2004) [**Grau de Recomendação A**].

A “abordagem mínima” (ou breve) consiste em “perguntar e avaliar”, “aconselhar” e “preparar” o fumante para que deixe de fumar sem, no entanto, acompanhá-lo nesse processo. Ela deve ser oferecida por todos os profissionais de Saúde em suas consultas de rotina, pois, apesar de seu efeito ser relativamente pequeno, essa intervenção pode ter um importante impacto em termos de saúde pública, devido ao grande número de fumantes que são rotineiramente atendidos por profissionais de Saúde (U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES, 2008; FIORE et al., 2009) [**Grau de Recomendação A**].

A abordagem intensiva (mais de 10 minutos) pode ser realizada tanto de forma individual quanto em grupo. Apesar de alguns estudos apontarem para um discreto aumento na taxa de cessação da abordagem individual sobre a de grupo (16,8% contra 13,9%) (U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES, 2008; FIORE et al., 2009) [Grau de Recomendação A], pode-se afirmar que tanto uma quanto a outra são efetivas e devem ser utilizadas dependendo de cada caso (LANCASTER; STEAD, 2008; STEAD; LANCASTER, 2008) [Grau de Recomendação A]. A abordagem em grupo permite que um número maior de pessoas seja tratado pelo mesmo profissional, o que pode trazer, em termos de saúde pública, melhor relação custo/efetividade em relação à abordagem individual. Elas podem trocar suas experiências e relatar os benefícios do apoio mútuo entre os integrantes do grupo. Porém, não existem evidências suficientes para avaliar se a abordagem em grupo é mais efetiva ou custo/efetiva do que a abordagem individual intensiva (STEAD; LANCASTER, 2008) [**Grau de Recomendação A**].

Em relação ao tempo de abordagem, conclui-se que uma abordagem intensiva de 90 minutos é o ideal. Não há evidências que mais tempo aumente substancialmente as taxas de cessação do tabagismo (U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES, 2008; FIORE et al., 2009) [Grau de Recomendação A]. Quanto ao número de sessões, as evidências sugerem uma forte dose-resposta entre o número de sessões e a efetividade do tratamento, sendo o mínimo de quatro sessões para que se obtenha resultado satisfatório (U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES, 2008; FIORE et al., 2009) [Grau de Recomendação A].

A abordagem cognitivo-comportamental, com a farmacoterapia, é o método mais eficaz para a cessação do tabagismo (INCA, 2001) [Grau de Recomendação D]. Estudos de meta-análise demonstraram que a combinação do aconselhamento com o uso de medicação é mais efetiva do que a utilização de um dos dois isoladamente (U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES, 2008; FIORE et al., 2009) [Grau de Recomendação A]. Leia mais sobre a abordagem cognitivo-comportamental no Capítulo 5 – Abordagens para a mudança de comportamento e autocuidado apoiado no cuidado à pessoa com doença crônica⁷.

A avaliação clínica individual é fundamental e deve ser realizada pelo médico. Tem como objetivo avaliar o grau de motivação, a presença de patologias crônicas, o uso de medicações e possíveis contraindicações ao tratamento medicamentoso, assim como verificar a presença de sinais ou sintomas de alerta para a presença de complicações causadas pelo cigarro como emagrecimento, falta de ar, lesões orais etc.

4.1.6 Tratamento medicamentoso

Recomenda-se o tratamento farmacológico para todo fumante acima de 18 anos, com consumo maior do que dez cigarros/dia que deseje parar de fumar e não apresente contraindicações. O uso de fármacos aumenta de duas a três vezes a chance de sucesso de acordo com a medicação prescrita (U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES, 2008) [Grau de Recomendação A].

Os medicamentos mais eficazes dividem-se em duas categorias:

- **nicotínicos:** são medicamentos de primeira linha e incluem adesivo de nicotina, goma de mascar e pastilha. Devem ser utilizados somente após o paciente parar de fumar (U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES, 2008) [Grau de Recomendação A];
- **não nicotínicos:** representados pela bupropiona (INCA, 2001; U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES, 2008).

A monoterapia é suficiente para a maioria dos pacientes. Não havendo contraindicações clínicas, a escolha da medicação deve levar em conta a preferência do paciente.

⁷Para mais detalhamentos também da proposta cognitivo-comportamental, o passo a passo, consulte o site do Inca: <<http://www1.inca.gov.br/tabagismo>>.

4.1.7 Recomendações

As recomendações a seguir foram extraídas e adaptadas do National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE), *Brief interventions and referral for smoking cessation in primary care and other settings* (NICE, 2006):

- Todas as pessoas precisam ser questionadas sobre a sua situação tabágica (se fumam ou se convivem com fumante) em uma consulta de rotina com qualquer profissional de Saúde (dentista, psicólogo, enfermeiro, médico etc.) e, caso fumem, devem ser aconselhadas a parar.
- Se forem fumantes passivas, devem ser orientadas sobre os riscos. As evidências científicas mostram que não existe nível seguro de exposição à fumaça do tabaco e que adultos expostos ao tabagismo passivo têm efeitos adversos no sistema cardiovascular, apresentando prevalência aumentada de doença coronariana e também câncer de pulmão.
- As pessoas que fumam devem ser questionadas sobre “como” gostariam de parar (qual o método); as orientações para parar de fumar devem ser sensíveis às preferências, necessidades e circunstâncias das pessoas.
- Todos os profissionais que atuam nas Unidades Básicas de Saúde devem aconselhar a todos os fumantes a pararem de fumar quando em um atendimento de rotina e, se necessário, encaminhá-los para o grupo de apoio à cessação do tabagismo.
- A situação tabágica do fumante que não “está pronto” para parar precisa ser reavaliada, anualmente, nas consultas de rotina.

Em breve, haverá um *Caderno de Atenção Básica* específico sobre a abordagem da pessoa tabagista. Fique atento ao *site* do DAB, na parte de publicações.

4.2 Uso abusivo do álcool

A exposição ao álcool também tem início precoce no Brasil: em pesquisa com alunos da 8ª série (14 anos em média) de escolas públicas e privadas das capitais brasileiras, 71% já haviam experimentado álcool e 27% o haviam consumido nos últimos 30 dias. Aproximadamente 25% já haviam se embriagado pelo menos uma vez na vida. O problema vem se agravando, com um crescimento acentuado em mulheres, estimando-se que 25% dos adultos tenham, pelo menos uma vez na vida, problemas sociais, físicos, ocupacionais, familiares ou legais relacionados ao uso de álcool. As estimativas de dependência variam de 9% a 12% da população adulta.

A relação entre o consumo de bebidas alcoólicas e o risco para doenças crônicas não está esclarecida para baixos níveis de consumo. A partir do consumo diário médio de 30 g de etanol, quantia contida em duas doses de destilados, em duas latas de cerveja ou em dois copos de vinho, há definido e exponencial aumento da pressão arterial em homens. Para

as mulheres, a quantidade de etanol que provoca aumento exponencial da pressão arterial corresponde à cerca da metade daquela observada para os homens (MOREIRA et al., 1998).

Em pessoas que já apresentam HAS, o consumo excessivo de álcool pode dificultar o controle da doença. A diminuição do consumo de álcool reduz discretamente a pressão arterial em 3,3 mmHg (IC95%: 2,5 – 4,1 mmHg) para pressão sistólica e 2,0 mmHg (IC95%: 1,5 – 2,6 mmHg) para diastólica (NICE, 2011; XIN et al., 2001).

Pessoas com doenças crônicas, incluindo o diabetes, podem tomar álcool com moderação como parte de um estilo de vida saudável. O consumo deve ser dentro dos limites estabelecidos para pessoas sem doenças, ou seja, menos de 210 g/semana para homens e menos de 140 g/semana para mulheres (HOWARD; ARNSTEN; GOUREVITCH, 2004).

O abuso de álcool pode trazer prejuízos aos tratamentos das doenças crônicas. Além dos efeitos da bebida em si, usuários que abusam de álcool costumam ter dificuldade para uso regular das medicações, fato estimulado pela crença de que após o consumo de álcool não se deve fazer uso delas. Na elaboração de planos de cuidados desses usuários, o uso adequado das medicações deve ser enfatizado, esclarecendo as dúvidas e os reais riscos à saúde do uso e do não uso das medicações.

Importante ressaltar que episódios de consumo excessivo de álcool podem levar a descompensações agudas das doenças crônicas, sendo fundamental avaliar nesses casos a pressão arterial e a glicemia desses usuários, pois podem ocorrer alterações significativas que necessitam de intervenções clínicas.

Estratégias de prevenção e controle do uso excessivo do álcool podem ser desenvolvidas no âmbito da Atenção Básica. Existem evidências de que o rastreamento oportunístico e as intervenções breves na Atenção Primária à Saúde são efetivos e custo/efetivos em pessoas sem dependência severa (MENDES, 2012).

Saiba mais sobre alcoolismo e intervenções breves em:

Cadernos de Atenção Básica, nº 34 – Saúde Mental, disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=publicacoes>>; e

Curso de educação a distância Supera (Sistema para detecção do Uso abusivo e dependência de substâncias Psicoativas: Encaminhamento, intervenção breve, Reinserção social e Acompanhamento), disponível em: <<http://www.supera.senad.gov.br/>>

4.3 Alimentação saudável

O estilo de vida é claramente um dos maiores responsáveis pela morbidade e pela alta prevalência das doenças crônicas. Entre os aspectos associados estão, principalmente, os hábitos e as atitudes que contribuem para o aumento do sobrepeso corporal, especialmente associado ao aumento da obesidade visceral, alto consumo energético e excesso ou deficiência de nutrientes associados ao padrão alimentar baseado em alimentos industrializados (BRASIL, 2001; CANAAN et al., 2006).

A alimentação está relacionada diretamente a alguns fatores que interferem na prevenção e/ou controle das doenças crônicas e seus agravos. São eles: excesso de peso, dislipidemia, mau controle glicêmico e padrão alimentar com consumo excessivo de gordura saturada e pouca ingestão de frutas e vegetais (BRASIL, 2001; OMS, 2003). Dessa forma, a orientação nutricional é útil na prevenção para o retardo das complicações associadas às condições crônicas, integrando o conjunto de medidas de autocuidado e educação em Saúde (BUSE et al., 2007; SANTOS et al., 2009; SBD, 2005). As modificações na alimentação são reconhecidas como um recurso para o controle glicêmico e redução do risco das doenças cardiovasculares (COPPELL et al., 2010).

Diante disso, a orientação sobre alimentação saudável precisa compor o conjunto de ações de promoção de saúde e prevenção dos agravos dessas doenças, em especial no âmbito da Atenção Básica (BRASIL, 2001; OMS, 2003; BRASIL, 2009; BRASIL, 2012). É recomendado que não tenha caráter proibitivo (ex.: não coma açúcar; não coma sal), mas que sirva de suporte para o usuário e sua família, promovendo melhores escolhas alimentares (ADA, 2007). A orientação da alimentação saudável nesse nível de Atenção à Saúde compõe o conjunto de ações como um recurso de promoção de saúde e, também, como tratamento para o controle e prevenção de agravos nas doenças crônicas como diabetes *mellitus*, hipertensão arterial sistêmica e obesidade, temas que serão tratados em Cadernos de Atenção Básica específicos desta Coleção.

A promoção da alimentação adequada e saudável, além de ser uma diretriz da Política Nacional de Alimentação e Nutrição (Pnan), conforma uma ação transversal incorporada em todas e quaisquer ações, programas e projetos (BRASIL, 2012).

4.3.1 O papel das equipes de Saúde na abordagem da alimentação saudável

No contexto da Pnan, o *Guia Alimentar para a População Brasileira* apresenta as diretrizes oficiais para alimentação saudável com referência nos padrões e costumes brasileiros. Com base na recomendação do guia, foi desenvolvido o material: *Dez Passos para uma Alimentação Saudável*, que é um dos instrumentos para colocar as diretrizes do Guia em prática, e contempla ainda os preceitos da Organização Pan-Americana da Saúde e da Organização Mundial da Saúde e as recomendações das sociedades médicas baseadas em evidências científicas, conforme veremos adiante.

As diretrizes do *Guia Alimentar* seguem um conjunto de princípios, entre eles: abordagem integrada, referencial científico, respeito à cultura alimentar, originalidade e abordagem multifocal. Suas recomendações são de natureza integrada, ou seja, não focalizadas em alguns nutrientes, nas reduções calóricas ou especificamente relacionadas a uma determinada doença, mas baseadas na promoção da alimentação e na adoção de modos de vida saudáveis, o que tem sido demonstrado nos últimos anos como ações possíveis, viáveis e necessárias (BRASIL, 2006; 2008). O Guia é destinado a todos os profissionais da AB, a fim de subsidiar abordagens de alimentação saudável no contexto familiar (BRASIL, 2008).

No quadro a seguir, estão apresentados os *Dez Passos para uma Alimentação Saudável*, com subsídios importantes para a orientação nutricional às pessoas com doenças crônicas. Esse material é um exemplo de recomendações sobre alimentação saudável e pode ser trabalhado de diferentes maneiras. A utilização dessas informações deve ser avaliada de acordo com as atividades a serem desenvolvidas e objetivos propostos para a atenção individual ou coletiva. Por exemplo, em grupos de educação em Saúde, as orientações podem ser expostas de maneira geral e problematizadas, ao passo que, individualmente, o foco será a motivação e o apoio para o autocuidado. Com isso, é possível adequar o hábito alimentar às recomendações, ou seja, o profissional orienta mudanças específicas na prática alimentar a partir da identificação de inadequações no padrão alimentar. Sugestões para conduzir essa investigação serão apresentadas adiante.

Quadro 12 – Dez Passos para uma Alimentação Saudável

1. Faça pelo menos três refeições (café da manhã, almoço e jantar) e dois lanches saudáveis por dia. Não pule as refeições.

- Essa recomendação tem grande importância para indivíduos com diabetes por auxiliar no controle da glicemia (evitando a hiper ou hipoglicemia).
- Ressaltar sobre a importância do controle das calorias nos lanches para que não aumentem o total calórico diário, principalmente entre pessoas que não têm o hábito dessa refeição.
- Discutir sobre os horários e componentes de cada refeição.

2. Inclua diariamente seis porções* do grupo dos cereais (arroz, milho, trigo, pães e massas), tubérculos (batatas) e raízes (mandioca) nas refeições. Dê preferência aos grãos integrais e aos alimentos na sua forma mais natural.

- Os carboidratos precisam ser a maior fonte de energia da dieta. Desmitificar a ideia de que dietas para controle do diabetes e/ou perda de peso devem ter baixas proporções de carboidratos. Alimentos ricos em carboidratos devem fornecer 50% a 60% do valor calórico total diário (VET).
- A maior parte dos carboidratos consumidos devem ser os denominados “complexos” (amidos) e os com fibras (alimentos integrais) [B], pois as fibras, além de auxiliar no controle glicêmico, ajudam na manutenção do peso corporal e aumentam a saciedade (PRIEBE et al., 2008).

3. Coma diariamente pelo menos três porções* de legumes e verduras como parte das refeições e três porções* ou mais de frutas nas sobremesas e lanches.

- O consumo de legumes e de verduras aumenta o aporte de fibras da alimentação, auxiliando no controle da glicemia e na manutenção ou perda do peso corporal.
- A OMS recomenda o consumo diário de, pelo menos, 400 g de frutas, verduras e legumes para a manutenção da saúde.
- O consumo de frutas precisa ser estimulado com preferência às com casca, da estação, sem adição de açúcar ou outro ingrediente.
- O consumo de sucos não apresenta as mesmas vantagens das frutas, pois a fibra presente no bagaço e na casca auxilia na saciedade e é indicada para redução de peso corporal.

Continuação

- Para indivíduos com diabetes, as frutas podem influenciar negativamente no controle glicêmico (ADA, 2010). Sua quantidade diária e porção por refeição devem ser observadas.

4. Coma feijão com arroz todos os dias ou, pelo menos, cinco vezes por semana. Esse prato brasileiro é uma combinação completa de proteínas e bom para a saúde.

- Os feijões, assim como a lentilha e a ervilha, são leguminosos. Ricos em proteína, carboidrato do tipo complexo, fibra solúvel e ferro (DUTRA-DE-OLIVEIRA; MARCHINI, 1998, UNICAMP, 2004).
- O estímulo a essa combinação, além de proporcionar fibras e ferro, garante que os indivíduos façam refeições mais balanceadas com alimentos básicos em vez da substituição por refeições prontas ou *fast food*.

5. Consuma diariamente três porções* de leite e derivados e uma porção de carnes, aves, peixes ou ovos. Retirar a gordura aparente das carnes e a pele das aves antes da preparação torna esses alimentos mais saudáveis.

- O consumo de alimentos de fonte animal deve ser restrito em função da quantidade de gordura do tipo saturada e de colesterol presente neles.
- O consumo de ovos pode ser feito por todos, de preferência em substituição às carnes, peixes ou aves.
- O leite pode auxiliar na manutenção do peso corporal. Para adultos, sempre recomendar o consumo de leites com quantidade de gordura reduzida (desnatado ou semidesnatado).
- O consumo de carne vermelha não pode ser superior a duas vezes por semana. O consumo de peixes precisa ser incentivado (SBD, 2003).
- Orientar sobre a maneira de preparo das carnes, aves, peixes e ovos. Sempre optar por preparações cozidas ou assadas. Evitar o consumo desses alimentos preparados como fritura e sempre retirar a gordura aparente e a pele.

6. Consuma, no máximo, uma porção* por dia de óleos vegetais, azeite, manteiga ou margarina. Fique atento aos rótulos dos alimentos e escolha aqueles com menores quantidades de gorduras trans.

- A redução do consumo de gordura saturada e o aumento do consumo de gorduras insaturadas melhoram o perfil lipídico (UNICAMP, 2004; SBEM; SBN, 2005; SBC, 2007).
- O consumo excessivo de gorduras é uma das causas do aumento do ganho de peso entre adultos e crianças.
- Uma família de quatro pessoas deve consumir, no máximo, uma lata de óleo por mês. Essa quantidade deve ser reduzida se a maior parte dos membros da família fizer as refeições fora de casa (BRASIL, 2006).
- O consumo de gordura hidrogenada trans deve ser minimizado (SBEM; SBN, 2005; SBC, 2007; ADA, 2010).

Conclusão

7. Evite refrigerantes e sucos industrializados, bolos, biscoitos doces e recheados, sobremesas e outras guloseimas como regra da alimentação.

- Os produtos alimentícios altamente processados são ricos em açúcar, gorduras e sódio e o seu consumo deve ser restringido ao máximo, em pequenas porções, não compondo a dieta habitual.
- Ricos em carboidratos simples (principalmente açúcar e farinha refinada) e com elevada carga glicêmica, esses produtos devem ter seu consumo restringido ou até suspenso dependendo do controle glicêmico.
- Para pessoas com hipertensão arterial sistêmica, alertar quanto à alta concentração de sódio presente nesses alimentos e bebidas, incluindo aqueles denominados como *light/diet*.
- Orientar quanto à importância da leitura e interpretação da informação nutricional e da lista de ingredientes nos rótulos dos alimentos.

8. Diminua a quantidade de sal na comida e retire o saleiro da mesa. Evite consumir alimentos industrializados com muito sal (sódio), como hambúrguer, charque, salsicha, linguiça, presunto, salgadinhos, conservas de vegetais, sopas, molhos e temperos prontos.

- Redução do consumo de sal e dos alimentos ricos em sódio, mesmo para quem não é hipertenso, pois estudos apontam que o brasileiro, assim como boa parte da população mundial, consome o dobro da quantidade máxima de sal recomendada (SBC; SBH; SBN, 2010; CENTER OF DISEASE CONTROL, 2010).
- A OMS recomenda que a quantidade de sódio ingerida seja inferior a 2.000 mg por dia, lembrando que esse é o limite de consumo, e não a média, e que os hipertensos devem sempre consumir abaixo desse valor.

9. Beba pelo menos dois litros (seis a oito copos) de água por dia. Dê preferência ao consumo de água nos intervalos entre as refeições.

- Orientar com relação ao consumo de água pura. Alguns indivíduos não cultivam esse hábito, além da substituição do consumo por outros líquidos que geralmente são fontes de calorias, açúcar e sódio.

10. Torne sua vida mais saudável. Pratique, pelo menos, 30 minutos de atividade física todos os dias e evite as bebidas alcoólicas e o fumo. Mantenha o peso dentro de limites saudáveis.

- A atividade física auxilia nos níveis pressóricos, glicêmicos e na manutenção do peso corporal.
- O álcool, quando consumido em grande quantidade e frequência, é deletério tanto para pessoas com diabetes como para pessoas com hipertensão, além de interferir na manutenção do peso corporal.
- Orientar que não há níveis seguros para consumo de tabaco e outras formas de fumo e que esse hábito precisa ser cessado por todos.

Fonte: (BRASIL, 2006, adaptado).

*No *Guia Alimentar para a População Brasileira*, as porções estão descritas, em tabelas anexas, para todos os grupos de alimentos, bem como a lista de substituições. No *Cadernos de Atenção Básica nº 38 – Estratégias para o Cuidado da Pessoa com Doença Crônica Obesidade*, estão expostas técnicas e abordagens para o manejo de indivíduos que necessitem reduzir ou controlar o peso.

A versão de bolso do *Guia Alimentar para a População Brasileira* está disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_alimentar_alimentacao_saudavel.pdf

4.3.2 Abordagem nutricional para adultos

Como vimos, as modificações na alimentação são reconhecidas como um potencial para a perda de peso, o controle glicêmico e a redução do risco para doenças cardiovasculares (COPPELL et al., 2010). São objetivos da intervenção nutricional (ADA, 2007; ADA, 2010):

- atender às necessidades nutricionais;
- perder peso nos casos de sobrepeso e obesidade;
- melhorar o controle glicêmico;
- melhorar o perfil lipídico;
- manter a pressão arterial em níveis adequados;
- manter o prazer da alimentação, restringindo os alimentos indicados com base nas evidências;
- prevenir e/ou retardar os agravos;
- melhorar a saúde e o bem-estar geral.

Os médicos e os enfermeiros das equipes de Atenção Básica realizam grande parte do acompanhamento das pessoas com doenças crônicas. Por isso, é fundamental que esses profissionais estejam preparados para identificar os fatores de risco relacionados com a alimentação e que saibam realizar orientações sobre alimentação saudável para um adequado controle metabólico e prevenção das complicações.

As recomendações específicas para médicos e enfermeiros realizarem a abordagem nutricional para cada doença crônica serão apresentadas em cada caderno desta Coleção na forma de fluxograma. Na estrutura de cada fluxograma, serão apresentadas as etapas envolvidas no fluxo de cuidado do usuário com a doença crônica.

4.3.3 Pessoa com doença crônica na consulta médica ou de enfermagem

Durante a consulta médica ou de enfermagem, todas as pessoas com diagnóstico recente ou em tratamento de doenças crônicas serão submetidas ao exame físico, à avaliação antropométrica para o diagnóstico do estado nutricional e à breve anamnese dos hábitos alimentares. Conhecer os hábitos de vida e o padrão alimentar pessoal e familiar é fundamental para identificar os fatores que possam contribuir ou prejudicar o controle metabólico ou que possam, ao longo do tempo, agravar as doenças. Nesse acompanhamento, é necessário promover educação em Saúde com enfoque nos hábitos alimentares que, na maioria dos casos, se modificados, têm potencial para evitar e/ou retardar as complicações das doenças crônicas.

4.3.4 Avaliação antropométrica e identificação do padrão alimentar

A avaliação antropométrica faz parte do diagnóstico do estado nutricional e é fundamental para o planejamento da intervenção. O sobrepeso, a obesidade e a circunferência abdominal aumentada são fatores indicativos de maior risco relacionados com a intolerância à glicose e ao diabetes (SANTOS et al., 2009; SBD, 2005; ADA, 2010; SBD, 2003; SBEM; SBN, 2005).

Após a aferição de peso e de altura, o profissional deverá calcular o Índice de Massa Corporal (IMC), conforme fórmula a seguir (WHO, 1995), e classificar o estado nutricional (Tabela 4):

$$\text{IMC} = \frac{\text{Peso (kg)}}{\text{Altura}^2 \text{ (m)}}$$

Tabela 4 – Classificação do Índice de Massa Corporal (IMC)

Classificação	IMC (kg/m ²)	
	Idade	
	18 – 60 anos	≥60 anos
Baixo peso	<18,5	≤22
Eutrofia	18,5 – 24,99	>22 e <27
Excesso de peso/sobrepeso	25 – 29,99	≥27
Obesidade grau I	30 – 34,99	–
Obesidade grau II	35 – 39,99	–
Obesidade grau III	>40	–

Fonte: (WHO, 2000; LIPSCHITZ, 1994).

Além do IMC, dados epidemiológicos demonstram, cada vez mais, a importância da utilização do parâmetro da circunferência abdominal (CA) na avaliação da pessoa com diabetes tipo 2 (OMS, 2003; SBD, 2005; SBEM; SBN, 2005; BRASIL, 2006). Para a avaliação da CA, é recomendado o método definido pela OMS (2000) [**Grau de Recomendação A**], com a aferição obtida com fita métrica ao redor do abdômen, na altura do ponto médio entre o rebordo costal inferior e a crista íliaca, visto do aspecto anterior, com a classificação conforme a Tabela 5:

Tabela 5 – Parâmetros para circunferência abdominal (cm)

Circunferência abdominal	Homem	Mulher
Risco cardiovascular	≥94	≥80
Alto risco cardiovascular	≥102	≥88

Fonte: (WHO, 2000).

O IMC associado à CA fornece a avaliação combinada, recomendada pela Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia e que pode ser utilizada, especialmente para as pessoas com glicemia alterada, pois, por meio da combinação de medidas, se pode fazer a estratificação do risco metabólico (SBEM; SBN, 2005). Os *Cadernos de Atenção Básica, nº 36 – Estratégias para o Cuidado da Pessoa com Doença Crônica - Diabetes Mellitus* traz essa possibilidade de estratificação do risco metabólico a partir da combinação do IMC e da CA.

A investigação dos hábitos alimentares, em especial o consumo de alimentos com alto teor de açúcar e de gordura saturada e o baixo consumo de fibras, frutas e vegetais, é uma ferramenta importante para a prevenção e manejo das doenças crônicas (OMS, 2003). As seguintes perguntas podem auxiliar na identificação de inadequações alimentares (BRASIL, 2006).

- Quantas refeições realiza por dia?
- Quanto consome de alimentos ricos em fibras como pães integrais, cereais integrais, arroz integral, farelos de aveia ou de trigo, semente de linhaça, feijões, entre outros?
- Qual o consumo diário de frutas e/ou vegetais (número de porções/dia)?
- Qual o consumo de carnes (tipo e forma de preparo) e ovos por semana?
- Qual o consumo diário de leite e derivados?
- Qual a quantidade de latas de óleo utilizadas por mês? Para quantas pessoas?
- Qual o consumo de sal e de alimentos com alto teor de sódio?
- Consome açúcar ou alimentos ricos em carboidratos em grande quantidade?

Na avaliação do consumo alimentar, o profissional de Saúde precisa estar alerta para a identificação de alimentos que, quando consumidos em excesso, podem contribuir para o surgimento de agravos à saúde de toda a população, principalmente quando se trata de pessoas com doenças crônicas.

Os nutrientes-alvo para o cuidado com as pessoas com doenças crônicas são o açúcar, as gorduras saturadas e trans e o sódio. Os alimentos processados (industrializados), na sua forma geral, são ricos em ao menos um desses nutrientes e seu consumo deve ser esporádico e em pequenas quantidades. Esses alimentos precisam ter seu consumo desestimulado e é fundamental que essa abordagem seja levada às famílias de seu território.

- Açúcar: refrigerantes; sucos artificiais; sucos industrializados; doces; balas; chocolates; bebidas achocolatadas; biscoitos, com e sem recheio; entre outros.
- Sódio: temperos e caldos prontos; sopas instantâneas; massas pré-cozidas e temperadas; massas prontas; salgadinhos de pacote; queijos; embutidos (frios, linguiça, salsicha, mortadela, salame, presunto); pães; biscoitos salgados; condimentos (mostarda, maionese, *ketchup*, *shoyo*); carnes salgadas (bacalhau, charque, carne-seca e defumados); conservas e enlatados (milho, ervilha, extrato de tomate, azeitona, pepino); alimentos com aditivos alimentares contendo sódio (glutamato monossódico); refrigerante *light/diet*, sucos em pó; repositores hidroeletrolíticos – comumente conhecido como bebida esportiva; entre outros.
- Gorduras: carnes processadas (frios, linguiça, salsicha, mortadela, salame, presunto), salgadinhos fritos, alimentos fritos, biscoitos, com e sem recheio.

4.3.4.1 Diagnóstico de obesidade, sobrepeso ou CA aumentada?

A perda de peso é indicada para todas as pessoas com excesso de peso. A meta deve ser o peso saudável com IMC abaixo de 24,9 kg/m², mas a redução de 7% do peso corporal mostra-se capaz de diminuir a resistência à insulina [**Grau de Recomendação A**] (SBD, 2003; SBEM, SBN, 2005; ADA, 2010). Além da perda de peso, a diminuição da gordura central com modificação no perfil de gordura corporal precisa ser objetivada (SBEM; SBN, 2005). O acúmulo de gordura na região do abdômen está relacionado ao maior risco para doença cardiovascular (SBC, 2007; SANTOS et al., 2009).

A perda de peso acelerada não é indicada porque provoca a perda de massa magra e de líquidos, dificultando ainda mais o emagrecimento e influenciando negativamente o metabolismo (BRASIL, 2006; 2008).

4.3.5 Orientação nutricional

A orientação alimentar é uma ferramenta útil tanto para a promoção de hábitos alimentares saudáveis quanto para a manutenção do peso desejável e um padrão alimentar adequado. As orientações precisam ser pautadas na incorporação de uma alimentação saudável, culturalmente aceitável e dentro das possibilidades financeiras dos indivíduos e seus hábitos culturais, além do resgate e reforço de práticas desejáveis. A atenção aos aspectos socioeconômicos, culturais, familiares e à motivação para mudanças no estilo de vida é fundamental para adesão à orientação (BRASIL, 2006). Ao orientar mudanças no consumo de alimentos com vistas à alimentação saudável, o profissional de saúde tem o desafio de transcender os seus valores e preferências pessoais e de respeitar a singularidade e as preferências de cada indivíduo, sem fazer juízo de valor.

De modo geral, a *Estratégia Global para Alimentação Saudável e Atividade Física* (OPAS/OMS) traz as seguintes recomendações específicas sobre a alimentação, que podem ser orientadas aos usuários [**Grau de Recomendação D**] (OMS, 2003):

- manter o equilíbrio energético e o peso saudável;
- limitar a ingestão energética procedente de gorduras; substituir as gorduras saturadas por insaturadas e eliminar as gorduras trans (hidrogenadas);
- aumentar o consumo de frutas, legumes, verduras, cereais integrais e leguminosas (feijões);
- limitar a ingestão de açúcar livre;
- limitar a ingestão de sal (sódio) de toda procedência.

As orientações contidas no *Guia Alimentar* podem facilitar essa abordagem. Para tanto, é importante conhecer e saber utilizar os *Dez Passos para uma Alimentação Saudável*, apresentados no início deste capítulo e adaptados com orientações específicas para cada condição crônica. Além disso, por serem extensas, não é possível, nem didático, realizar todas as recomendações em uma única consulta. O profissional precisa estar atento às recomendações de maior impacto, considerando a situação clínica, os hábitos alimentares e a motivação do usuário, priorizando e/ou enfatizando as orientações de forma estratégica,

seguinte um plano terapêutico durante o acompanhamento em consultas individuais ou em grupos.

O papel do profissional não é somente de repassar as informações, mas de estimular a problematização, fazendo com que o paciente se torne sujeito da ação, promovendo autonomia e autocuidado. Para isso, é importante que as metas sejam pactuadas, de comum acordo, entendendo que cada indivíduo apresenta diferentes barreiras à mudança de comportamentos e que metas fáceis para alguns podem ser desafiadoras para outros.

4.3.5.1 Consumo energético

O consumo energético excessivo, independentemente da obesidade, está associado à hiperinsulinemia, à elevação dos níveis pressóricos e a um maior depósito de gorduras. A adequação do consumo energético, visando à redução do peso, se necessária, deve integrar os objetivos do tratamento nutricional [Grau de Recomendação A] (BRASIL, 2006; SAVICA; BELLINGHERI; KOPPLE, 2010; SBEM, 2006).

A redução do valor energético total (VET) diário é indicada (SANTOS et al., 2009; ADA, 2010; WHO, 2000; BRASIL, 2006), porém não deverá ser severa para não haver perda de massa magra (músculos e líquidos) (BRASIL, 2006). A distribuição dos macronutrientes (carboidratos, proteína e lipídios), por não ter consenso na literatura, dependerá da situação de cada indivíduo (ADA, 2010; BRASIL, 2006; NIELD et al., 2008; ANDERSON et al., 2004)⁸.

4.3.5.2 Carboidrato (CHO)

Há controvérsias na literatura quanto à proporção de CHO da dieta. A recomendação diária é de 50% a 60% do VET, idêntica à da população em geral (ANDERSON et al., 2004). Não são recomendadas dietas *low carb*, isto é, com menos de 130 g de carboidratos/dia, devido à falta de evidências científicas que garantam sua segurança e eficácia, além do impacto na função renal, perfil lipídico, risco de hipoglicemia e do seu efeito ter sido demonstrado apenas em curto prazo [Grau de Recomendação A] (ADA, 2007; SANTOS et al., 2009; ADA, 2010; ANDERSON et al., 2004). Questões específicas relacionadas ao consumo deste nutriente, especialmente para as pessoas com diabetes, são abordadas em *Cadernos de Atenção Básica nº 36 - Estratégias para o Cuidado da Pessoa com Doença Crônica - Diabetes Mellitus*.

4.3.5.3 Fibras

São carboidratos complexos presentes nas plantas e resistentes à digestão (SBC, 2007; COZZOLINO, 2007). São classificadas de acordo com sua solubilidade: solúveis (pectina nas frutas e gomas na aveia, cevada e leguminosas) e insolúveis (hemicelulose nos grãos e lignina nas hortaliças). O consumo de fibras solúveis está associado à melhoria do controle

⁸Para conhecer mais sobre o cálculo do VET, consulte *Cadernos de Atenção Básica, nº 38 – Obesidade*.

glicêmico [**Grau de Recomendação A**] (BRASIL, 2001; SBEM; SBN, 2005; ANDERSON et al., 2004; ANISHA et al., 2000; RODRIGUES SILVA et al., 2005) e à diminuição da concentração de lipídios no plasma em pessoa com diabetes do tipo 2 [**Grau de Recomendação B**] (SANTOS et al., 2009; ADA, 2010; SBC, 2007; ANDERSON et al., 2004; THOMAS; ELLIOTT; BAUR, 2008). As fibras insolúveis promovem retardamento do esvaziamento gástrico, o que prolonga a saciedade e produz efeito positivo na redução da ingestão calórica (SBS, 2007; ANDERSON et al., 2004; ANISHA et al., 2000).

A recomendação diária de fibra é de 25 g para mulheres e de 38 g para homens ou 14 g a cada 1.000 kcal da dieta [**Grau de Recomendação B**] (ADA, 2013), a mesma da população em geral. O farelo de aveia é o alimento mais rico em fibras solúveis, portanto seu consumo deve ser estimulado. As fibras alimentares também estão relacionadas à melhoria do trânsito intestinal; porém seu consumo não pode exceder à recomendação, pois a fibra interfere na biodisponibilidade de minerais (ANDERSON et al., 2004).

Quadro 13 – Quantidade média de fibra nos alimentos

Porção do alimento	Quantidade média de fibra
Maçã com casca	3 g
Banana	2 g
Laranja média	3 g
1/2 xícara de brócolis	2 g
Cenoura média	2 g
Tomate médio	2 g
1 xícara de alface	1 g
1 fatia de pão integral	2 g
1/2 xícara de arroz integral	2 g

Fonte: (BRASIL, 2006).

4.3.5.4 Proteína

A recomendação da ingestão proteica diária para pessoas com doença crônica (sobrepeso ou obesidade, diabetes ou hipertensão) é a mesma utilizada para a população em geral, ou seja: 0,8 g/kg de peso para mulheres e 1 g/kg de peso para homens (BRASIL, 2006).

4.3.5.5 Gordura

As gorduras totais deverão representar menos de 30% do VET, idêntico ao recomendado para a população em geral [**Grau de Recomendação D**] (BRASIL, 2006; ADA, 2010).

Os ácidos graxos saturados (AGS), relacionados à disfunção endotelial, ao efeito coagulante e ao aumento da resistência à insulina, deverão corresponder, no máximo, a 10% do VET e, nos casos em que o LDL-c esteja acima de 100 mg/dl, abaixo de 7% do VET [**Grau de Recomendação A**] (SBD, 2005; ADA, 2010; SBEM; SBN, 2005). Portanto, devem ser evitados os alimentos ricos em AGS, como carnes gordas, embutidos, laticínios integrais, frituras, gordura de coco, molhos, cremes e doces ricos em gordura e alimentos refogados

ou temperados com excesso de óleo ou gordura. A orientação acerca do preparo dos alimentos é de não fritar e de não utilizar margarinas, cremes vegetais e gordura animal (banha) (SBD, 2005). A ingestão de colesterol deve ser menor do que 300 mg por dia e, para as pessoas com colesterol LDL maior ou igual a 100 mg/dl, deve ser menor do que 200 mg (ADA, 2010; SBEM; SBN, 2005). Todos os alimentos de origem animal, mesmo desnatados ou light, contêm colesterol. A quantidade de colesterol nos alimentos pode ser consultada na Tabela Brasileira de Composição dos Alimentos (Taco): <www.saude.gov.br/nutricao>.

Os ácidos graxos trans, sintetizados no processo de hidrogenação dos óleos vegetais, aumentam o LDL-c e reduzem o HDL-c, aumentando, assim, a razão LDL-c/HDL-c [**Grau de Recomendação A**] (SBD, 2005; ADA, 2010) e a taxa de triglicerídeos. Seu consumo deve ser minimizado (SBD, 2005; ADA, 2010), sendo que a recomendação para a população em geral é <1% das gorduras da dieta (SBD, 2005; LICHTENSTEIN et al., 2006) [**Grau de Recomendação D**]. A principal fonte de ácidos graxos trans é a gordura vegetal hidrogenada, muito utilizada na indústria de alimentos para a produção de sorvetes, chocolates, pães recheados, bolos, margarinas, molhos para salada, sobremesas cremosas, biscoitos recheados, alimentos com consistência crocante (*nuggets* e batatas fritas). Também é utilizada nos alimentos produzidos em redes de *fast food* e padarias, como *croissants*, folhados, doces e salgados em geral.

Os ácidos graxos insaturados são classificados em duas categorias principais: poli-insaturados e monoinsaturados. As fontes alimentares dos ácidos graxos poli-insaturados são os óleos vegetais de soja, de milho e de girassol. Os ácidos graxos monoinsaturados (ômega 3) são encontrados em peixes de águas frias e profundas (cavala, atum, sardinha, salmão). Os ácidos graxos poli-insaturados promovem redução dos triglicérides plasmáticos pela diminuição da síntese hepática de VLDL, podendo ainda exercer outros efeitos cardiovasculares, como redução da viscosidade do sangue, maior relaxamento do endotélio e também efeitos antiarrítmicos (SBD, 2005). A substituição isocalórica dos ácidos graxos saturados por ácidos graxos poli-insaturados reduz o colesterol total e o LDL-c plasmáticos, mas pode induzir maior oxidação lipídica e diminuir o HDL-c quando utilizados em grande quantidade. Os ácidos graxos monoinsaturados exercem o mesmo efeito sobre a colesterolemia sem, no entanto, diminuir o HDL-c (SBD, 2005; OMS, 2003; SBEM; SBN, 2005). Suas principais fontes dietéticas são o azeite de oliva, o óleo de canola, a azeitona, o abacate e as oleaginosas (castanhas, nozes, amêndoas) (DUTRA-DE-OLIVEIRA; MARCHINI, 1998).

Deve ser estimulado o consumo de gorduras insaturadas para melhorar o perfil lipídico, porém devem ser consumidos crus, pois o aquecimento provoca a saturação dos ácidos graxos. Não existem evidências que demonstrem os efeitos da suplementação de ômega 3 no controle glicêmico (HARTWEG, 2008).

O teor dos ácidos graxos nos alimentos também pode ser obtido na Tabela Taco (UNICAMP, 2004) e no site do Ministério da Saúde: <www.saude.gov.br/nutricao>.

4.3.5.6 Sal e sódio

Há forte correlação entre a ingestão excessiva de sal e a elevação da pressão arterial (SACKS et al., 2001; U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES, 2001; NKONDJOCK; BIZOME, 2010; TROYER et al., 2010). Porém, essa relação é heterogênea, existindo uma

diferença individual na sensibilidade ao sal, sendo que há incidência de hipertensão cinco vezes maior em 15 anos em indivíduos normotensos com elevada sensibilidade ao sal (BRASIL, 2006; SAVICA; BELLINGHERI; KOPPLE, 2010). Estudos estimam prevalência de 30% a 50% de sensibilidade ao sal entre os indivíduos hipertensos (SAVICA; BELLINGHERI; KOPPLE, 2010).

Dessa forma, a restrição de sal na dieta é uma medida recomendada não apenas para hipertensos, mas para a população de modo geral [**Grau de Recomendação B**] (BRASIL, 2006 – Guia), visto que estudos apontam que o brasileiro, assim como boa parte da população mundial, consome o dobro da quantidade máxima de sal recomendada. A atual recomendação é o consumo máximo de 5 g diários de sal (o equivalente a 2.000 mg ou 2 g de sódio), o que corresponde a uma colher de chá de sal (U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES, 2001; BRASIL, 2006; NKONDJOCK; BIZOME, 2010; TROYER et al., 2010).

Na prática clínica, essa recomendação isolada não é suficiente para promover mudanças no hábito alimentar. É necessário que o profissional faça combinações práticas com o indivíduo, expondo possibilidades de substituições para o uso do sal e do sódio.⁹

Mais informações sobre orientação alimentar com vistas à promoção do peso saudável em *Cadernos de Atenção Básica*, nº 38 – Obesidade, desta Coleção.

4.3.5.7 Estabelecer metas

Para a orientação e o acompanhamento das mudanças relacionadas aos hábitos alimentares, é fundamental a utilização de tecnologias apropriadas. Estes Cadernos utilizam o Método Clínico Centrado na Pessoa e a Entrevista Motivacional, que avalia o grau de motivação para mudança de hábito e sugere estratégias adequadas a cada etapa de motivação. Outras referências são indicadas sugerindo diferentes abordagens¹⁰.

É fundamental no processo de educação em Saúde que as metas, as atividades e os prazos sejam factíveis e estabelecidos em conjunto com a pessoa, pois ela precisa definir com apoio do profissional como alcançar o peso adequado ou adotar hábitos alimentares saudáveis para o controle glicêmico ou pressórico. O profissional que apoia o processo de autocuidado tem o papel de auxiliar na identificação e na reflexão sobre as dificuldades e potencialidades para realizar modificações no estilo de vida.

A avaliação das metas pelo profissional de Saúde, em conjunto com o usuário, é fundamental para verificar se há dificuldades em seguir o plano terapêutico, se precisa ser modificado, assim como se as medidas não medicamentosas e de adesão ao tratamento estão sendo efetivas.

⁹Para conhecer essas combinações, consulte o capítulo que trata das "Recomendações Nutricionais para a Prevenção e o Manejo da Hipertensão Arterial Sistêmica na Atenção Básica", disponível em *Cadernos de Atenção Básica*, nº 37 – Estratégias para o Cuidado da Pessoa com Doença Crônica - Hipertensão Arterial Sistêmica.

¹⁰Para mais informações, leia o Capítulo 5 – “Abordagens para a Mudança de Comportamento e Autocuidado Apoiado no Cuidado à Pessoa com Doença Crônica”.

O acompanhamento do processo de mudança nos hábitos alimentares para o controle adequado do peso, da glicemia e da pressão arterial deverá ser realizado até o momento em que a pessoa alcança a meta final pactuada. Esse processo de acompanhamento poderá ocorrer em consultas individuais, coletivas ou em grupos operativos, de acordo com a realidade do serviço de Saúde e das necessidades da pessoa.

A incorporação e a consolidação dos novos hábitos alimentares no dia a dia não ocorrem rapidamente e, mesmo após a obtenção da meta final pactuada, é importante que esse aspecto do tratamento seja observado durante o processo de acompanhamento clínico da pessoa com doença crônica, ao longo do tempo, pela equipe de Saúde.

Se a pessoa com doença crônica está seguindo as orientações e apresenta resultados satisfatórios quanto ao controle metabólico, perfil lipídico, perda de peso e mudança no padrão alimentar, é importante pactuar novas metas, se necessário, ou reforçar os pactos realizados sobre metas e prazos a cada consulta, reforçar as orientações e ajudá-la em suas dificuldades, utilizando os recursos das Unidades Básicas de Saúde (UBS). Se ela não estiver aderindo ao tratamento e continuar apresentando hábitos alimentares que comprometem o controle metabólico e/ou de outras complicações, solicitar apoio matricial da nutrição ou encaminhar para um nutricionista em um serviço de referência/especializado. Nesse caso, é importante que a atuação da equipe multiprofissional seja feita de forma compartilhada e que os fluxos desse acompanhamento sejam pactuados entre os serviços envolvidos, reforçando a coesão da Rede de Atenção à Saúde e fortalecendo as ações mútuas de apoio ao autocuidado. Ainda, o conhecimento que um serviço possui sobre as ações e funcionamento do outro e vice-versa pode contribuir nessa coesão da Atenção à Saúde.

4.3.6 Apoio do nutricionista ou de outro profissional da UBS e/ou do Nasf

Atualmente as equipes de Saúde da AB contam, na sua maioria, com o apoio matricial dos nutricionistas, por meio dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf), que fornecem suporte assistencial, técnico e pedagógico para os profissionais nas UBS, contribuindo com o planejamento e a organização das ações de cuidado nutricional local, visando qualificar os serviços e melhorar a sua resolubilidade, atuando de forma efetiva sobre os determinantes dos agravos e problemas alimentares e nutricionais que acometem a população daquele território (BRASIL, 2009).

As UBS que possuem nutricionistas no Nasf podem solicitar apoio matricial para discussão de como conduzir o caso, dependendo da situação identificada. Se não houver nutricionista no Nasf, encaminhar a pessoa com doença crônica para um serviço de referência com nutricionista para consulta de avaliação e acompanhamento compartilhado. A solicitação do apoio matricial do nutricionista poderá ser feita para a discussão de caso, de consultoria, de educação permanente ou de participação em grupos.

É importante lembrar que o profissional que solicitou o matriciamento ou encaminhou a pessoa para consulta em um serviço de referência precisa deixar previamente agendado um espaço para o seu retorno. Recomenda-se, nesse momento, retomar os objetivos e as metas do acompanhamento e repactuação destes de acordo com as orientações realizadas pelo nutricionista.

As orientações e o acompanhamento realizados por um nutricionista produzem resultados satisfatórios na perda e na manutenção do peso saudável dos usuários, sem o

comprometimento da sua saúde e do estado nutricional, aspectos que ficam mais difíceis e limitados quando ocorre a realização de “dietas da moda” (ADA, 2007; BRASIL, 2006). Dietas radicais são insustentáveis em longo prazo; em geral, podem causar o abandono do tratamento e, por isso, devem ser desencorajadas (BRASIL, 2006; SAVICA; BELLINGHIERI; KOPPLE, 2010; SBEM, 2006).

Um plano alimentar personalizado, construído de acordo com a idade, sexo, estado metabólico e nutricional, situação biológica, atividade física, doenças intercorrentes, hábitos socioculturais, situação econômica e disponibilidade dos alimentos em sua região (BRASIL, 2001; 2006; 2008), com necessidades calculadas individualmente, deve ser elaborado em conjunto com o usuário e, se possível, com a participação dos familiares e/ou cuidadores (BRASIL, 2006; 2008).

4.4 Atividade física e práticas corporais

O movimento corporal é uma necessidade inerente ao ser humano. É utilizado como forma de expressão, de trabalho, de lazer e é imbuído de significado e de valores culturais. As necessidades e os usos do movimento corporal transformaram-se ao longo da história, influenciados pela capacidade de desenvolver ferramentas, pelo modelo produtivo, pelas relações de trabalho e pelos significados atribuídos às práticas corporais, como lazer, arte, esportes, lutas, aptidão física e saúde. Essas transformações trouxeram mudanças no estilo de vida das populações, alterando significativamente o perfil alimentar e o nível de atividade física de forma global.

As mudanças no estilo de vida trouxeram modificações no perfil epidemiológico da população, no qual as doenças crônicas passaram a estar entre as principais causas de morte. Os níveis de sedentarismo vêm crescendo em muitos países, trazendo um impacto na prevalência de doenças e agravos não transmissíveis e no estado geral de saúde da população mundial. Pessoas com níveis insuficientes de atividade física possuem de 20% a 30% maior risco de morte por qualquer causa, contabilizando um total de mortalidade próximo a 3,2 milhões de pessoas a cada ano. Os inativos ou sedentários possuem ainda risco 30% a 50% maior de desenvolver HAS. O sedentarismo é estimado como a principal causa de 21% a 25% de câncer de mama e de colo, 27% de diabetes e 30% de doenças isquêmicas do coração (WHO, 2010).

Nesse sentido, a atividade física regular está associada à diminuição do risco de desenvolver condições crônicas como diabetes, hipertensão arterial, câncer de colo e retal (MENDES, 2012), câncer de mama e depressão. Com isso, a adoção de um estilo de vida ativo, com hábitos mais saudáveis, é considerada prevenção primária para as doenças crônicas e contribui para o controle de diversas doenças.

Os efeitos positivos no metabolismo de lipídios e da glicose, na pressão arterial, na densidade óssea, na produção de hormônios e antioxidantes, no trânsito intestinal e nas funções psicológicas sugerem ser os principais mecanismos pelos quais a atividade física protege os indivíduos contra as doenças crônicas (PEDERSON; SALTIN, 2006).

No Brasil, no final da década de 1990, apenas 3,3% dos adultos brasileiros relataram nível mínimo de atividade física recomendada (MONTEIRO, 2003). Segundo o inquérito telefônico Vigitel, em 2011, 30,3% dos entrevistados referiram à prática de atividades físicas na quantidade recomendada e 17% foram considerados fisicamente ativos no deslocamento, por realizar deslocamentos de pelo menos 30 minutos diários a pé ou de bicicleta. Foram considerados inativos 14% dos entrevistados e 27,1% referiram o hábito de assistir à televisão três ou mais horas por dia (BRASIL, 2012).

Entre os adolescentes, segundo a Pesquisa Nacional de Saúde dos Escolares (PeNSE), 43,1% dos alunos avaliados foram considerados suficientemente ativos (pelo menos 300 minutos de atividade física acumulada nos últimos sete dias), no entanto, 79,5% gastam mais de duas horas por dia em frente à televisão (BRASIL, 2011).

No intuito de enfrentar o quadro crescente de morbimortalidade, a Organização Mundial da Saúde desenvolveu uma estratégia de ampliação da alimentação saudável, níveis de atividade física e redução do uso de tabaco. Como parte dessa estratégia, a Recomendação Global de Atividade Física para Saúde é um instrumento orientativo para os Estados-membros terem parâmetros e adotarem estratégias de estímulo à atividade física.

4.4.1 Atividade física, exercício físico, aptidão física e práticas corporais

O campo de estudo sobre o movimento corporal possui diversas vertentes como arte, educação, saúde, entre outras. Mas os estudos americanos sobre o treinamento militar e os dados epidemiológicos sobre as doenças crônicas influenciaram a visão e o enfoque dado ao movimento corporal, impactando diretamente na conceituação e nas estratégias de prevenção das doenças crônicas, de forma que essas outras vertentes são menos conhecidas.

Um dos conceitos mais utilizados para o movimento corporal é o de **atividade física**, definido como “movimento corporal que produz gastos de energia acima dos níveis de repouso” (BRASIL, 2012). Essa definição considera os movimentos corporais apenas no sentido de gasto de energia, desconsiderando o contexto em que se realizam e os significados atribuídos a ele.

Outro conceito importante é o de **exercício físico**, que pode ser entendido como “toda atividade física planejada, estruturada e repetitiva que tem por objetivo a melhoria e a manutenção de um ou mais componentes da aptidão física.” Esta vertente de estudo sobre o movimento corporal foi influenciada pela sistematização voltada ao treinamento militar e ao de atletas, com o intuito de ampliar o desempenho destes, conforme já apresentado. Os “programas” de exercício físico foram introduzidos nas escolas e em outros espaços para a preparação da população para o serviço militar e, aos poucos, estes se voltaram para a manutenção da saúde geral da população (BRASIL, 2012).

O conceito de **aptidão física** varia de acordo com o contexto utilizado: no esporte, na educação e na saúde. De forma geral, podemos entender que corresponde a

[...] um estado dinâmico de energia e vitalidade que permita a cada um não apenas a realização de tarefas do cotidiano, as ocupações ativas das horas de lazer e enfrentar emergências imprevistas sem fadiga excessiva, mas também evitar o aparecimento das disfunções hipocinéticas, enquanto funcionando no pico da capacidade intelectual e sentindo alegria de viver (BOUCHARD, 1990).

Podemos citar como componentes da aptidão física a resistência aeróbica (cardiorrespiratória), força, resistência muscular, flexibilidade, equilíbrio e coordenação motora. Na área da Saúde, ainda são considerados componentes morfológicos como componentes da composição corporal e do equilíbrio metabólico.

De outro lado, o conceito de práticas corporais vem ganhando força, pois considera o movimento corporal em seu contexto e significados atribuídos, individualmente ou por um grupo. “Compreendemos, também, que as práticas corporais, como fruto do processo de diferentes construções coletivas e como potencialidade individual, devem permitir vivências e experiências o mais densas e significativas possível” (SILVA; DAMIANI, 2005).

Diante disso, as práticas corporais podem ser entendidas como “expressões individuais ou coletivas do movimento corporal, advindo do conhecimento e da experiência em torno do jogo, da dança, do esporte, da luta, da ginástica, construídas de modo sistemático ou não sistemático.” (BRASIL, 2012).

4.4.1.1 Abordagem na Atenção Básica

Entender as diferenças conceituais sobre o movimento corporal é importante para os profissionais de Saúde refletirem sobre quais estratégias e abordagens de cuidado adotarão em suas práticas, em um campo que, historicamente, por influência dos programas de “prevenção de doenças” e “promoção da saúde”, a abordagem dos profissionais se limitava a “receitar” um conjunto de atividades físicas. O olhar limitado apenas à necessidade de ampliar o nível de atividade física desconsidera o sujeito em sua subjetividade, o que diminui a “adesão” do usuário em promover mudanças de estilo de vida e a adotar hábitos mais saudáveis.

A partir dos conceitos apresentados, os profissionais de Saúde podem adotar estratégias dialógicas no intuito de:

- levantar histórico de atividade física/práticas corporais realizadas pelo usuário, principalmente nos últimos dois anos;
- identificar as possíveis motivações do usuário para a prática de atividade física/práticas corporais;
- identificar, no território, grupos e espaços que estimulem estes hábitos;
- identificar e acionar “redes” de apoio da própria comunidade, como associações, grupos culturais, grupos de convivência;
- promover espaços de encontro;
- orientar sobre os benefícios e possíveis riscos da prática de atividade física/prática corporal;

- orientar sobre as necessidades específicas de atividade física/prática corporal para grupos “especiais” como pessoas com doenças crônicas;
- avaliar comorbidades, no intuito de adequar os “interesses” dos usuários com as potencialidades e limitações de cada tipo de atividade física/prática corporal;
- estimular a adoção de outros hábitos de vida saudáveis como alimentação e cessação do tabagismo;
- acionar, sempre que necessário, profissionais de apoio como os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf).

Faz-se necessário reforçar que a mudança de hábitos é algo complexo e que o profissional precisa utilizar estratégias que facilitem esse processo, conhecer e utilizar os recursos disponíveis na comunidade, como os centros de convivência, os espaços de esporte e de lazer e as escolas. Espaços como os Polos de Academia da Saúde, espaços públicos construídos para a orientação e desenvolvimento de atividade física/práticas corporais, além de ações de segurança alimentar e nutricional, de educação alimentar e de práticas artísticas e culturais, podem ser oportunizados nesse sentido.

A orientação dos profissionais de Saúde visando facilitar a escolha dos usuários acerca das atividades físicas/práticas corporais precisa levar em consideração hábitos de vida, preferências pessoais, assim como condições socioeconômicas individuais e comunitárias, práticas culturais, reforçando-se ainda o teatro, a música, a dança, a hidroginástica e as práticas da Medicina Tradicional Chinesa (*tai chi chuan, lian gong, chi gong*).

Leia mais sobre as práticas corporais da MTC na Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS em:
<<http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=publicacoes/pnpic> >

Além dos fatores que influenciam diretamente na adesão, faz-se necessário entender como as diversas práticas de atividade física/práticas corporais influenciam nos componentes da aptidão física para a saúde.

4.4.1.2 Componentes da aptidão física para saúde e orientações sobre a prática

No contexto da saúde, o conceito de aptidão física considera a capacidade de realizar as atividades cotidianas com autonomia, podendo ser avaliada a partir de seus componentes como força, resistência aeróbica, flexibilidade, composição corporal, equilíbrio metabólico, entre outros. Esses componentes são sensíveis às adaptações orgânicas causadas pela atividade física/práticas corporais, as quais podem ser divididas em adaptações agudas, que ocorrem logo após a prática, e adaptações crônicas, advindas da prática regular.

É importante compreender que os diversos componentes da aptidão física são utilizados durante uma mesma prática. Todavia, historicamente esses componentes são classificados a partir do componente principal que se busca adaptações. Por exemplo, andar de bicicleta amplia a resistência aeróbica e também a resistência muscular localizada dos músculos do membro inferior.

a) Resistência aeróbica

Um dos componentes da aptidão física mais estudados é a resistência aeróbica, que consiste na capacidade de realizar esforço utilizando como principal fonte de energia o metabolismo aeróbico. Uma maior resistência no indivíduo significa que ele consegue realizar um esforço de maior intensidade sem “acionar” o metabolismo anaeróbico. Por exemplo, quando se realiza um esforço de intensidade mantido por mais de 20 minutos na mesma intensidade, como em uma corrida mais longa ou em andar de bicicleta, o indivíduo utiliza prioritariamente o metabolismo aeróbico. Quanto maior a intensidade do esforço, a participação anaeróbica aumenta até se tornar a principal fonte de energia (limiar anaeróbico). Como em uma corrida de cem metros, que dura poucos segundos, mas requer esforço de alta intensidade.

As adaptações crônicas advindas da prática regular de atividade aeróbica incluem fortalecimento do músculo cardíaco, aumento da câmara do ventrículo esquerdo; diminuição da frequência cardíaca de repouso, com aumento do volume de ejeção; aumento do número e do tamanho das mitocôndrias (responsáveis pelo metabolismo aeróbico); e aumento do número de capilares, melhorando a vascularização dos músculos envolvidos no esforço. Essas características são apontadas como um dos principais fatores de proteção à saúde. São exemplos de atividade aeróbica: natação, andar de bicicleta, caminhada, corrida, dança, entre outros. De forma geral, as atividades esportivas de competição desenvolvem a resistência aeróbica, porém exigem um conjunto de esforços repetitivos de alta intensidade que dependem da resistência anaeróbica.

Orientações:

O controle da intensidade da atividade realizada é importante para que o usuário não realize esforços acima ou abaixo do desejado. Dessa forma, mantêm-se os objetivos estabelecidos e evitam-se riscos.

Existem formas de avaliar a intensidade da atividade física/práticas corporais. As mais comuns envolvem a percepção do esforço e o acompanhamento da frequência cardíaca, a qual pode ser avaliada com uso de frequencímetro, caso o usuário disponha dele.

A Escala Subjetiva de Percepção de Esforço (Borg – adaptada) pode ser uma ferramenta de controle da intensidade da atividade e de acompanhamento do usuário (VIVACQUA; HESPANHA, 1992).

Figura 5 – A Escala Subjetiva de Percepção de Esforço (Borg – adaptada)

ESCALA	PERCEPÇÃO
0	Descanso
1	Demasiado Leve
2	Muito Leve
3	Leve
4	Moderado
5	
6	Intenso
7	
8	Muito Intenso
9	
10	Muito, Muito Intenso

Fonte: (VIVACQUA; HESPANHA, 1992, adaptada).

O usuário precisa ser orientado a quantificar o esforço que realiza durante uma atividade, a partir do uso da escala de 0 a 10 que permita a avaliação dessa percepção de esforço. Ainda, precisa ser orientado a manter o esforço dentro da faixa desejada. De forma geral, em atividades leves, é possível falar e conversar normalmente; em atividades moderadas, é possível falar com pausas e está pouco ofegante; e, em atividades intensas, a pessoa não consegue manter uma conversa ou está muito ofegante.

Quando for possível o acompanhamento pela frequência cardíaca (FC), deve-se calcular a frequência cardíaca máxima e a frequência de repouso. A partir daí, é possível o cálculo da faixa percentual da frequência cardíaca a ser mantida durante o exercício.

$$\begin{aligned} \text{Homens} - FC_{\text{máxima}} &= 220 - \text{idade} \\ \text{Mulheres} - FC_{\text{máxima}} &= 226 - \text{idade} \end{aligned}$$

Cálculo para a FC de exercício:

$$FC_{\text{exercício}} = (FC_{\text{máxima}} - FC_{\text{REPOUSO}}) \times \% \text{ desejado p/ intensidade do exercício} + FC_{\text{repouso}}$$

Nota: A FC de repouso é medida após 5 minutos de repouso deitado.

Assim, a intensidade do exercício é classificada considerando-se as seguintes faixas percentuais:

- abaixo de 50%: intensidade leve;
- 50% a 80%: intensidade moderada;
- acima de 80%: intenso ou vigoroso.

A FC de exercício, máxima ou de repouso não pode ser utilizada como parâmetro para indivíduos em uso de betabloqueadores e/ou inibidores de canais de cálcio não di-idropiridínicos.

Indivíduos com cardiopatias como angina de esforço, insuficiência cardíaca, entre outras, podem necessitar de avaliações mais precisas, que requerem a realização de teste ergométrico, no qual são avaliadas as limitações de intensidade de esforço a que o usuário pode se submeter. A partir dessa avaliação, é possível orientá-lo sobre o grau de esforço que pode realizar, bem como adequar as atividades realizadas, buscando alternativas e hábitos saudáveis.

b) Resistência anaeróbica

Esse componente está ligado à capacidade de suportar, em um tempo, um esforço que utilize prioritariamente o componente anaeróbico, normalmente associado a esforços de alta intensidade. A resistência anaeróbica sofre adaptações, principalmente em atividades com valores acima de 8 na Escala Subjetiva de Esforço ou, ainda, em atividades com FC máxima de 80%.

As atividades físicas/práticas corporais de alta intensidade precisam ser orientadas para que sejam realizadas com cautela, em virtude dos potenciais riscos de lesões que podem provocar. De modo geral, podem ser realizadas por pessoas com histórico de atividade física/prática corporal, sendo aconselháveis a orientação e a avaliação de profissionais de apoio, principalmente para pessoas com maior risco cardiovascular.

c) Força

A força é um componente que envolve a capacidade de realizar um esforço e normalmente é avaliada a partir de uma carga externa. Pode ser definida como força ou tensão a situação que um grupo muscular consegue exercer contra uma resistência.

Esse é um componente importante para a saúde quando se considera a capacidade de autonomia dos indivíduos, principalmente em idosos. Esse grupo populacional apresenta redução da massa muscular causada, entre outros fatores, pela diminuição nos níveis de testosterona. Perdem força a ponto de limitar as capacidades de realizar atividades de vida diárias e de manter a postura corporal.

Adaptações:

A força é influenciada, principalmente, por dois componentes, um neural e outro morfológico. O componente neural depende da ativação neural de um conjunto de fibras musculares de forma coordenada. O segundo componente depende da secção transversal do músculo, ou seja, da quantidade de massa muscular que o usuário possui e que está envolvida no movimento.

Orientações:

De modo geral, as atividades físicas/práticas corporais estimulam o ganho de força e o ganho ou manutenção da massa muscular. Esse ganho depende da intensidade em que é realizada a atividade.

As atividades mais comuns utilizadas para ganho de força envolvem a tensão dos grupos musculares contra uma resistência externa ou a utilização do peso do próprio corpo. Podem-se citar como exemplos a musculação, o pilates e a ioga.

Os exercícios de musculação com 4 a 6 repetições máximas trabalham componentes que envolvem a força máxima. Exercícios com repetições entre 8 a 12 repetições máximas são comumente utilizados por possuírem bons resultados de hipertrofia muscular. Por repetições máximas, entende-se o máximo de repetições que o indivíduo consegue realizar em uma única série. Vale a pena ressaltar que, para obter melhores resultados, esses exercícios precisam ser realizados em ciclos que continuamente alternem estímulos como carga, volume e tipos de exercício, sendo recomendado envolver a maior diversidade de grupos musculares possível, principalmente os grandes grupos.

d) Resistência muscular (RML)

É um componente de força que envolve a capacidade de repetir um esforço. Pode ser definida como a capacidade de sustentar um esforço ou esforços repetitivos durante um espaço de tempo.

A resistência muscular influencia na capacidade de realizar esforços repetitivos, como realizar atividades diárias, atividades repetitivas no trabalho etc.

e) Flexibilidade

Pode ser entendida como a capacidade de realizar movimentos articulares com amplitude. A manutenção de graus satisfatórios de flexibilidade é importante, pois a diminuição da flexibilidade de algumas articulações prejudica a postura e pode trazer dores, além de diminuir a autonomia do indivíduo para realizar atividades cotidianas e de cuidados pessoais, como vestir roupas, cuidar dos pés ou realizar higiene pessoal.

Esse componente pode ser avaliado a partir de testes realizados com aparelhos, como o teste de banco. De forma simplificada, pode ser avaliada a partir da postura e da solicitação ao usuário para que ele realize alguns movimentos importantes para as atividades cotidianas, como elevação dos braços, pegar objetos no chão, realizar movimentos com a cabeça, entre outros.

A ampliação do nível de atividade física estimula a manutenção de uma flexibilidade necessária às atividades diárias. Porém, atividades específicas como exercícios de alongamento podem ser indispensáveis para alcançar um nível satisfatório de flexibilidade. Outras práticas como ioga, pilates, *tai chi chuan* e *lian gong* também trazem resultados para o ganho de flexibilidade.

f) Coordenação motora

A coordenação motora envolve a capacidade de realizar movimentos com habilidade satisfatória. É influenciada por diversos componentes, entre eles o controle neural do encaixe das contrações dos músculos.

Esse componente é importante, principalmente considerando o equilíbrio ao andar. A prática de atividade física regular reduz o risco de queda em até 30%.

g) Composição corporal (IMC, % de gordura, massa magra e densidade óssea)

A composição corporal é um componente importante para avaliação e manutenção da saúde. De forma mais comum, utiliza-se o Índice de Massa Corporal (IMC). Com esse cálculo, é possível avaliar se o indivíduo está abaixo do peso, eutrófico, com sobrepeso ou com obesidade.

Pode-se avaliar a composição corporal a partir de protocolos de dobras cutâneas ou aparelhos de bioimpedância. Esses métodos avaliam componentes como percentual de gordura, de massa magra e de massa óssea, o que pode trazer informações mais precisas para a orientação de atividades físicas/práticas corporais.

Estes componentes são modificáveis a partir da atividade física/práticas corporais. Para isso essas atividades precisam ser planejadas com intuito de focar em componentes específicos como aumento da massa muscular (hipertrofia), diminuição do percentual de gordura ou, ainda, para “fortalecimento dos ossos”. Toda atividade física/prática corporal envolve gasto energético, de forma mais ou menos intensa. O controle do gasto calórico aliado à alimentação é importante para o controle do percentual de gordura.

Recomendações gerais:

As atividades físicas/práticas corporais precisam fazer parte do dia a dia. Nesse sentido, é importante incorporar aos poucos atividades segundo seus interesses, necessidades e limitações. Essa incorporação pode ser iniciada com o aumento no volume, ou seja, na duração das atividades e na frequência em que são realizadas, para depois aumentar a intensidade, de forma a alcançar os níveis recomendados para a saúde e desejados pelo usuário.

Outro ponto importante é que a intensidade de um esforço específico realizado por um usuário muda a partir das adaptações advindas da prática regular de atividades físicas/práticas corporais e, por isso, deve ser ajustada. Por exemplo: um usuário elevava sua frequência cardíaca a 60% da máxima e era classificado como 5 na escala de esforço em uma caminhada realizada a 2 km/h; depois de determinado tempo de prática, o mesmo esforço elevava a frequência dele apenas a 40% da máxima, com classificação 3 na escala de esforço. A velocidade (intensidade), portanto, precisa ser ajustada para ele continuar obtendo adaptações advindas da prática.

As recomendações gerais estabelecidas pela Organização Mundial da Saúde em 2010 sobre as atividades físicas/práticas corporais variam de acordo com a faixa etária. Para população de **5 a 17 anos**, aconselha-se que correspondam a atividades de lazer, esporte, transporte ou atividades escolares, perfazendo pelo menos 60 minutos de atividade física

de intensidade **moderada a vigorosa diariamente**, nas quais volumes maiores podem trazer benefícios adicionais. Recomenda-se que a maior parte delas seja de atividades aeróbicas. Atividades que envolvam componentes de força muscular, não necessariamente com o objetivo de ganho de massa magra, podem ser incorporadas à rotina dessa população pelo menos três vezes por semana.

Para os adultos (**18 a 65 anos**), o ideal é que as atividades físicas/práticas corporais realizadas para o lazer, no tempo livre, para transporte, no trabalho, nas tarefas domésticas, nos esportes e exercícios planejados componham ao menos 150 minutos de atividade **aeróbica** de intensidade **moderada**, ou pelo menos a soma de 75 minutos de atividade **aeróbica intensa** por **semana**. Essas atividades precisam ser realizadas em períodos com duração não menor que 10 minutos.

As atividades aeróbicas de intensidade **leve** precisam fazer parte dos hábitos diários dos adultos e podem trazer benefícios adicionais, mas não trazem adaptações e proteção cardiovascular. De forma geral, são importantes no cálculo final do gasto energético diário do usuário. Atividades cujo foco é o fortalecimento muscular podem ser realizadas duas ou mais vezes por semana, e as práticas corporais que trabalhem aspectos que envolvem lazer, relaxamento, coordenação motora e socialização podem ser realizadas diariamente no sentido de trazer outros benefícios.

É relevante considerar que recomendações específicas podem ser necessárias segundo as características individuais, como atividades voltadas à melhoria da postura, da flexibilidade e de ganho de massa óssea.

As recomendações para adultos também se aplicam aos idosos. Além disso, aqueles com **65 anos ou mais** precisam realizar atividades que melhorem o equilíbrio e previnam quedas, pelo menos três vezes por semana. Não podendo seguir essas recomendações por limitações de saúde, deve-se seguir conforme as possibilidades. Esse grupo pode ainda necessitar de atenção especial na avaliação de comorbidades, na orientação e na prescrição de atividades físicas/práticas corporais específicas que visem à melhoria da saúde e à manutenção da autonomia física e cognitiva, podendo ser necessário o acompanhamento por equipe de apoio como profissionais do Nasf ou da rede de serviços de Saúde.

Recomenda-se que as consultas subsequentes considerem não só aspectos fisiológicos, como riscos, mas também psicológicos e motivacionais. As novas avaliações podem ser individuais ou em grupos, segundo a abordagem necessária no acompanhamento. Podendo ser de maior frequência, para um usuário que faz uso de insulina e que precisa ajustar a dosagem do medicamento ao nível de atividade física; ou de frequência média, em indivíduos que apresentem alguma comorbidade de baixo risco ou que necessitem de aporte motivacional; ou de longa duração, para aqueles que buscam promoção da saúde ou possuam autonomia sobre seu cuidado. Esse acompanhamento periódico não limita a possibilidade de a equipe de Saúde organizar grupos de convivência ou terapêuticos de periodicidade semanal, quinzenal ou outras, conforme avaliação da equipe.

Referências

- ACHUTTI, A. C. et al. Tabagismo. In: DUNCAN, B. B.; SCHMIDT, M. I.; GIUGLIANI, E. R. **Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004. p. 533-538.
- AMERICAN DIABETES ASSOCIATION (ADA). Nutrition recommendations and interventions for diabetes. a position statement of the american diabetes association. **Diabetes Care**, [S.l.], v. 30, p. 48-65, jan. 2007. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17192379>>. Acesso em: jul. 2013. (Suplemento)
- AMERICAN DIABETES ASSOCIATION (ADA). Standards of medical care in diabetes – 2010. **Diabetes Care**, [S.l.], v. 33, n. 3, p. 11-61, jan. 2010. (Suplemento). Errata em v. 33, n. 3, p. 692, mar. 2010. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20042772>>. Acesso em: jul. 2013.
- ANDERSON, J. W. et al. Carbohydrate and fiber recommendations for individuals with diabetes: a quantitative assessment and metaanalysis of the evidence. **J. Am. Coll. Nutr.** [S.l.], v. 23, p. 5-17, 2004. Disponível em: <<http://www.jacn.org/cgi/reprint/23/1/5>>. Acesso em: jul. 2013
- BOUCHARD, Claude et. al. (Eds.). **Exercise, fitness, and health: a consensus of current knowledge**, Champaign: Human Kinetics, 1990.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Matriz de ações de alimentação e nutrição na atenção básica de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia alimentar para a população brasileira**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.
- BRASIL. Ministério da saúde. **Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus**. Brasília: Secretaria de Políticas da Saúde, 2001. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/reorganizacao_plano.pdf>. Acesso em: jul. 2013.
- BRITISH HYPERTENSION SOCIETY. National Institute for Health and Clinical Excellence- NICE. Quick reference guide. **Hypertension: management of hypertension in adults in primary care**. June, 2006. Disponível em: <<http://www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/cg034quickrefguide.pdf>>. Acesso em: 25 set. 2010.
- BUSE, J. B. et al. Primary prevention of cardiovascular diseases in people with diabetes mellitus: a scientific statement from the American Heart Association and the American Diabetes Association. **Diabetes Care**, [S.l.], v. 30, n. 1, p. 162-72, jan. 2007.
- CANAAN, F. A. et al. Índice de massa corporal e circunferência abdominal: associação com fatores de risco cardiovascular. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo, v. 87, n. 6, 2006.
- CAVALCANTE, T. M. O controle do tabagismo no Brasil: avanços e desafios. **Rev. Psiqu. Clin.**, [S.l.], v. 32, n. 5, p. 283-300, 2005.
- CENTER OF DISEASE CONTROL (CDC). Sodium intake among adults: United States, 2005-2006. **Morbidity and Mortality Weekly Report**, [S.l.], v. 59, p. 24, 2010.

CHOBANIAN, A. V. et al. The seventh report of the joint national committee on prevention, detection, evaluation and treatment of high blood pressure: The JNC 7 report. **JAMA**, [S.l.], v. 289, p. 2560-2572, 2003.

COPPELL, K. J. et al. Nutritional intervention in patients with type 2 diabetes who are hyperglycaemic despite optimized drug treatment- Lifestyle Over and Above Drugs in Diabetes (LOADD) study: randomized controlled trial. **BMJ**, [S.l.], v. 341, n. 202, p. 3337, 20 jul. 2010.

COZZOLINO, S. M. F. **Biodisponibilidade de nutrientes**. 2. ed. São Paulo: Manole, 2007.

CRITCHLEY, J. A.; CAPEWELL, S. Mortality risk reduction associated with smoking cessation in patients with coronary heart disease: a systematic review. **JAMA**, [S.l.], v. 290, n. 1, p. 86-97, jul. 2003.

DUTRA-DE-OLIVEIRA, J. Eduardo; MARCHINI, J. Sérgio. **Ciências nutricionais**. São Paulo: Sarvier Editora de Livros Médicos, 1998.

FERREIRA, S. R. S. et al. **Protocolo de hipertensão arterial sistêmica para a atenção primária em saúde**. Porto Alegre: Gerência de Saúde Comunitária. Grupo Hospitalar Conceição, 2009.

IORE, M. C. et al. Treating tobacco use and dependence: 2008 update. Quick Reference Guide for Clinicians. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services. **Public Health Service**. abril, 2009. Disponível em: <<http://www.ahrq.gov/clinic/tobacco/tobaqrq.pdf>>. Acesso em: 25 set. 2010.

GLANTZ, S. A.; PARMLEY, W. W. Passive smoking and heart disease: mechanisms and risk. **JAMA**, [S.l.], v. 273, p. 1047-1053, 1995.

GORIN, S. S.; HECK, J. E. Meta-analysis of tobacco counseling by health care providers. **Cancer Epidemiology Biomarkers Prevention**, [S.l.], v. 13, p. 2012-2022, 2004.

GUPTA, R.; SINGH, V.; GUPTA, V. P. Smoking and hypertension: the indian scenario. **South Asian Journal of Preventive Cardiology**. Jaipur, India, 2004. Disponível em: <www.sajpc.org/vol7/vol7_2/smokingandhypertension.htm>. Acesso em: 25 set. 2010.

HARTWEG, J. **Ácidos grasos poliinsaturados (AGPI) omega-3 para la diabetes mellitus tipo 2**. Reproducción de una revisión Cochrane, traducida y publicada en La Biblioteca Cochrane Plus, n. 2, 2008.

HOWARD, A. A.; ARNSTEN, J. H.; GOUREVITCH, M. N. Effect of alcohol consumption on diabetes mellitus: a systematic review. **Ann. Intern. Med.**, [S.l.], v. 140, n. 3, p. 211-219, 2004.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER (INCA). Coordenação de Prevenção e Vigilância. **Abordagem e tratamento do fumante: consenso 2001**. Rio de Janeiro: INCA, 2001.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER (INCA). **Tabagismo: jovem/mulher e tabaco**. 2010. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/tabagismo/jovem/inicial.asp?pagina=namira.htm&item=jovem>>. Acesso em: 28 ago. 2010.

INTERNATIONAL AGENCY OF REASERCH IN CANCER (IARC). Environmental carcinogens methods of analysis and exposure measurement. **Passive Smoking**, Lyon, France, v. 9, n. 31, 1987.

JACKSON, E.; RUBENFIRE, M. **Cardiovascular risk of smoking and benefits of smoking cessation**. Disponível em: <uptodateonline.com>. Acesso em: 13 ago. 2010.

KAPLAN, N. M. **Smoking and hypertension**. Última revisão de literatura em maio 2010. Tópico atualizado em 25/04/2008. Disponível em: <www.uptodateonline.com>. Acesso em 10 ago. 2010.

LANCASTER, T.; STEAD, L. F. Individual behavioural counseling for smoking cessation. **Cochrane Database Syst. Rev.**, [S.l.], v. 4, [versão digital], 2008.

LICHTENSTEIN, A. H. et al. **Diet and lifestyle recommendations revision 2006: a scientific statement from the American Heart Association Nutrition Committee**. American Heart Association, 2006. Disponível em: <http://circ.ahajournals.org/cgi/content/full/114/1/82>. Acesso em: jul. 2013.

LION, E. A. V. **Tabagismo e saúde feminina: aliança de controle do tabagismo – ACTbr**. 2009. Disponível em: <http://actbr.org.br/uploads/conteudo/213_TABAGISMO_ESAUDE_FEMININA_FINAL.pdf>. Acesso em: 29 ago. 2010.

MENDES, E. V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da Estratégia Saúde da Família**. Brasília: OPAS, 2012.

MONTEIRO, C. A. et al. A descriptive epidemiology of leisure-time physical activity in Brazil, 1996–1997. *Rev. Panam. Salud Publica*, [S.l.], v. 14, p. 246–254, 2003.

MOREIRA, L. B. et al. Alcohol intake and blood pressure: the importance of time elapsed since last drink. *J. Hypertens*, [S.l.], v. 16, n. 2, p. 175-180, feb. 1998.

NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CLINICAL EXCELLENCE (NICE). Brief interventions and referral for smoking cessation in primary care and other settings. **Public Health Intervention Guidance**, n. 1, march 2006.

NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CLINICAL EXCELLENCE (NICE). **Hypertension: clinical management of primary hypertension in adults** [Internet]. London: NICE, 2011. Disponível em: <http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/13561/56008/56008.pdf>. Acesso em: 23 fev. 2012.

NIELD, L. et al. **Sesoramiento dietético para el tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2 en adultos**. Reproducción de una revisión Cochrane, traducida y publicada en La Biblioteca Cochrane Plus, n. 2, 2008. Disponível em: <http://www.update-software.com>. Acesso em: jul. 2013.

NKONDJOCK, A.; BIZOME, E. Dietary patterns associated with hypertension prevalence in the Cameroon defence forces. *Eur. J. Clin. Nutr.*, [S.l.], v. 64, 30 jun. 2010. Disponível em: <http://www.nature.com/ejcn/journal/vaop/ncurrent/abs/ejcn2010109a.html>. Acesso em: jul. 2013.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Doenças crônico-degenerativas e obesidade: estratégia mundial sobre alimentação, atividade física e saúde**. 2003. Disponível em: <http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/d_cronic.pdf>. Acesso em: jul. 2013.

PEDERSON, B. K.; SALTIN, B. Evidence for prescribing exercise as therapy in chronic disease. *Scand. J. Med. Sci. Sports*, [S.l.], v. 16, n. 1, p. 3-63, 2006.

PRIEBE, M. G. et al. **Alimentos integrais para la prevención de la diabetes mellitus tipo 2:** reproducción de una revisión Cochrane. Traducida y publicada en La Biblioteca Cochrane Plus, 2008, n. 2. Disponível em: <<http://www.update-software.com>>. Acesso em: jul. 2013.

RODRIGUES SILVA, Cecilia et al. Effect of a rice bran fiber diet on serum glucose levels of diabetic patients in Brazil. **ALAN**, [S.l.], v. 55, n. 1, p. 23-27, jan. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.org/ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-06222005000100003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: jul. 2013.

SACKS, F. M. et al. Effects on blood pressure of reduced dietary sodium and the Dietary Approaches to Stop Hypertension (DASH) diet. DASH-Sodium Collaborative Research Group. **N. Engl. J. Med.**, [S.l.], v. 135, p. 1019-1028, 2001.

SANTOS, Ana Luiza Teixeira et al. Análise crítica das recomendações da Associação Americana de Diabetes para doença cardiovascular no diabetes melito. Revisão Sistemática. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia**, São Paulo, v. 53, n. 5, jul. 2009.

SAVICA, V.; BELLINGHIERI, G.; KOPPLE, J. D. The effect of nutrition on blood pressure. **Annu. Rev. Nutr.** v. 30 [s.l.;s.n.], p. 365-401, ago. 2010. Disponível em: <http://arjournals.annualreviews.org/doi/abs/10.1146/annurevnutr01051003954?url_ver=Z39.88003&rfr_id=ori:rid:crossref.org&rfr_dat=cr_pub%3dncbi.nlm.nih.gov>. Acesso em: jul. 2013.

SILVA, Ana Márcia; DAMIANI, Iara Regina. As práticas corporais na contemporaneidade: pressupostos de um campo de pesquisa e intervenção social. In: _____. (Org.). Práticas corporais: gênese de um movimento investigativo em educação física. **Ciência & Arte**, Naemblu, v. 1, p. 17-27, 2005.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA (SBC). IV Diretriz Brasileira sobre dislipidemia e prevenção de aterosclerose. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 88, [s.l.;s.n.], abr. 2007. (Suplemento 1).

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA (SBC), SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO (SBH), SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA (SBN). VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Arq. Bras. Cardiol.**, v. 95, n.1 p. 1-51, 2010. (Suplemento 1)

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES (SBD). **Atualização brasileira sobre diabetes**. Rio de Janeiro: Diagraphic, 2005. Disponível em: <<http://diabetes.org.br>>. Acesso em: jul. 2013.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES (SBD). **Consenso brasileiro sobre diabetes 2002:** diagnóstico e classificação do diabetes melito e tratamento do diabetes melito do tipo 2. Rio de Janeiro: Diagraphic, 2003.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE ENDOCRINOLOGIA E METABOLOGIA (SBEM); SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA (SBN). **Diabetes mellitus:** recomendações nutricionais. Projeto diretrizes, 2005. Disponível em: <<http://www.projetodiretrizes.org.br/11-diabetes>>. Acesso em: jul. 2013.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE METABOLOGIA E ENDOCRINOLOGIA (SBEM). **Obesidade:** tratamento dietético. Projeto Diretrizes. Associação médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina, 2006.

- SOCIEDADE BRASILEIRA DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA et al. Tabagismo: parte I. **Rev. Assoc. Med. Chem. Bras.** v. 56, n. 2, p. 134, 2010. ISSN 0104-4230. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302010000200005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 3 maio 2013.
- STEAD L. F.; LANCASTER, T. Group behaviour therapy programmes for smoking cessation. **Cochrane Database Syst. Rev.**, [S.l.], v. 4, [versão digital], 2008.
- THOMAS D.; ELLIOTT, E. J.; BAUR, L. **Dietas de bajo índice glucémico o baja carga glucémica para El sobrepeso y la obesidad.** Reproducción de una revisión Cochrane, traducida y publicada en La Biblioteca Cochrane Plus, n. 2, 2008. Disponível em: <<http://www.update-software.com>>. Acesso em: jul. 2013.
- TROYER, J. L. et al. The effect of home-delivered Dietary Approach to Stop Hypertension (DASH) meals on the diets of older adults with cardiovascular disease. **Am. J. Clin. Nutr.** v. 91, p. 1204–1212, 2010.
- UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINAS (UNICAMP). **Tabela brasileira de composição de alimentos.** Campinas: NEPA-UNICAMP, 2004.
- U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES. National Institutes of Health. New DASH- the guide. **N. Eng. J. Med.**, [S.l.], v. 344, n. 1, p. 3-10, 2001. Disponível em: <<https://content.nejm.org/cgi/content/abstract/344/1/3>>. Acesso em: jul. 2013.
- U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES. **The health consequences of involuntary exposure to tobacco smoke: a report of the surgeon general—executive summary.**
- U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, Coordinating Center for Health Promotion, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, 2006. Disponível em: <<http://www.cdc.gov/tobacco>>. Acesso em: 1 out. 2010.
- U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES. **The health consequences smoking: a report of the Surgeon General.** Washington DC; U.S. Government Printing Office, 2004.
- U.S. PUBLIC HEALTH SERVICE, 2008 PHS Guideline Update Panel, Liaisons, and Staff. Treating tobacco use and dependence: 2008 update U.S. Public Health Service Clinical Practice Guideline executive summary. **Respir. Care**, [S.l.], v. 53, p.1217-1222, 2008.
- VIVACQUA, R.; HESPANHA, R. **Ergometria e reabilitação em cardiologia.** Rio de Janeiro: Medsi, 1992.
- XIN, X. et al. Effects of alcohol reduction on blood pressure: a meta-analysis of randomized controlled trials. **Hypertension**, [s.l.], v. 38, n. 5, p. 1112-1117, nov. 2001.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **2008-2013 action plan for the global strategy for the prevention and control of noncommunicable diseases.** Geneva: WHO, 2008. (Serie, 36).
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Global recommendations on physical activity for health.** Geneva: WHO, 2010.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Physical status:** the use and interpretation of anthropometry. Report of a WHO Expert Committee. WHO Technical Report, Series 854. Geneva: WHO, 1995. Disponível em: <http://apps.who.int/bmi/index.jsp?introPage=intro_3.html>. Acesso em: jul. 2013.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Tobacco e the rights of the child.** Geneva: WHO, 2001a.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **WHO report on the global tobacco epidemic, 2009: implementing smoke-free environments.** MPower. 2009. Disponível em: <<http://www.who.int/tobacco/mpower/2009/en/index.html>>. Acesso em: 5 set. 10.

Práticas integrativas e complementares no SUS: cuidado das pessoas com doenças crônicas

5

O campo das Práticas Integrativas e Complementares (PICs) contempla sistemas médicos complexos¹¹ e recursos terapêuticos, que envolvem abordagens que buscam estimular os mecanismos naturais de prevenção de agravos e de recuperação da saúde por meio de tecnologias eficazes e seguras. Essas práticas compartilham um entendimento diferenciado sobre o processo saúde/doença, ampliando a visão desse processo e as possibilidades terapêuticas, contribuindo para a promoção global do cuidado humano, especialmente do autocuidado (BRASIL, 2006).

O Ministério da Saúde, com o objetivo de ampliar o acesso da população a esses serviços, aprovou a **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no SUS** (Portaria MS nº 971, de 3 de maio de 2006), a qual traz diretrizes para inserção de ações, serviços e produtos da *Medicina Tradicional Chinesa/acupuntura, homeopatia, plantas medicinais e fitoterapia*, assim como para os observatórios de saúde do *termalismo social/crenoterapia* e da *medicina antroposófica*. As ações das PICs são transversais nos diversos pontos de atenção, mas desenvolvem-se, prioritariamente, na Atenção Básica, pois, em geral, usam tecnologias de elevada complexidade e de baixa densidade (BRASIL, 2006a).

Abordaremos, a seguir, por meio de tópicos, como algumas racionalidades veem o cuidado a pessoas com doenças crônicas, abordando técnicas que podem apoiar essa linha de cuidado.

¹¹Compreende-se por sistemas médicos complexos as abordagens do campo das PICs que possuem teorias próprias sobre o processo saúde/doença, diagnóstico e terapêutica (LUZ, 2003).

5.1 Medicina tradicional chinesa – MTC

A Medicina Tradicional Chinesa caracteriza-se por um sistema médico integral, originado há milhares de anos na China. Utiliza linguagem que retrata simbolicamente as leis da natureza e que valoriza a inter-relação harmônica entre as partes, visando à integralidade. Apresenta como uma de suas teorias fundamentais a Teoria do *Yin-Yang*, divisão em duas forças ou princípios fundamentais, interpretando os fenômenos em opostos complementares. Além desta, há a Teoria dos Cinco Elementos, que compreende e atribui a todas as coisas e fenômenos um dos cinco elementos, a saber: madeira, fogo, terra, metal e água.

A MTC compreende que o equilíbrio do *yin-yang* e dos cinco elementos no indivíduo, e deste com o meio, é fundamental para a manutenção da saúde. E que o desequilíbrio destes desencadeia o processo de adoecimento do corpo e da mente. Utiliza como elementos diagnósticos, no intuito de avaliar essas desarmonias, a anamnese, segundo os preceitos da MTC, a palpação do pulso, a observação da face e da língua, entre outros elementos; e, como principais recursos terapêuticos, utiliza acupuntura, auriculoterapia, eletroacupuntura, moxaterapia, ventosaterapia, plantas medicinais, dietoterapia, práticas corporais e mentais da MTC.

Consulte também a publicação *O SUS de A a Z* para conceitos adicionais acerca dos recursos terapêuticos da MTC, assim como as demais práticas previstas na Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC). Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/sus_3edicao_completo.pdf>.

Leia mais sobre Práticas Corporais da MTC no Capítulo 4 – Promoção da saúde e prevenção de doenças: intervenções comuns às doenças crônicas deste *Caderno de Atenção Básica*.

Tratando-se do cuidado à pessoa com doenças crônicas, é no tratamento e na prevenção que a MTC encontra sua vocação milenar e dispõe de competências específicas diferenciadoras da medicina convencional, com seu caráter abrangente e multidisciplinar, garantindo a complementariedade e a adequação do protocolo terapêutico a cada paciente, visando ao bem-estar e à saúde do indivíduo. Pessoas acompanhadas com alguma periodicidade pela MTC obtêm excelentes resultados na prevenção de doenças crônicas, com benefícios significativos em termos de longevidade, de qualidade de vida e de melhora dos sintomas.

As duas teorias (*Yin-Yang* e a *Teoria dos Cinco Elementos*) ajudam a ampliar o olhar sobre o usuário e sobre as desarmonias que levam ao adoecimento do corpo físico, reconhecendo a diversidade de influências sobre os processos humanos e sua relação com o ambiente.

Considerando os desequilíbrios de características *yin-yang*, assim como a Teoria dos Cinco Elementos, cada doença está ligada a determinados canais de energia, conjunto de órgãos e sistemas orgânicos. Este conjunto se influencia mutuamente, ou seja, desequilíbrios energéticos podem causar problemas orgânicos e desequilíbrios emocionais, assim como desequilíbrios emocionais podem causar desarmonias nos canais de energia e, conseqüentemente, problemas nos sistemas orgânicos. O nosso organismo tem uma energia orgânica que, como qualquer energia, tem bipolaridade: positivo e negativo, *yin-yang*,

calor e frio, umidade e secura, excesso e deficiência, noite e dia. O ideal é que essas forças estejam sempre equilibradas, no entanto, quando ocorrem os desequilíbrios energéticos, o indivíduo pode desenvolver doenças. Por exemplo, doenças inflamatórias intestinais são consideradas doenças do elemento fogo, que tem relação com a energia do coração. O diabetes *melittus* pode ser causado por uma deficiência de *yin* do baço-pâncreas, levando à diminuição da produção de insulina, e uma deficiência do *yin* dos rins, levando à perda de energia vital. A hipertensão é causada pela desarmonia entre *yin* e o *yang* do fígado e dos rins. Quando encontramos a hipertensão causada pelo calor excessivo do fígado, o paciente se queixa de dor de cabeça, rubor facial, olhos avermelhados, sede, angústia, irritabilidade, constipação. Já na deficiência de *yin* de fígado e dos rins, a hipertensão está associada à vertigem e tontura, tinidos, lombalgia, lassidão nos membros inferiores, palpitações, insônia. Quando houver umidade/calor, o paciente sentirá também opressão torácica, taquicardia, intumescimento nos membros, e obesidade, que é um padrão de desarmonia do baço-pâncreas, que, segundo a MTC, possui funções de metabolização dos alimentos.

Os recursos terapêuticos da MTC buscam harmonizar o *yin-yang* e os Cinco Elementos de diferentes formas. A acupuntura consiste no uso de agulhas filiformes colocadas em pontos específicos do corpo, seguindo a teoria dos canais energéticos (meridianos). A auriculoterapia é um dos microssistemas da acupuntura que possuem representação dos órgãos e de estruturas do corpo no pavilhão auricular. As orelhas possuem pontos ou áreas de reflexo que correspondem a todos os órgãos e funções do corpo e, quando são estimulados por sementes fixas por um pequeno esparadrapo, ou por microagulhas, o cérebro recebe um impulso que desencadeia uma série de fenômenos físicos, relacionados com a área do corpo, produzindo a cura. Já as práticas corporais e mentais (ex.: *lian gong*, *chi gong*, *tai chi chuan*, tuina, meditação) utilizam o movimento, a respiração, a concentração e as massagens com intuito semelhante, além de promoverem relaxamento, equilíbrio e percepção corporal de modo a favorecer a integralidade da saúde, estimulando o autocuidado e a corresponsabilização no processo terapêutico. Esses importantes recursos terapêuticos estão disponíveis para qualificar a oferta de serviços no cuidado à pessoa com doenças crônicas.

A OMS publicou documentos específicos reconhecendo e recomendando o uso da acupuntura no cuidado a doenças, incluindo o cuidado a pessoas com doenças crônicas. Disponível em: <<http://apps.who.int/medicinedocs/en/d/Js4926e/5.html>>.

5.2 Homeopatia

A homeopatia é um sistema médico complexo desenvolvido por Samuel Hahnemann, médico alemão, no século XVIII. Está ancorado em três princípios fundamentais: a lei dos semelhantes, a experimentação no homem sadio e no uso de doses infinitesimais. A saúde e a doença são um processo complexo e dinâmico no qual interferem vários fatores em uma multicausalidade. Nesse sentido, a enfermidade é a reação do organismo susceptível ao

agente patógeno, de maneira peculiar e individual, utilizando seus mecanismos defensivos. Esses mesmos mecanismos são estimulados pelo medicamento para que o organismo desequilibrado retorne à sua homeostase (NOVAES, 2003).

Essa racionalidade se caracteriza pela visão de unidade do binômio corpo/mente e por reconstruir o indivíduo em sua dimensão integral, vivo e dinâmico em suas relações sociais. Busca a compreensão e o alívio do sofrimento físico e mental em todas as etapas da vida. A prescrição do medicamento homeopático visa a atuar neste indissociável e complexo binômio psicofísico. Para isso, o medicamento deve ter a maior semelhança possível ao quadro que se busca tratar.

Essas substâncias medicamentosas podem ser originadas nos reinos animal, mineral ou vegetal e devem ser prescritas a partir do método homeopático. Esse método implica conhecer a pessoa, por meio da sua história de vida, do exame físico e, quando necessário, de exames complementares. Essa propedêutica requer a definição do diagnóstico clínico, miasmático e do diagnóstico do medicamento homeopático. É fundamental estabelecer o prognóstico clínico-dinâmico, possibilitando melhor conhecer a evolução do tratamento. O plano terapêutico é singular, isto é, dependerá da complexidade e da necessidade de cada pessoa.

Pautado no paradigma vitalista, observa-se que o processo de adoecimento ocorre a partir de um desequilíbrio em nível sutil, imaterial e que, no início, é comumente imperceptível. Quando utilizada nesse estágio, pode ser uma medida preventiva ao ajustar o padrão de desarmonia, impedindo o avanço da patologia, restabelecendo a saúde. Posteriormente, poderá evoluir para uma entidade clínica, detectável pelas consequentes manifestações, tanto na esfera psíquica, pela presença de sintomas mentais, tais como medos, angústias, tristeza, ansiedades e demais sensações subjetivas, como pelos sintomas físicos.

Em relação às doenças crônicas, a maior parte dos esforços tem se concentrado na identificação, compreensão e intervenção nos fatores de risco, que incrementam a probabilidade de adoecimento (ESPÍRITO SANTO, 2012). As doenças crônicas causam grande impacto na qualidade de vida dos indivíduos, com redução da produtividade no trabalho, no absenteísmo e na busca por serviços de Saúde.

A homeopatia é uma das opções de tratamento voltadas para o cuidado de pessoas com doenças crônicas em vários países do mundo (JACOBS; CHAPMAN; CROTHERS, 1998; BECKER-WITT et al., 2004). No Brasil, vários serviços de homeopatia no SUS encontram entre seus principais motivos de busca de tratamento as doenças crônicas. Novaes (2007), em estudo no Espírito Santo, evidenciou entre os principais diagnósticos clínicos as atopias (19%), o transtorno fóbico-ansioso (11,6%), a cefaleia (6,3%), além de hipertensão arterial, diabetes *mellitus* e dores crônicas. Tal fato se deve aos efeitos adversos das drogas utilizadas por longos períodos, a busca por estilo de vida mais natural e o crescente interesse pela desmedicalização.

Por exemplo, nos casos de diabetes, quando ainda há alguma possibilidade de produção de insulina pelo pâncreas, o medicamento atuará no sentido de estimular o organismo a aumentar essa produção, levando a um ganho de qualidade de vida do paciente, que usará menor quantidade de medicamento ou mesmo substituirá a insulina injetável por hipoglicemiantes orais.

A doença crônica, multicausal, pode ser decorrente de causas emocionais, alimentares, agentes externos que desarmonizam a energia vital, gerando sinais e sintomas, próprios de cada ser em sofrimento. Esse padrão de adoecimento afetará toda a individualidade e sistemas do organismo. Dessa forma, no curso do tratamento, a melhoria dos sintomas deverá acontecer nessa totalidade, sempre acompanhada pela sensação subjetiva de bem-estar.

Para as pessoas com doenças crônicas, o Ministério da Saúde preconiza cuidado integral e humanizado com ampliação das estratégias de promoção e de prevenção, além do diagnóstico, do tratamento, da reabilitação e da redução de danos. A homeopatia agrega condições necessárias para atender a essa política e torna-se mais um recurso terapêutico disponibilizado pelo SUS, especialmente a partir da publicação da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares, em 2006 (BRASIL, 2006). Como especialidade médica que é, a homeopatia apresenta características comuns a outras áreas da Medicina, podendo ser utilizada concomitantemente aos demais tratamentos, para qualquer doente, independentemente da doença, da idade ou de outros condicionantes.

A resposta orgânica do indivíduo ao estímulo medicamentoso é individual e característica do paciente, e não da doença em questão ou do medicamento homeopático.

O objetivo do tratamento homeopático é traçar um projeto de valorização da vida, de conservação e de recuperação da saúde. Nos casos funcionais, ou seja, quando há apenas alterações bioquímicas, poderá haver recuperação ao estado anterior, levando o indivíduo à cura. Nos casos em que há lesões em órgãos nobres, poderá ser empregada como terapêutica complementar, associada ao tratamento convencional, em parceria com outros especialistas e demais profissionais de Saúde. Nesse sentido, é importante integrar esse saber aos conhecimentos e princípios da Atenção Básica, compartilhando as concepções do processo saúde/doença e outras possíveis ferramentas para abordagem na promoção, no tratamento e na reabilitação das pessoas e suas famílias.

5.3 Fitoterapia e plantas medicinais

A fitoterapia é a “terapêutica caracterizada pelo uso de plantas medicinais em suas diferentes apresentações e formas farmacêuticas, sem a utilização de substâncias ativas isoladas, ainda que de origem vegetal”. O seu uso criterioso como prática complementar na Atenção Básica proporciona benefícios, como o fortalecimento do vínculo com o usuário em seu tratamento, estimulando sua autonomia e corresponsabilização em uma dimensão mais ampla do cuidado à saúde (MERHY; FEUERWERKER, 2009).

As descobertas científicas e avanços tecnológicos nessa área comprovaram o uso popular de uma série de plantas medicinais que passaram a fazer parte do arsenal terapêutico, com fitoterápicos constituídos de características mais apropriadas para emprego em humanos, os quais demonstram eficácia quando usados em doses terapêuticas (LEITE, 2009).

As plantas medicinais e os fitoterápicos contêm mistura de diferentes metabólitos secundários, ou seja, um fitocomplexo, que pode agir individualmente, aditivamente ou em sinergia para o restabelecimento da saúde. Importante compreender a ação de extratos vegetais no organismo, bem como o potencial farmacológico de vários compostos químicos multifuncionais no tratamento de diversas doenças (SAAD et al., 2009).

Nesse contexto, a sabedoria popular, quando sustentada pela comprovação científica, pode estabelecer uma prática terapêutica segura e eficaz, bem como o uso de plantas medicinais e fitoterápicos em uma dimensão social e econômica (MATOS, 2007).

Assim, considerando a rica biodiversidade brasileira e sua enorme potencialidade no que diz respeito às plantas medicinais e fitoterápicos, duas políticas foram publicadas no Brasil. A primeira foi a PNPIC e a segunda foi o Decreto nº 5.813, de 22 de junho de 2006, que aprova a Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos (PNPMF) e dá outras providências. Essa política estabelece diretrizes para o desenvolvimento de ações para garantir o acesso seguro e o uso racional de plantas medicinais e de fitoterápicos (BRASIL, 2006b).

A fitoterapia passou a ser uma alternativa terapêutica para as doenças crônicas, despertando o interesse da comunidade preocupada com a saúde, na busca de alternativas de tratamento com o mínimo possível de efeitos colaterais (SILVEIRA; BANDEIRA; ARRAIS, 2008). Da mesma forma, os profissionais de Saúde estão procurando cada vez mais alternativas aos produtos sintéticos e alopáticos para a melhoria dos sintomas e o tratamento de diversas patologias (PANIZZA, 2010).

Atendendo a essa necessidade, o Ministério da Saúde disponibiliza 12 fitoterápicos no Sistema Único de Saúde em vários estados do Brasil, descritos a seguir:

1. **Aroeira** (*Schinus terebenthifolius* Raddi) – apresenta ação cicatrizante, anti-inflamatória e antisséptica tópica, para uso ginecológico.
2. **Alcachofra** (*Cynara scolymus* L.) – tratamento dos sintomas de dispepsia funcional (síndrome do desconforto pós-prandial) e de hipercolesterolemia leve a moderada. Apresenta ação colagoga e colerética.
3. **Babosa** (*Aloe vera* L.) – tratamento tópico de queimaduras de 1º e 2º grau e como coadjuvante nos casos de psoríase vulgaris.
4. **Cáscara-sagrada** (*Rhamnus purshiana* D.C.) – auxilia nos casos de obstipação intestinal eventual.
5. **Espinheira-santa** (*Maytenus ilicifolia* Mart. ex Reiss) – auxilia no tratamento de gastrite e úlcera duodenal e sintomas de dispepsias.
6. **Guaco** (*Mikania glomerata* Spreng) – expectorante e broncodilatador.
7. **Garra-do-diabo** (*Harpagophytum procumbens* D.C.) – tratamento da dor lombar baixa aguda e como coadjuvante nos casos de osteoartrite. Apresenta ação anti-inflamatória.
8. **Hortelã** (*Mentha x piperita* L.) – tratamento da síndrome do cólon irritável. Apresenta ação antiflatulenta e antiespasmódica.
9. **Isoflavona-de-soja** (*Glycine Max* (L.) Merrill) – auxilia no alívio dos sintomas do climatério.
10. **Unha-de-gato** (*Uncaria tomentosa* – Willd. ex Roem. & Schult. – DC) – auxilia nos casos de artrites e osteoartrite. Apresenta ação anti-inflamatória e imunomoduladora.
11. **Plantago** (*Plantago ovata* Forssk) – auxilia nos casos de obstipação intestinal habitual. Tratamento da síndrome do cólon irritável.
12. **Salgueiro** (*Salix Alba* L.) – tratamento de dor lombar baixa aguda. Ação anti-inflamatória (BRASIL, 2013).

Esses fitoterápicos, indicados para o alívio sintomático de doenças crônicas e de baixa gravidade e por curtos períodos de tempo, desempenham papel terapêutico importante, ampliando as alternativas de tratamento seguras e eficazes. Podem ser produzidos a partir de plantas frescas ou secas e de seus derivados, os quais se apresentam em diferentes formas farmacêuticas, como xaropes, soluções, comprimidos, pomadas, géis e cremes (BRASIL, 2013).

Nosso País, com seu amplo patrimônio genético e diversidade cultural, tem em mãos a oportunidade para estabelecer um modelo de desenvolvimento próprio e soberano no Sistema Único de Saúde (SUS) com o uso de plantas medicinais e fitoterápicos (PANIZZA, 2010). Esse modelo garante maior universalização do acesso ao medicamento e visa buscar a sustentabilidade econômica e ecológica, respeitando princípios éticos e promovendo a produção de riquezas com inclusão social.

Para saber mais, consulte o *Caderno de Atenção Básica*, nº 31: Práticas Integrativas e Complementares: Plantas Medicinais e Fitoterapia na Atenção Básica, publicado em 2012. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/miolo_CAP_31.pdf>

Nunca subestime as informações sobre plantas medicinais oriundas da sabedoria popular, mas somente as repasse como verdadeiras para o povo quando souber que a atividade medicinal atribuída à planta realmente existe e que seu uso não trará risco para a saúde ou a vida do usuário (WHO, 2012).

5.4 Medicina antroposófica

A Antroposofia aplicada à saúde apresenta-se como uma racionalidade ou sistema de cuidados de natureza integrativa e complementar às ações de Saúde de caráter convencional. As suas práticas são desenvolvidas de maneira transdisciplinar e com vistas ao alcance da integralidade do cuidado em saúde. A Antroposofia aplicada à saúde é exercida por profissionais de Saúde com formação nessa abordagem, assim como cada uma das diferentes terapias antroposóficas possui modelos de formação específicos para seus profissionais. A Medicina e as terapias antroposóficas baseiam-se na aplicação de conhecimentos inspirados na Antroposofia, filosofia proposta pelo filósofo austríaco Rudolf Steiner, nos anos 1920, ao campo da Saúde.

A imagem do ser humano proposta por essa racionalidade médica compreende vários modelos de análise (trimembração e quadrimembração, entre outros) e considera que suas diferentes dimensões – corporal, psíquica, social – compõem um todo indivisível. Vale ressaltar o conceito de “organização do eu” como o elemento característico do ser humano, que o distingue dos demais reinos e seres da natureza e lhe confere a noção de individualidade e capacidade de pensar a própria realidade. Esse é um dos princípios norteadores mais importantes do processo médico-terapêutico antroposófico. Ainda segundo a Antroposofia,

o ser humano está intimamente ligado à natureza e aos seus elementos, constituindo juntos um organismo complexo e profundamente integrado. A partir desse princípio, são desenvolvidos os medicamentos com base em substâncias e processos minerais, vegetais ou alguns derivados de produtos animais pela farmácia antroposófica.

No âmbito das doenças crônicas, como é o caso da hipertensão e diabetes, a Antroposofia aplicada à Saúde traz valiosas contribuições para a prevenção, a reabilitação e a promoção da saúde, tanto no âmbito individual como no coletivo. O escopo é sempre o indivíduo e seu momento de vida, as condições em que vive, sua autopercepção e a necessidade de desenvolvimento da autonomia e do autocuidado. A medicina antroposófica reforça as medidas não medicamentosas e propõe a utilização de medicamentos antroposóficos, fitoterápicos e homeopáticos com vistas à melhoria da pressão arterial e do controle metabólico de forma complementar e concomitante aos medicamentos convencionais, quando em uso. A enfermagem antroposófica propõe cuidados por meio da aplicação de compressas e banhos (terapias externas). Outras terapias como a terapia artística, a massagem rítmica, a cantoterapia e a musicoterapia, a terapia biográfica podem contribuir para que os indivíduos alcancem melhor qualidade de vida e sejam mais felizes a despeito das doenças.

Para saber mais sobre os **Observatórios de Medicina Antroposófica no SUS**, consulte o relatório técnico disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/geral/relatorio_monitoramento_ma_cnpic.pdf>

Referências

- BECKER-WITT, C. et al. Diagnoses and treatment in homeopathic medical practice. **Forsch Komplementärmed Klass Naturheilkd**, [S.l.], v. 11, p. 98–103, 2004.
- ESPÍRITO SANTO. Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo. **Plano de ações estratégicas para enfrentamento das DANTS no Espírito Santo**. 2012a. Disponível em: <<http://www.saude.es.gov.br>>. Acesso em: 1 maio 2013.
- JACOBS, J.; CHAPMAN, E. H.; CROTHERS, D. Patient characteristics and practice patterns of physicians using homeopathy. *Arch. Fam. Med.*, [S.l.], v. 7, p. 537–540, 1998.
- LEITE, J. P. V. **Fitoterapia: bases científicas e tecnológicas**. São Paulo: Atheneu, 2009.
- LUZ, T. M. **Novos saberes e práticas em saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec, 2003.
- MATOS, F. J. A. **Plantas medicinais: guia de seleção e emprego de plantas usadas em fitoterapia no nordeste do Brasil**. 3. ed. Fortaleza: Ed. UFC, 2007.
- MERHY, E. E.; FEUERWERKER, L. C. M. Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: uma necessidade contemporânea. In: MANDARINO, A. C. S.; GOMBERG E. (Orgs.). **Leituras de novas tecnologias e saúde**. São Cristóvão: Editora UFS, 2009. p. 29-56.
- NOVAES, T. C. **Percepções do paciente usuário dos serviços homeopáticos do Sistema Único de Saúde de Belo Horizonte: estudo de caso no Centro de Saúde Santa Terezinha**. Dissertação (Mestrado) – Saúde Pública. Faculdade de Medicina da UFMG. Belo Horizonte, 2003. 160p.
- NOVAES, A. R. V. A. **Medicina homeopática: avaliação de serviços**. 2007. Dissertação (Mestrado) – Atenção à Saúde Coletiva. Programa de Pós Graduação de Atenção à Saúde Coletiva. Universidade Federal do Espírito Santo, 2007.
- PANIZZA, S. T. **Como prescrever ou recomendar plantas medicinais e fitoterápicos**. São Paulo: COMBRAFITO, 2010.
- SAAD, G. A. Et al. **Fitoterapia contemporânea: tradição e ciência na prática clínica**. Rio de Janeiro: Editora Elsevier, 2009.
- SILVEIRA, P. F.; BANDEIRA, M. A. M.; ARRAIS, P. S. D. Farmacovigilância e reações adversas às plantas medicinais e fitoterápicos: uma realidade. **Revista Brasileira de Farmacognosia**, [S.l.], v. 18, n. 4, p. 618-626, out./dez. 2008.

Bibliografia consultada

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE MEDICINA ANTROPOSÓFICA (ABMA). Disponível em: <<http://www.abmanacional.com.br>>. Acesso em: 7 ago. 2013.

AL-KHAWALDEH, A. O.; AL-HASSAN, M. A.; FROELICHER, E. S. Self-efficacy, self-management, and glycemic control in adult with type 2 diabetes mellitus. **J. Diabetes Complications**, v. 26, n. 1, p. 10-16, jan./fev. 2012.

ANDERSON, E. J. et al. Nutrition interventions for intensive therapy in the diabetes control and complications trial: The DCCT research group. **J. Am. Diet. Assoc.**, [s.l.], v. 93, n. 7, p. 768-772, 1993.

ARAÚJO, Denise Sardinha Mendes Soares de; ARAÚJO, Claudio Gil Soares de. Aptidão física, saúde e qualidade de vida relacionada à saúde em adultos. **Revista Brasileira de Medicina do Esporte**, [s.l.], v. 6, n. 5, p. 194-203, 2000.

BANDURA, A. **Social learning theory**. Englewood Cliffs: Prentice Hall, 1997.

BANTLE, J. P. et al (2008) Nutrition recommendations and interventions for diabetes: a position statement of the American Diabetes Association. **Diabetes Care**, [s.l.], v. 31, n. 1, p. 61-78, 2008. (Suplemento)

BERGENSTAL, R. M. et al. Adjust to target in type 2 diabetes: comparison of a simple algorithm with carbohydrate counting for adjustment of mealtime insulin glulisine. **Diabetes Care**, [s.l.], v. 31, n. 7, p. 1305-1310, 2008.

BÖHME, Maria Tereza Silveira. Relações entre aptidão física, esporte e treinamento esportivo. **Rev. Bras. Ciênc. Mov**, [s.l.], v. 11, n. 3, p. 97-104, 2003.

BONAL, Ruiz R.; CASCARET, Soto X. Automanejo, autocuidado o autocontrol em enfermedades crónicas: acercamiento a su análisis e interpretación. **Medisan**, [s.l.], v. 13, n. 1, 2009.

BOTT, V. **Medicina Antroposófica: uma ampliação da arte de curar**. São Paulo: Ed. Associação Beneficente Tobias, 1982. (2 volumes)

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portal da Saúde**. Disponível em <C:\Documents and Settings\XP\Desktop\dAB doenças crônicas\Portal da Saúde.mht/> Acesso em 24 jul. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 971, de 3 de maio de 2006. Aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 2006a**. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/PNPIC.pdf>>. Acesso em: 7 ago. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Documento de diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas Redes de Atenção à Saúde e nas linhas de cuidado prioritárias**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a. (Série B. Textos Básicos de Saúde)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Práticas integrativas e complementares: plantas medicinais e fitoterapia na Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012f. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica; n. 31).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde – SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências.

Diário Oficial da União, Brasília, DF, Seção 1, 29 jun. 2011. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm>. Acesso em: jul. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Rastreamento**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. (Caderno de Atenção Primária, n. 29)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. **Diretrizes metodológicas**: elaboração de pareceres técnico-científicos. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia alimentar da população Brasileira**: promovendo a alimentação saudável. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Disponível em: <http://189.28.128.100/nutricao/docs/geral/guia_alimentar_conteudo.pdf>. Acesso em: jul. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, Seção 1, 22 out. 2011. Disponível em: <<http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/110154-2488.html>>. Acesso em: jul. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Documento de diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas Redes de Atenção à Saúde e nas linhas de cuidado prioritárias**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012b. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política nacional de alimentação e nutrição. Brasília: Ministério da Saúde, 2012c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS – PNPIC-SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006e. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde – SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências.

Diário Oficial da União, Brasília, DF, Seção 1, 29 jun. 2011. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm>. Acesso em: jul. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Vigitel-Brasil 2011**: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília: Ministério da Saúde, 2012d.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Vigilância em Saúde.

Glossário temático: promoção da saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2012e.

BRASIL. Presidência da República. Decreto nº 5.813 de 22 de junho de 2006. Aprova a Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 2006b. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2006/Decreto/D5813.htm>. Acesso em: 7 ago. 2013.

BUARQUE DE HOLANDA, Aurelio Ferreira. **Novo dicionário aurélio**. Rio de Janeiro: Editora Nova Fronteira, 1975.

CARDOSO COSSENZA, Pedro Ivo et al. Efeitos do treinamento de força sobre o desempenho de resistência muscular. **Lecturas: Educación física y deportes**, [s.l.;s.v.], n. 75, p. 36, 2004.

CAVADIAN DIABETES ASSOCIATION (CDA). Clinical practice guidelines for the prevention and management of diabetes in Canada. **Canadian Journal of Diabetes**, [s.l.;s.n.], v. 32, set. 2008. (Supplement 1)

CLINICAL PRACTICE GUIDELINE TREATING TOBACCO USE AND DEPENDENCE. 2008 Update Panel, Liaisons, and Staff. A clinical practice guideline for treating tobacco use and dependence: 2008 update. A U.S. Public Health Service report. **Am. J. Prev. Med.**, v. 35, [s.l.;s.n.], p. 158-176, 2008.

CHODOSH, J. et al. Meta-analysis: chronic disease self-management programs for older adults. **Annals of Internal Medicine**, [s.l.], v. 143, n. 6, p. 427-438, 2005.

COPADO Ariza C. et al. Mejora en el control de los diabéticos tipo 2 tras intervención conjunta: educación diabetológica y ejercicio físico. **Aten. Primaria**. 2011. Disponível em: <[http://www.elsevier.es/sites/default/files/elsevier/eop/S0212-6567\(10\)00443-9.pdf](http://www.elsevier.es/sites/default/files/elsevier/eop/S0212-6567(10)00443-9.pdf)>. Acesso em: 29 jul. 2013.

DIERCKS, Margarita Silva; PEKELMAN, Renata. **Manual para equipes de saúde: o trabalho educativo em grupos**. Brasília: Ministério da Saúde: 2007. (Caderno de Educação Popular em saúde). Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/caderno_de_educacao_popular_e_saude.pdf>. Acesso em? 19 ago. 2013.

DONALD, Maria. Living with diabetes: rationale, study design and baseline characteristics for na Australian prospective cohort study. Donald et al. **BMC Public Health**, [s.l.], v. 12, p. 8, 2012.

ELLIS, S. E. et al. Diabetes patient education: a meta-analysis and meta-regression. **Patient Education and Counseling**, [s.l.], v. 52, n. 1, p. 97-105, 2004.

FOSTER-POWELL, Kaye; HOLT, Susanna H. A.; BRAND-MILLER, Janette C. **International table of glycemic index and glycemic load values: the american journal clinical of nutrition**. Disponível em: <www.ajcn.org>. Acesso em: 3 abr. 2010.

GARDIN, N. E.; SCHLEIER, R. **Medicamentos antroposóficos: vademecum**. São Paulo: João de Barro Editora, 2009.

GARY, T. L. et al. Meta-analysis of randomized educational and behavioral interventions in type 2 diabetes. **Diabetes Educator**, [s.l.], v. 29, n. 3, p. 488-501, 2003.

- GILLETT, M. et al. Delivering the diabetes education and self-management for ongoing and newly diagnosed. programme for people with newly diagnosed type 2 diabetes: cost effectiveness analysis. **BMJ**, [s.l.], v. 341, p. 4093, 20 ago. 2010.
- GLYNN, L. G. et al. Self-monitoring and non-pharmacological interventions to improve the management of hypertension in primary care: a systematic review. **British Journal of General Practice**, [s.l.], v. 60, n. 581, p. 476-488, 2010.
- GUPTA, R.; SINGH, V.; GUPTA, V. P. Smoking and hypertension: the indian scenario. **South Asian Journal of Preventive Cardiology**. Jaipur, India, 2004. Disponível em: <www.sajpc.org/vol7/vol7_2/smokingandhypertension.htm>. Acesso em: 25 set. 2010.
- HALSTED HOLMAN, M. D.; LORING, R. N. K. Patient self-management: a key to effectiveness and efficiency in care of chronic disease. **Public Health Reports**, [s.l.], v. 119, may/jun. 2004.
- HEISLER, Michele et al. The relative importance of physician communication, participatory decision making, and patient understanding in diabetes self-management. In: **Provider Styles and Self-management**, [s.l.;s.n.], v. 17, abr. 2002.
- JONES, Jennifer M.; PAPADAKOS, Janet. **Maximizing your Patient Education Skills (MPES):** a multi-site evaluation of an innovative patient education skills training course for oncology health care professionals. Patient Education and Counseling, Elsevier Ireland Ltd. v. 84, p. 176-184, 2011.
- KOLB, Humbert et al. Are type 2 diabetes patients who self-monitor blood glucose especial? the role of confounders in the observational ROSSO Study. **Journal of Diabetes Science and Technology**, [s.l.;s.n.], v. 3, Issue 6, nov. 2009.
- KRAEMER, William J. et al. American College of Sports Medicine position stand. Progression models in resistance training for healthy adults. **Medicine and Science in Sports and Exercise**, v. 34, n. 2, p. 364, 2002.
- LIPSCHITZ, D.A. Screening for nutritional of status in the elderly. **Primary Care**, [s.l.], v. 21, n. 1, p. 55-67, 1994.
- MACIOCIA, G. **Os fundamentos da medicina chinesa**. 2. ed. São Paulo: Editora Roca, 2007.
- MANISHA, M. et al. Beneficial effects of high dietary fiber intake in patients with type 2 diabetes mellitus. **The New England Journal of Medicine**, v. 342, n. 19, p. 1392-1398, 11 may 2000. Disponível em: <<http://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJM200005113421903>>. Acesso em: jul. 2013.
- MARCON, Sônia Silva; TRINDADE, Cremilde Aparecida; PAGLIARINI, Maria Angélica. Vivência e reflexões de um grupo de estudos junto às famílias que enfrentam a situação Crônica de Saúde. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 14, p. 116-124, 2005.
- McCRATE, Farah; GODWIN, Marshall; MURPHY, Laura. Attainment of canadian diabetes association recommended targets in patients with type 2 diabetes: a study of primary care practices in ST John's, Nfld. **Canadian Famtly Physician**, Canada, v. 56, jan. 2010.
- MENSING, C. **The art and science of diabetes selfmanagement education: a desk reference for healthcare professionals**. Chicago, IL: American Association of Diabetes Educators, 2007.

MOHAN, S.; CAMPBELL, N. R. C. Salt and high blood pressure. **Clinical Science**, v. 117, p. 1–11, 2009.

MORAES, W. A. **Medicina antropológica: um paradigma para o século XXI**. São Paulo: ABMA, 2005.

MOURA, Nelio Alfano. Treinamento da força muscular. In: COHEN, M.; ABDALLA, R. J. **Lesões nos esportes—diagnóstico, prevenção, tratamento**. Rio de Janeiro: Revinter, 2003.

PAIVA, V. **Fazendo arte com a camisinha, sexualidade jovens em tempo de Aids**. São Paulo: Summus, 2000.

PARKIN, C. **Guidelines for the practice of diabetes education**. Chicago: American Association of Diabetes Educators, 2011.

PETRELLA, Robert J.; AIZAWA, Kuni; SHOEMAKER, Kevin. **Efficacy of a family practice-based lifestyle intervention program to increase physical activity and reduce clinical and physiological markers of vascular health in patients with high normal blood pressure and/or high normal blood glucose (SNAC): study protocol for a randomized controlled trial**. Canada: Petrella Trials, 2011.

RODRÍGUES CRISTÓBAL, et al. Grup motivational intervention in overweight/obese patients in primary prevention of cardiovascular disease in the primary healthcare area. **BMC Family Practice**, [s.l.;s.n.], v. 11, p. 23, 2010.

SANTOS FILHO, Carlos Victor dos; RODRIGUES, Wilma Helena Carvalho; SANTOS, Rita Batista. Papeis de autocuidado: subsídios para enfermagem diante das reações emocionais dos portadores de diabetes mellitus. **Rev. Enferm.**, v. 12, n. 1, p. 125-129, mar. 2008.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO (SBH); SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA (SBC); SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA (SBN). VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. Revista Hipertensão, ano 13, v. 13, jan./mar. 2010.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO (SBH); SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA (SBC); SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA (SBN). III Consenso Brasileiro de Hipertensão Arterial Sistêmica. **Arq. Bras. Endocrinol. Metab.**, v. 43, n. 4, ago. 1999. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/abem/v43n4/11752.pdf>>. Acesso em: jul. 2013.

STEAD L. F.; LANCASTER, T. Group behaviour therapy programmes for smoking cessation. **Cochrane Database Syst. Rev.**, [s.l.;s.n.], v. 4 [versão digital], 2008.

TEO, K. K. et al. Tobacco use and risk of myocardial infarction in 52 countries in the INTERHEART study: a case-control study. **Lancet**, [s.l.], v. 368. n. 9536, p. 647-658, 2006.

TOHEI, Koichi. **O Livro do Chi: como coordenar corpo e mente na vida diária**. Tradução de Afonso Teixeira Filho. São Paulo: Manole, 2000.

TANG, Tricia S. et al. Developing a new generation of ongoing diabetes self-management support interventions, a preliminary report. **The Diabetes Educators**, v. 31, n. 1, jan./fev. 2005.

TANG, Tricia S; FUNNEL, Martha Mitchel; ANDERSON, Robert M. Group education strategies for diabetes self-management. **Diabetes Spectrum**, v. 19, n. 2, 2006.

U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES. **Women and smoking**: a report of the surgeon general. Rockville: Department of Health and Human Services, 2001. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/bookshelf/br.fcgi?book=womsmk&part=A7251#A7547>>. Acesso em: 4 set. 2010.

WARD, Alison M. et al. What ate the basic self-monitoring components for cardiovascular risk management. **BMC Medical Research Methodology**, v. 10, p. 105, 2010.

WHITTEMORE, R. et al. Translating the diabetes prevention program to primary care: a pilot **Study**. **Nurs. Rev.**, v. 58, n. 1, p. 2-12, jan./fev. 2009.

WING, R. R. Long-term effects of a lifestyle intervention on weight and cardiovascular risk factors in individuals with type 2 diabetes mellitus: four-year results of the Look AHEAD trial. **Arch. Intern. Med.**, v. 170, n. 17, p. 1566–1575, 2010.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Global status report on non communicable diseases 2010**. Geneva: WHO, 2011.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Obesity**: preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO Consultation. WHO Technical Report Series 894. Geneva: World Health Organization, 2000. Disponível em: <http://apps.who.int/bmi/index.jsp?introPage=intro_3.html>.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **WHO report on the global tobacco epidemic, 2008**: the MPOWER package. Geneva: WHO, 2008. Disponível em: <http://www.who.int/tobacco/mpower/mpower_report_full_2008.pdf>. Acesso em: jul. 2013.

Abordagens para a mudança de comportamento e autocuidado apoiado no cuidado à pessoa com doença crônica

6

As pessoas com condições crônicas e seus familiares convivem com seus problemas diariamente por longo tempo, ou toda a vida. É fundamental que estejam muito bem informadas sobre suas condições, motivadas a lidar com elas e adequadamente capacitadas para cumprirem com o seu plano de tratamento. Precisam compreender sua enfermidade, reconhecer os sinais de alerta das possíveis complicações e saber como e onde recorrer para responder a isso. Os resultados alcançados são menos sintomas, menos complicações, menos incapacidades.

As equipes de Atenção Primária em Saúde (APS) devem estimular e empregar procedimentos de colaboração entre elas e as pessoas, já que entendemos o autocuidado apoiado como uma relação de diálogo entre os saberes de cuidar de si e os saberes de cuidar do outro. Essa relação vai se manifestar seja escolhendo problemas, estabelecendo prioridades, fixando metas, criando planos conjuntos de cuidado, checando o cumprimento de metas, identificando as dificuldades em cumpri-las e resolvendo os problemas de competência dos serviços de Saúde. Pode-se desenvolver o autocuidado apoiado de várias formas:

- a) individualmente, no contexto da consulta clínica ou da visita domiciliar;
- b) nos grupos;
- c) em consultas coletivas;
- d) a distância, por telefone e/ou por meio da internet.

Segundo a OMS, o autocuidado apoiado pode incluir no seu processo pacientes experientes (conhecedores e familiarizados com o problema) para, a partir das suas experiências, apoiar de distintas maneiras o autocuidado a outros pacientes (*peer education*) e desenvolver reuniões de grupos sob a orientação de um membro da equipe, garantindo

as manifestações e o intercâmbio de ideias entre os participantes. Segundo a OMS, entre todos os formatos de intervenção e de apoio ao autocuidado, este é o que tem obtido os resultados mais sólidos e eficientes. Ressalta-se a importância da participação de alguém da equipe, pois está demonstrado que os grupos comunitários de apoio ao autocuidado dirigidos por leigos ou por pacientes experimentados produzem melhoras de curto prazo, mas não conseguem estabelecer a eficácia em longo prazo.

6.1 Educação para o autocuidado

O conceito de autocuidado deriva do conceito de cuidado (LANGE et al., 2006). Historicamente falando, o cuidado da saúde fazia parte do cuidado que as pessoas tinham do cuidar de si, da sua família e da sua comunidade. Cuidar da saúde e principalmente do corpo doente impossibilitado de trabalhar era responsabilidade das mulheres da família da qual o doente fazia parte.

Noséculo XIX, com o avanço de tecnologias que exigiam sistematização de conhecimentos e a institucionalização das doenças, o cuidado dos problemas de saúde foi transferido para profissionais com formação formal: médico e, a partir do início do século XX, enfermeiras. A partir da profissionalização do cuidado, ocorre um uso crescente de tecnologia dura¹² no cuidado da saúde, a privação progressiva dos direitos de informação, a decisão unilateral por parte dos profissionais de Saúde sobre quais cuidados o paciente/doente precisa e a quase total ausência de participação deles nas decisões que afetam diretamente a sua saúde.

Este contexto fez com que, em 1978, na Declaração de Alma-Ata, fosse destacada a necessidade de participação dos indivíduos, famílias e comunidades nas decisões que dizem respeito ao seu cuidado. A partir desta data, o direito à informação, ao conhecimento, aos recursos necessários para o autocuidado, ao apoio das instituições sanitárias, à participação decisiva dos usuários nos serviços nas questões referentes ao seu cuidado de saúde são vistos como direito humano básico (LANGE et al., 2006). A partir desse momento, inicia-se um resgate pela humanização e participação da pessoa no seu cuidado, assim como uma relação mais horizontal da população com o sistema de Saúde.

¹²Os conceitos de tecnologias leves, duras, e leve-duras construídos por Mehry (2002) serão utilizados neste texto. Por **tecnologias duras**, entendem-se os equipamentos e instrumentais necessários para o trabalho em Saúde, desde o estetoscópio aos modernos equipamentos de ressonância magnética. Por **tecnologias leve-duras** entendem-se os conhecimentos estruturados utilizados pelos profissionais, como a semiologia, a patologia, a farmacologia etc. E, por **tecnologias leves**, compreendem-se as habilidades relacionais, como a escuta, a construção de vínculos, necessárias no encontro trabalhador-usuário.

É nesse contexto que nasce o conceito de autocuidado onde se incluem as

[...] observações sobre o que as pessoas fazem em benefício da sua saúde, o que a família ou os amigos oferecem para cuidar de um doente e o que os grupos sociais e/ou comunidades desenvolvem em benefício da saúde coletiva, assim como a parte que cabe às diferentes instituições sanitárias e profissionais de saúde (LANGE et al., 2006).

O autocuidado não deve ser entendido como exclusiva responsabilidade do indivíduo e de sua família, mesmo que estes tenham que compreender e aprender a desenvolver atividades que competem somente a este raio de relação. O autocuidado é também responsabilidade do profissional e das instituições de Saúde, já que estamos falando em dialogar sobre as necessidades de cuidado da pessoa em relação à sua condição crônica.

É a pessoa que lida diariamente com sua condição crônica. Logo, o autocuidado será uma tarefa para toda a vida, para ela e para sua família. Portanto, a sua visão de futuro e de projetos de felicidade sofrerão mudanças substanciais a partir do diagnóstico de uma condição crônica (AYRES, 2004). Todos esses aspectos devem ser trabalhados e apoiados pelo profissional de Saúde. Ou seja, o autocuidado vai muito além de mudanças necessárias de comportamentos ou de decisões unilaterais, sejam estas do próprio usuário, pela sua impossibilidade ou vulnerabilidade momentânea ou permanente, ou do profissional e do sistema de Saúde, por meio do conhecimento, poder de coerção e de recursos tecnológicos (FUNNEL, et al., 2009; OLIVEIRA, 2011; TANG; FUNNEL, 2012; FUNNEL; MITCHEL, 2009; TANG et al., 2010).

O autocuidado, assim, é centrado na pessoa, no diálogo, e, propõe a construção conjunta de um plano de cuidados a partir de uma prioridade escolhida por meio de uma negociação entre o profissional de Saúde e o usuário. Isso significa, entre outros aspectos, compreender as diferentes vulnerabilidades da pessoa, conhecer o modelo explicativo da sua condição e estabelecer um horizonte comum de cuidados entre todos os atores envolvidos no processo.

6.2 Os pilares da educação para o autocuidado

O autocuidado tem três grandes pilares a serem desenvolvidos ao longo do tempo com o usuário portador de uma condição crônica. Esses pilares, na prática, são grupos de problemas/prioridades ou mudanças necessárias identificadas pela pessoa. Observamos que esta é uma divisão didática dos problemas e/ou prioridades apresentados pelo usuário já que, muitas vezes, estes problemas se apresentam de forma entrelaçada no indivíduo (LORIG; HOLMAN, 2003).

O primeiro grupo de problemas ou mudanças necessárias envolve diretamente o **manejo clínico**. Neste grupo, encontramos, por exemplo, o uso de medicação, cuidado com os pés das pessoas com diabetes, auto aferição de pressão arterial e/ou de glicemia capilar. Neste grupo, também podemos incluir os conhecimentos necessários sobre a doença, o conceito, o diagnóstico, os sinais e os sintomas de descompensação etc. Enfim, aqui se encontram

problemas e prioridades que são identificados como “comportamentais” já que se referem à aquisição de novas habilidades. São os chamados problemas procedimentais ou problemas cognitivos comportamentais. Neste primeiro grupo, predominam os conteúdos conceituais que seriam o **aprender a conhecer e aprender a fazer**. Observamos que este grupo de tarefas pode ser trabalhado pelos diversos profissionais da equipe, a depender do problema a ser priorizado pela pessoa. Importante ressaltar que nem todas as pessoas vão conseguir realizar essas atividades, e isso deve ser construído gradativamente com cada um, incluindo familiares, amigos, outras pessoas da rede do usuário, quando necessário.

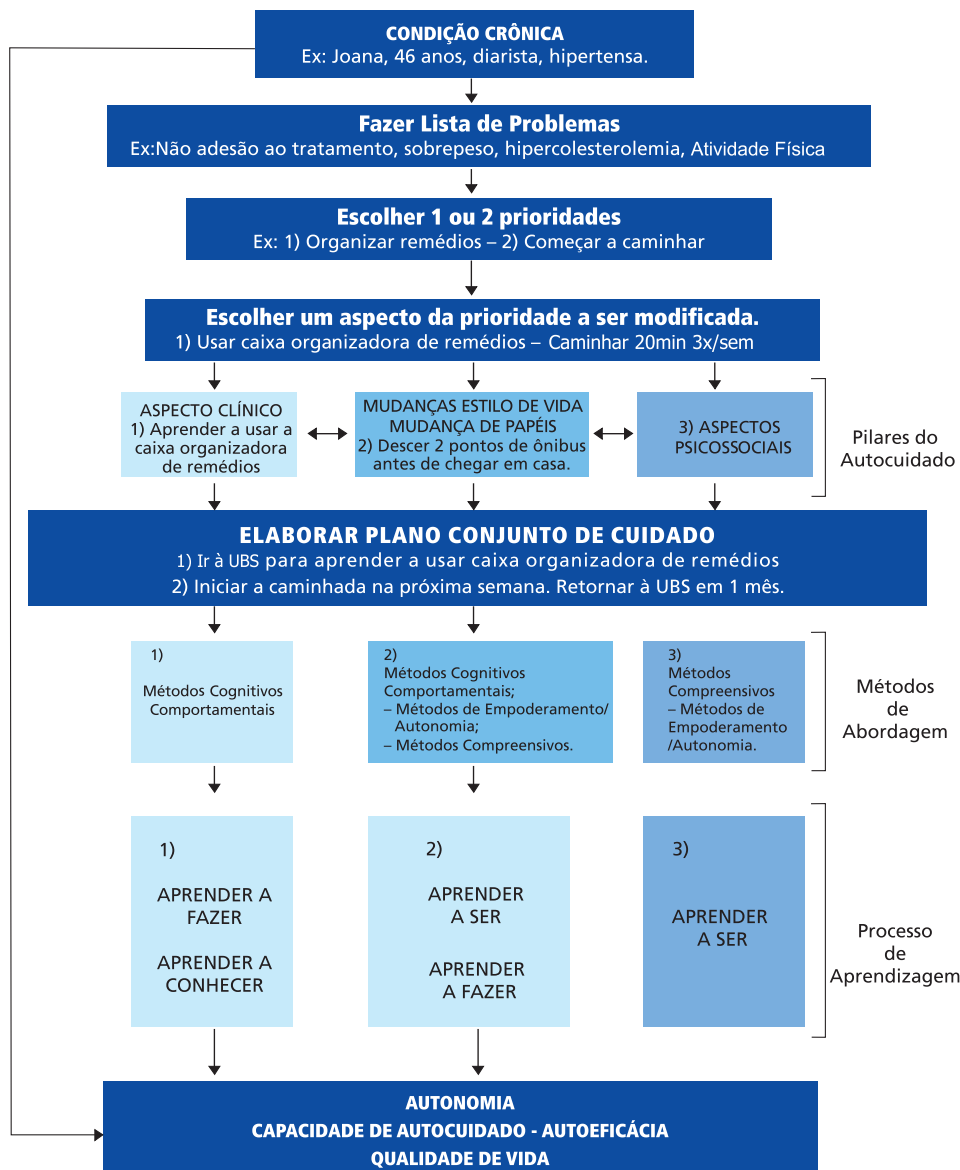
O segundo grupo de problemas/prioridades refere-se às mudanças necessárias no **estilo de vida**, os novos papéis e as novas perspectivas de presente e de futuro diante de uma condição crônica. O foco é como realizar e manter a mudança diante de novos comportamentos e novos papéis que a doença crônica impõe. Por exemplo, a pessoa com diabetes que cozinava para toda a família e como ela fará isso daqui para frente; ou a esposa idosa que cuida do marido doente e que se descobre também doente e precisa cuidar de si; a pessoa com hipertensão que precisa reduzir o sal e as gorduras da sua dieta; o usuário que terá de realizar atividades físicas e parar de fumar. Neste grupo, predominam os conteúdos atitudinais que seriam aqueles que focam no **aprender a ser e aprender a conviver**, mas também temos aspectos de aprender a fazer. Este grupo de problemas exige que o profissional utilize várias ferramentas para auxiliar o usuário nesta caminhada. Metodologias comportamentais, assim como compreensivas e aquelas que visem à autonomia, são necessárias neste processo.

O terceiro grupo de problemas/prioridades refere-se àqueles que lidam com os **aspectos emocionais** do paciente e a **mudança** de visão de futuro, ou como ele lida, enfrenta a condição crônica e suas adversidades. Os sentimentos de raiva, frustração, medo e preocupação com futuro, estresse, tristeza, cansaço físico e emocional precisam ser abordados e trabalhados com o portador da condição crônica e a sua família. O **aprender a ser e aprender a conviver** têm importância fundamental para termos sucesso no manejo desses aspectos. Neste grupo de tarefas, abordagens psicoterápicas, assim como metodologias compreensivas, fazem-se necessárias. Observamos que, no terceiro grupo, conforme necessidade, deve se fazer o diagnóstico de problema de saúde mental associado. Lembramos que a depressão frequentemente está associada às condições crônicas.

Enfatizamos que somente focar no primeiro grupo problemas, mesmo parecendo mais fácil em um primeiro olhar, provavelmente em médio e longo prazo não nos trará resultados satisfatórios em relação ao controle da doença, às suas complicações, às incapacidades e, principalmente, em relação à autonomia e à qualidade de vida dessas pessoas (LORIG; HOLMAN, 2003). Por outro lado, dificilmente o portador de condição crônica terá seu foco somente no primeiro grupo de tarefas ao longo do tempo. Ou seja, os problemas e prioridades mudam. Alguns são solucionados e outros permanecem ao longo de toda a condição crônica. Portanto, inicialmente, pode-se escolher um problema que faz parte do grupo de “habilidades clínicas” (por exemplo, aprender a medir os níveis tensionais), mas provavelmente outras prioridades irão surgir com o tempo (por exemplo, usar insulina em vez de medicação oral, problemas sexuais entre os homens diabéticos, dificuldade com a dieta, abandono do exercício físico, aumento da dosagem dos lipídeos, luto pelo diagnóstico da condição crônica etc.). Estes problemas, novos ou recorrentes, deverão ser trabalhados conforme o grupo a qual pertencem (ver Figura 6).

Para trabalhar todos esses aspectos de forma quase simultânea, a educação para o autocuidado prioriza a escolha de necessidades, problemas e prioridades, definidos pela pessoa e consensuados com o profissional de Saúde. Conforme o problema ou prioridade escolhido, o profissional faz uma opção metodológica ou utiliza ferramentas para encaminhar o problema. Lembrando sempre que essas ferramentas têm como princípio básico a compreensão, a empatia e o diálogo.

Figura 6 – Diagrama: passo a passo metodológico do autocuidado



Fonte: DAB/SAS/MS

No item a seguir, detalhamos como trabalhar com os problemas, necessidades ou prioridades escolhidas pela pessoa.

O Quadro 14 a seguir exemplifica os grupos de problemas descritos no diagrama.

Quadro 14 - Construção do plano conjunto de cuidado

Grupo de problemas	Prioridade escolhida pelo usuário	Profissional envolvido (sugestão)	Metodologia preferencial	Plano comum de cuidado	Possíveis atividades na UBS ou comunidade
Manejo clínico	Como aprender a cuidar dos pés	Médico, enfermeiro, técnico de Enfermagem	CC*	Encontro prático com o paciente e os profissionais para aprender a cuidar dos pés; estabelecer metas.	Consulta individual; consulta coletiva; e, consulta sequencial conforme estratificação
Manejo clínico	Desorganização no uso de medicação	Médico e farmacêutico	CC	Manusear caixa de remédios; utilizar caixa de remédios; Instaurar rotina de ingestão de medicamentos.	Consulta individual; consulta de enfermagem; consulta coletiva.
Mudanças necessárias no estilo de vida	Mudança de hábitos alimentares. Ex: reduzir o uso de sal	Toda a equipe de Saúde: enfermeiro, nutricionista, técnico de enfermagem, ACS	CC C** AF***	CC - cozinhar sem sal, só usar saleiro a mesa. C - conversa com a pessoa que cozinha em casa. Abordagem familiar quanto ao uso do sal na alimentação.	Consulta individual; consulta coletiva; grupo de apoio
Mudanças necessárias no estilo de vida	Aumento da atividade física	Médico, enfermeiro, educador físico	CC C A***	CC - avaliar rotina diária e acordar pequenas e progressivas mudanças; reforço positivo diante dos insucessos. C - avaliar dificuldades e possibilidades; refazer plano quando necessário. A - problematizar dificuldades; estabelecer desafios; avaliar o bem-estar físico e emocional.	Grupo de caminhada; recursos comunitários de atividade física; consulta coletiva
Aspectos psicossociais e emocionais diante da condição crônica	Dificuldade no controle das metas glicêmicas. Raiva por ter diabetes e não poder participar dos almoços de aniversário	Médico, enfermeiro e psicólogo. Toda a equipe pode apoiar o usuário.	C	C: avaliar luto diante da nova condição. Identificar rede de apoio. Identificar dificuldades. Grupo de autocuidado apoiado. Grupo terapêutico? Visita domiciliar?	Consulta individual; visita domiciliar; psicoterapia em grupo grupo de apoio; consulta coletiva e consulta sequencial conforme estratificação.
Aspectos psicossociais e emocionais diante da condição crônica	IAM, depressão, aposentadoria por invalidez	Médico, psicólogo, ACS, Farmacêutico. Gestão de caso – coordenador do cuidado	CC C A	CC - avaliar rotina diária e acordar pequenas e progressivas mudanças; reforço positivo diante dos insucessos. C - avaliar dificuldades e possibilidades; refazer plano quando necessário. A - problematizar dificuldades; estabelecer desafios; avaliar o bem-estar físico e emocional.	Consulta individual; psicoterapia em grupo; grupo de apoio; consulta coletiva e consulta sequencial conforme estratificação.

*CC = cognitivo-comportamental, **C = compreensivo, ***AF = abordagem familiar, ****A = Autonomia.

Fonte: DAB/SAS/MS

6.3 A Percepção da pessoa na condição crônica: o autocuidado e como trabalhar com problemas e necessidades

Como colocado no item anterior, o conceito e a prática do autocuidado implicam participação ativa do indivíduo, portanto uma postura dialógica do profissional de Saúde. Nesse sentido, o autocuidado é baseado na percepção da pessoa, sobre os seus problemas e as suas condições e, ainda, qual dos seus problemas relacionados à sua condição crônica que ele percebe como prioridade a ser trabalhada, superada ou manejada.

Por isso, o primeiro e fundamental passo a ser dado em uma ação de educação em Saúde para o autocuidado é fazer uma avaliação detalhada das necessidades e prioridades de cada pessoa e sua condição crônica (LORIG; HOLMAN, 2003). No Quadro 15, descrevemos um exemplo de construção conjunta do plano de cuidado detalhando problemas, prioridades, objetivos e papéis, do ponto de vista da pessoa e do profissional (STEWART et al., 2010).

Quadro 15 – Construção do plano conjunto de cuidado

	Pessoa	Profissional de Saúde
Problema	Diabetes descontrolado, obesa, incomodada com a doença.	Diabetes não controlado; sobrepeso; Frustração com a condição de doença.
Prioridade	Diminuir o peso.	Compreender sobre a frustração; diminuição de peso.
Objetivo	Fazer exercício.	Avaliar motivação para o exercício físico.
Metas	Caminhar três vezes por semana depois do trabalho.	Realizar 20 minutos de exercício físico três vezes por semana.
Papéis	Eu tenho que caminhar, me esforçar.	Eu tenho que apoiar e estimular.

Fonte: (STEWART et al., 2010).

Uma vez preenchido o quadro, observamos que isso traz várias implicações a serem consideradas:

- cada indivíduo é diferente em relação a outras pessoas, mesmo tendo a mesma condição crônica;
- faz-se necessário compreender e questionar o problema e a prioridade escolhida pela pessoa. É necessário chegar a um consenso entre ela e o profissional. Observamos que a maioria das pessoas consegue lidar com um problema por vez, então não é frutífero falar sobre os benefícios de parar de fumar e de uma nova alimentação se o paciente decidiu neste momento aprender como aplicar insulina, por exemplo, ou fazer caminhadas três vezes por semana;
- faz-se necessária a utilização de várias metodologias da clínica (Método Clínico Centrado na Pessoa, Projeto Terapêutico Singular, Entrevista Motivacional) e do trabalho em grupos (compreensão, problematização, grupos operativos, grupos terapêuticos, consulta coletiva), e de métodos cognitivos comportamentais

(Entrevista Motivacional) para compreender e trabalhar os diferentes problemas e prioridades de cada indivíduo ou grupo. Algumas destas metodologias serão abordadas no decorrer deste capítulo.

Descrevemos a seguir exemplos para ilustrar as diferentes metodologias utilizadas no autocuidado apoiado.

Caso 1:

“Num grupo de portadores de artrite reumatoide (AR), os profissionais acham muito importante conversar com o grupo sobre a prevenção das incapacidades funcionais e como manejá-las. Por outro lado, a maior queixa desses pacientes é como lidar com a dor. Assim, uma educação voltada para o autocuidado deverá focar no manejo da dor. Mas isso não quer dizer que a prevenção das incapacidades funcionais não deva ser discutida, ao contrário, deverá ser discutida no contexto do manejo da dor, e não fora dele, até porque a dor crônica está diretamente relacionada com incapacidade funcional, já que é um sintoma de controle inadequado desse problema. Por outro lado, uma coisa que piora a dor é a tensão muscular encontrada na rigidez matinal. Se os pacientes aprenderem exercícios de relaxamento e alongamento, melhoram a dor e previnem as incapacidades funcionais.” (LORIG; HOLMAN 2003)

Este caso mostra a diferença entre um grupo de educação em Saúde pautado exclusivamente pelas necessidades dos profissionais e um grupo pautado pelo consenso entre profissionais e usuários.

Caso 2:

Dona Rosa, 75 anos, com sobrepeso, viúva, mora sozinha, consultava frequentemente na UBS por HAS não controlada. Ela afirmava que usava todos os medicamentos, mas às vezes esquecia. Por conta da sua hipertensão, utilizava quase 12 comprimidos ao dia, divididos em quatro tomadas. A médica que a atendeu percebeu que deveria ser muito difícil uma pessoa tomar constantemente tantos remédios e em horários tão frequentes. Pensou em refazer o esquema terapêutico e também fazer uma visita domiciliar (VD).

A médica chegou à VD com a sugestão de um esquema terapêutico dividido em duas tomadas e com algumas modificações na posologia que diminuiriam o número de medicamentos em seis comprimidos. Chegando à casa da paciente, percebeu, ao longo da conversa, que a casa de D. Rosa era muito organizada, mas as caixas de remédios estavam espalhadas por todos os cômodos. Ao comentar esse fato com D. Rosa, ela disse:

- É por isso que às vezes me esqueço... e seguidamente.

A médica perguntou se ela conhecia as caixinhas organizadoras de medicamentos. D. Rosa disse que tinha ouvido falar, mas que nunca tinha visto. Conversaram sobre a nova proposta de uso de medicação e sugeriu que buscasse uma caixinha organizadora na UBS no dia seguinte. Talvez ela pudesse diminuir a quantidade de medicação se ela conseguisse usar a caixinha.

- Ah... seria um alívio, disse D. Rosa.

“Para mim também”, pensou a médica. “Talvez ela não tenha uma HAS não controlada, mas sim problemas de organização de uma rotina para a tomada de medicação”.

Nessa situação, houve concordância em relação à organização da rotina de uso de medicamentos, e D. Rosa terá que aprender uma nova habilidade para a qual ela está disposta. Aqui o objetivo do autocuidado é **aprender a fazer**. D. Rosa aprenderá a utilizar a caixinha organizadora de medicamentos, ou outra metodologia de organização orientada pelo profissional (saquinhos, desenhos, diagramas). Depois de feita essa atividade, é importante perguntar para D. Rosa o que ela gostaria de abordar em relação a sua condição crônica para fazermos um novo plano de cuidado.

Caso 3:

Seu João, 60 anos, obeso, descobriu-se com diabetes há um ano. Desde então, tem tido muitas dificuldades para o controle da sua glicemia. A sua esposa é quem faz as refeições e tem feito conforme orientação, já que ela quer também emagrecer, mas não tem diabetes. João fala pouco durante toda a consulta. É a esposa que fala sobre as dificuldades dele. Na saída da consulta, ela me dá um bombom e fala:

- Fui eu que fiz.

A enfermeira agradece e pensa se João não estaria comendo também esses bombons. Após algumas semanas, João volta com glicemia de jejum e hemoglobina glicada muito acima da meta. A enfermeira pergunta para ele como está sendo ter diabetes. Ele responde:

- Muito ruim, a minha mulher faz doce para vender. Sempre ajudei. Não consigo me controlar e sempre belisco alguma coisa. Estou chateado porque o açúcar está sempre alto por mais dieta que eu faça.

Nessa situação, observamos que João tem problemas de lidar com a doença, terá que mudar seu papel no seu cotidiano por causa da sua condição crônica e demonstra na sua fala ansiedade e tristeza em relação a essa nova perspectiva de vida e futuro. Diante deste contexto, é fundamental avaliar de forma mais aprofundada a situação, provavelmente por meio de metodologias compreensivas e, após, escolher em conjunto qual a sua prioridade a ser trabalhada e tentar preencher em conjunto o “Quadro: construção do plano conjunto de cuidado”.

Caso 4:

Denise, 58 anos, obesa e hipertensa, esteve na emergência clínica do hospital sentindo mal-estar generalizado, tonturas e dificuldades de fala. Relata que a médica do hospital falou que ela teve um início de derrame, mas que ficou tudo bem depois de três dias na emergência. Também refere que teria de fazer um controle da glicose já que estava alterada. No exame físico, a PA está 160/95 mmHg e hemoglicoteste (HGT) em jejum de 190 mg/dl. Traz uma lista de quatro medicamentos para uso diário três vezes ao dia. Refere que mudaram a sua medicação e que está tendo dificuldade em saber qual remédio ela tem que tomar e gostaria de entender melhor isso.

Observamos que com Denise teremos de lançar mão de vários métodos de abordagem. Método cognitivo-comportamental para uso de medicação e para aprender sinais de

descompensação, tanto da hipertensão como do diabetes. Abordagem compreensiva em relação ao diagnóstico de uma nova condição crônica (Método Clínico Centrado na Pessoa) e escolha de um problema e/ou prioridade de Denise e como trabalhá-lo (Entrevista Motivacional).

Nos exemplos citados, observamos diferentes problemas em relação às condições crônicas. E, assim, conforme o problema escolhido, o profissional de Saúde pode utilizar diferentes metodologias de abordagem.

Para trabalharmos com problemas, temos que seguir alguns passos listados a seguir (LORIG; HOLMAN, 2003; GROSSI; PASCALI, 2009; FUNNEL et al., 2009; PEYROT, 2009; ANDERSON; FUNNEL, 2008; TANG et al., 2010; HAAS et al., 2012; POWERS et al., 2006).

- 1) **Identificar o(s) problema(s) em conjunto com o paciente:** muitas vezes, a pessoa vem à consulta ou grupo com muitos problemas ao mesmo tempo. Nesta situação, é recomendado fazer uma lista de problemas para termos uma ideia geral do contexto.
- 2) **Identificar uma prioridade a ser trabalhada:** diante de uma lista grande de problemas, é fundamental priorizar um a ser trabalhado. É importante reforçar a necessidade de escolher uma ou duas prioridades e que estas estejam estritamente relacionadas à escolha/avaliação por parte do paciente. A pessoa pode trazer um problema pontual que naquele momento é a sua prioridade. Nessa situação, devemos conversar com o paciente se é esse problema que gostaria de encaminhar. Por exemplo:

No último encontro com o João (Caso 3), ele decidiu começar a fazer caminhadas de 20 minutos três vezes por semana. Mas, nesse período, a esposa dele ficou doente e teve de ser hospitalizada.

Dessa forma, faz-se necessário conversar sobre este novo problema, como a pessoa está lidando com ele e como se relaciona com o anteriormente escolhido. Se necessário, refazer combinações conforme novo contexto. Uma vez definida a prioridade a ser trabalhada, o profissional de Saúde elabora um plano de cuidado e o profissional escolhe o método ou métodos de abordagem a serem utilizados.

- 3) **Selecionar uma atividade, tarefa ou ação para testar – estabelecer uma meta:** é fundamental que a atividade a ser testada (por exemplo, descer do ônibus uma parada antes para caminhar até em casa por 15 minutos; participar do grupo da unidade; trazer a esposa para conversar na próxima consulta; conversar sobre as suas dificuldades com a família etc.) seja viável e estimulante para a pessoa. É importante que nessa etapa se estabeleçam prazos reais em que seja possível concretizar pequenas mudanças e dar reforços positivos a ela. Também nessa etapa devemos estimular ao máximo um processo colaborativo e não prescritivo, encorajando-a a assumir mudanças que possa concretizar. Essa etapa é muito delicada já que, se escolhermos uma meta muito ambiciosa para o problema, podemos desestimular o paciente e criar mais uma dificuldade na vida dele.

4) **Avaliar os resultados:** no prazo estipulado em conjunto, faz-se necessário avaliar metas, combinações, dificuldades, potencialidades e resultados. Nesta etapa, podemos nos deparar com situações em que a pessoa alcançou os seus objetivos, outra parcialmente e outras em que não foi possível atingir a meta planejada. Diante dessas situações, temos caminhos diferenciados a seguir:

a) **A pessoa conseguiu fazer o combinado – atingiu a meta:**

- Foi possível fazer o combinado? Se sim, como a pessoa se sente?
- Quais aspectos você destacaria que foram fundamentais para conseguir ter efetuado de forma positiva o processo?
- Quais as dificuldades que identifica no processo? Quais as novas combinações?
- Qual o prazo destas novas combinações?
- Avaliar potencialidades da pessoa.

b) **O paciente fez em parte o combinado – atingiu parcialmente a meta:** primeiramente estimular a pessoa pelas combinações realizadas, mesmo que parcialmente. Conversar com ela sobre as dificuldades que teve no período.

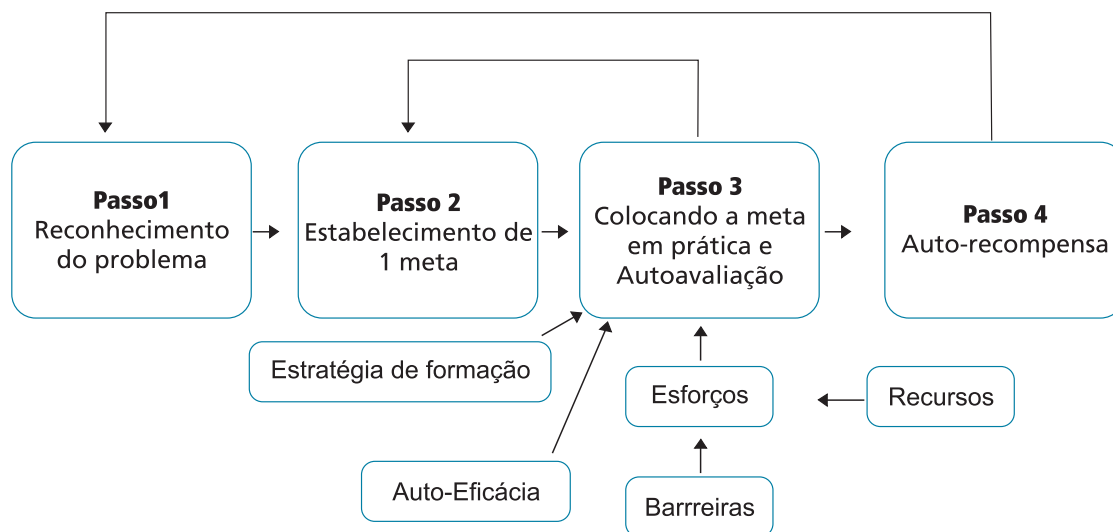
- Há necessidade de utilizar outras ideias e/ou recursos para encaminhar o problema?
- Precisa de apoio da família e ou amigo(s)?
- Quais os próximos passos?
- Avaliar possibilidades e dificuldades do usuário.

c) **O paciente não conseguiu realizar o combinado:** conversar com a pessoa sobre as suas dificuldades. Ter uma atitude compreensiva e de escuta com ela. Observar que não conseguir realizar o combinado faz parte do processo. Avalie o impacto emocional desse pequeno “fracasso”.

- Há necessidade de utilizar outras ideias e/ou recursos para encaminhar o problema?
- Precisa de apoio da família e/ou amigo(s)?
- Conforme a situação, aceitar que a prioridade escolhida talvez não possa ser resolvida agora. Escolher outra prioridade ou meta que tenha maior motivação e avaliar possibilidades e dificuldades da pessoa.
- A seguir, a Figura 7 faz um resumo do que falamos até aqui.

A Figura 7 a seguir, ilustra uma proposta de estabelecimento de metas a serem pactuadas entre profissional e usuário.

Figura 7 – Proposta para o processo de estabelecimento de metas



Fonte: (CULLEN; BARANOWSKI; SMITH, 2001).

Vamos voltar aos exemplos e fazer uma análise dos problemas apresentados. Tente fazer um exercício prático de como encaminharia os problemas exemplificados.

6.4 As evidências e as mudanças necessárias para uma melhor qualidade de vida das pessoas com condições crônicas

Para trabalharmos este item, utilizaremos como exemplo o diabetes mellitus (DM) tipo 2. Essa escolha se deve a dois motivos: a) a pessoa com DM apresenta muitos dos sentimentos, emoções e sintomas físicos gerais que a maioria das pessoas com doenças crônicas; b) existem muitas evidências sobre o autocuidado e o DM, e ações nacionais com bons resultados no controle e na qualidade de vida da pessoa com DM (HEINRICH; SCHAPER; VRIES, 2010; BOREN et al., 2007; EAKING et al., 2002; NORRIS et al., 2002; WARS et al., 2004; HILL-BRIGS; GEMMEL, 2007).

Como já falamos, o conceito e a prática do autocuidado são sustentados por três pilares ou grupos de problemas que se entrelaçam entre si. São eles problemas de **manejo clínico**, **mudanças necessárias de estilo de vida** e **problemas emocionais**. Devemos salientar que várias tentativas foram realizadas no sentido de sistematizar uma prática de educação para o autocuidado que englobasse essas três dimensões.

Em 2007, a Associação Americana de Educadores em Diabetes (American Association of Diabetes Educator – AADE) implementou um programa de educação na linha de *empowerment approach*¹³ no qual o principal objetivo é desenvolver habilidades, mudanças, autonomia e responsabilidade compartilhada entre a pessoa, a sua família e a equipe de Saúde em relação ao DM. Os resultados finais desse programa são a melhora do controle, a mudança de comportamentos e a melhora da qualidade de vida com menos riscos e menor morbimortalidade.

Após anos de avaliação e de estudos baseados em evidências, a AADE estabeleceu, em 2007, **sete padrões necessários** ou metas de educação para o autocuidado que levam a um melhor controle e qualidade de vida da pessoa com diabetes, listados no Quadro 16.

Quadro 16 – Padrões necessários à educação para o autocuidado

<i>Self-Care Behavior</i>	Tradução	Ação
<i>Being active</i>	Atividade física	Incorporação de atividade física no estilo de vida.
<i>Healthy eating</i>	Alimentação saudável	Incorporação do manejo nutricional no estilo de vida.
<i>Monitoring</i>	Monitorização	Monitorar e interpretar a glicemia e outros parâmetros e usar os resultados na tomada de decisões.
<i>Taking medication</i>	Medicação	Usar a medicação com segurança e para a máxima efetividade terapêutica.
<i>Problem solving</i>	Resolução de problemas	Prevenir, detectar e tratar complicações agudas e outros problemas.
<i>Healthy coping</i>	Enfrentamento saudável	Desenvolver estratégias personalizadas para acessar problemas psicossociais.
Reducing risks	Redução de riscos	Prevenir, detectar e tratar complicações crônicas.

Fonte: (PEEPLES, 2007).

Essas metas estabelecidas pela AADE são semelhantes às estabelecidas neste *Caderno de Atenção Básica*. Cada um desses padrões tem indicadores quantitativos que são descritos no item de avaliação do autocuidado mais adiante.

¹³*Empowerment approach*: traduzido para o português como empoderamento, refere-se à abordagem no autocuidado que prioriza a escuta do outro, a problematização do cotidiano do sujeito e do profissional, argumentar diante das contradições e exercitar o estranhamento, assim como mudanças de práticas que objetivem a autonomia dos sujeitos e da sua família. Faz abordagens contextualizadas cultural e socialmente de acordo com a realidade dos sujeitos envolvidos no processo de autocuidado. Esta abordagem critica de forma contundente os programas de autocuidado focados equivocadamente apenas em mudanças individuais de comportamento. Os processos educativos para o autocuidado sustentados no empoderamento fundamentam-se metodologicamente a partir da realidade, sentimentos e práticas do usuário, no diálogo, estranhamento e argumentação dessas experiências e na construção de novas práticas consensuadas de forma intersubjetiva. Como observamos muito da educação de adultos de Paulo Freire.

Além de estabelecer as metas, os processos educativos devem seguir os seguintes aspectos:

- a) incorporar, no processo educativo do autocuidado nas condições crônicas, as necessidades, os objetivos e as metas da pessoa, que devem ser consensuados com o profissional;
- b) incorporar, no processo educativo do autocuidado, a experiência de vida do usuário;
- c) os caminhos tomados em conjunto com a pessoa devem estar preferencialmente sustentados em evidências;
- d) evidências sugerem que aliar metodologias comportamentais, compreensivas e de empoderamento é o que traz melhores resultados;
- e) as atividades educativas para o autocuidado que têm preocupação com o contexto cultural do paciente assim como uma especificidade de gênero e de faixa etária também trazem melhores resultados;
- f) os grupos orientados na educação para o autocuidado são os que trazem melhores resultados;
- g) é fundamental que, no processo, a pessoa seja acompanhada pela equipe de Saúde;
- h) é necessário que o processo educativo seja coordenado por uma equipe multiprofissional, possibilitando um olhar complexo da condição crônica;
- i) é fundamental construir, em conjunto com o usuário, um currículo mínimo de conteúdos, habilidades e vivências. Esses temas devem estar diretamente relacionados com as necessidades do usuário, seja nos aspectos de idade, escolaridade, culturais, comorbidades e estratificação de risco, por exemplo;
- j) o plano comum de cuidado deve ser sempre individual, personalizando os objetivos, as metas e as avaliações;
- k) o acompanhamento também deve ser individual, dentro de uma sistematização de retornos baseados em evidências;
- l) se a pessoa se sente ouvida e apoiada no processo, vai se sentir motivada para o autocuidado e terá maiores possibilidades de efetuar as mudanças necessárias que as condições crônicas exigem.

Salientamos que orientar a pessoa para o autocuidado deverá ter como principais objetivos os itens listados no Quadro 15 (padrões necessários), que são os que têm as melhores evidências em relação aos resultados para os desfechos de morbimortalidade. Acreditamos que apoiar a pessoa para chegar nesses padrões de mudança e de avaliação exige, do profissional e da pessoa com condição crônica, uma longa caminhada. Se o profissional tiver clareza dos pilares da educação para o autocuidado e dos diferentes referenciais metodológicos a serem utilizados, a caminhada terá maiores possibilidades de sucesso (conforme a Figura 5).

6.5 As diferentes abordagens metodológicas utilizadas na educação para o autocuidado

As diferentes metodologias de abordagem realizadas na educação para o autocuidado podem ser utilizadas tanto individualmente como em grupo. Conforme salientamos anteriormente, a metodologia a ser utilizada vai depender das prioridades escolhidas pelo usuário. As metodologias de abordagem têm como principal objetivo fazer a mediação dos processos de mudanças necessários nas condições crônicas.

A seguir, descreveremos as diferentes metodologias de abordagem que podem ser utilizadas, tais como a metodologia cognitivo-comportamental e, dentro dela, a Entrevista Motivacional, o Método Clínico Centrado na Pessoa e a problematização ou o empoderamento.

Também descrevemos, de forma separada, como trabalhar com grupos e a abordagem familiar.

A seguir, colocamos uma situação-problema em que várias metodologias são utilizadas:

Caso 5:

Amélia, 53 anos, divorciada, professora de ensino médio, mora sozinha, sem filhos. Consulta, pela segunda vez, com o médico da Unidade Básica de Saúde. Na consulta anterior, relatou que tinha plano de saúde privado, mas está afastada do trabalho por transtorno bipolar. Ela gostaria de fazer uma revisão geral e emagrecer. Aumentou muito de peso no último ano, mas tem engordado de forma progressiva nos últimos 10 anos. Refere ter uma alimentação saudável em termos de nutrientes (come frutas, verduras e pouca carne), mas come em muita quantidade (repete vários pratos no almoço e no jantar). Admite tomar refrigerantes no almoço e gostar de doces e de pão. Ela acredita que, reduzindo as quantidades das porções, poderá reduzir o peso. Se conseguir fazer exercícios, acredita que terá melhores resultados, mas relata que não pratica atividade física desde a adolescência. Sem história familiar de HAS e DM. Traz exames solicitados na consulta anterior. No exame físico: bom estado geral, boa articulação e compreensão da realidade. Lúcida, orientada e consciente. PA: 120/80 mmHg; peso: 90 kg; altura: 1,66 m; circunferência abdominal: 90 cm; IMC: 32,7.

Todos os exames laboratoriais normais, exceto glicemia de jejum: 116 mg/dl.

O médico faz a seguinte lista de problemas:

- 1) Obesidade grau II.
- 2) Transtorno bipolar.
- 3) Inatividade física.
- 4) Inadequação alimentar.
- 4) Glicose alterada.
- 5) Afastamento do trabalho por bipolaridade.

A seguir, a conversa entre o médico (M) e Amélia (A):

M: Em sua opinião, quais os seus principais problemas de saúde?

A: Acho-me muito gorda, e acho que tenho que comer menos, e agora com esse resultado do açúcar... não quero ter diabetes.

O médico preenche a tabela a seguir e mostra para A:

	Pessoa	Profissional de Saúde
Problemas	Muito gorda, tenho que comer menos, não quero ter diabetes.	1) Obesidade grau II 2) Transtorno bipolar 3) Inatividade física 4) Inadequação alimentar 4) Inadequação alimentar 5) Glicose alterada 6) Afastamento do trabalho por bipolaridade
Prioridade		
Objetivo		
Papéis		

O médico e Amélia conversam um pouco sobre os problemas: como ela se sente em relação a eles; como os problemas interferem no seu dia a dia; que ideia ela faz deles e quais as expectativas em relação aos profissionais da UBS no enfrentamento desses problemas?

Feita essa conversa, o médico pergunta:

M: Qual dos problemas identificados você escolheria como o mais importante para fazer alguma mudança?

A: Na verdade, todos são importantes, mas eu poderia tentar caminhar um pouco e diminuir ou tirar o refrigerante.

M: Então você deseja mudar a sua alimentação e fazer um pouco de atividade física?

Que nota você me daria, de zero a dez, para o seu interesse em fazer essas mudanças?

A: Acho que para parar o refrigerante me daria nota nove porque, na verdade, não estou mais gostando de ficar tomando isso. Já para a caminhada acho que 7,5 porque acho que vai ser difícil para mim. Nunca gostei de me movimentar muito.

M: E o que está pensando em relação a essas duas mudanças?

A: Vou tentar tirar todo o refrigerante do almoço durante a semana.

M: E em relação à caminhada?

A: Vou tentar caminhar meia hora duas vezes por semana. Pode ser?

M: Vamos começar devagar. Vamos preencher nosso quadrinho aqui para ver como fica:

	Pessoa	Profissional de saúde/US
Problemas	Muito gorda, tenho que comer menos, não quer ter diabetes.	1) Obesidade grau II 1) Obesidade grau II 2) Transtorno bipolar 3) Inatividade física 4) Inadequação alimentar 5) Glicose alterada 6) Afastamento do trabalho por bipolaridade

	Pessoa	Profissional de saúde/US
Prioridade	Não tomar mais refrigerante no almoço durante a semana e caminhar 30 minutos duas vezes por semana.	Inadequação alimentar e inatividade física
Objetivo	Diminuir de peso.	Diminuir a glicemia. Diminuir peso.
Papéis	Fazer as tarefas e retornar em três a quatro semanas para consulta individual. Frequentar grupo de caminhada. Fazer diário alimentar.	Apoio, grupo de caminhada, consulta coletiva de reeducação alimentar.

M: O que você acha desse quadrinho?

A: Acho que é bem isso. Acho que você colocou mais problemas do que eu, mas é porque alguns eu já estou acostumada... Bom saber que tem um grupo de caminhada na unidade, porque assim fica mais fácil. Acho que, para diminuir o refrigerante, não preciso ir ao grupo da dieta, mas, se não conseguir, eu vou.

M: Muito bem então. Mas eu queria te dar mais uma tarefa. Pode ser?

A: Ai, não é fazer dieta, né?

M: Eu queria pedir que você escrevesse um diário com tudo que você come em um dia. Escrever o que, qual a quantidade e quando você come. Fazer um dia de semana e um de fim de semana. Pode ser?

A: Pra que isso?

M: Para a gente saber mais ou menos como está indo sua alimentação, para ver o que podemos mudar para conseguir atingir o seu outro objetivo, que é emagrecer... o que você acha?

A: Tá, acho legal, de repente não preciso mudar nada, talvez só diminuir as quantidades, não é?

M: Pode ser. Eu vou te dar duas tabelas. Na primeira, você vai preencher quantas vezes você comeu cada um desses tipos de alimento na semana passada. E a outra você leva para casa e faz dois diários, o primeiro em um dia de semana e outro em um fim de semana. Então você traz na próxima consulta...

A: Certo, doutor.

O médico mostra e conversa sobre as tabelas e orienta como Amélia as deve preencher para a próxima consulta (CAVALCANTI, 2012):

Tabela 6 – Questionário de comportamento alimentar

DATA								
Na coluna ao lado, marque um X no número de dias da última semana nos quais você consumiu os seguintes alimentos:	Número de dias da última semana							
	0	1	2	3	4	5	6	7
Salada crua (alface, tomate, cenoura, pepino, repolho etc.)								
Legumes e verduras cozidos (couve, abóbora, chuchu, brócolis, espinafre etc.) (não considerar batata e mandioca)								
Frutas frescas ou salada de frutas								
Feijão								
Leite ou iogurte								
Batata frita, batata de pacote e salgados fritos (coxinha, quibe, pastel etc.)								
Hambúrguer e embutidos (salsicha, mortadela, salame, presunto, linguiça etc.)								
Bolachas/biscoitos salgados ou salgadinhos de pacote								
Bolachas/biscoitos doces ou recheados, doces, balas e chocolates (em barra ou bombom)								
Refrigerante (não considerar os <i>diet</i> ou <i>light</i>)								

Fonte: (BRASIL, 2008).

Quadro 17 – Diário alimentar

Horário	Onde estava?	O que comeu?	Qual a Quantidade	Observações

No final da consulta, o médico acha que Amélia vai ter muita dificuldade de iniciar a caminhada, mas acredita que vai diminuir o refrigerante. Já Amélia fica pensando que hoje já é quinta, que vai diminuir o refrigerante a partir de segunda-feira. Também vai começar na segunda as caminhadas. Pergunta para a auxiliar administrativa da UBS quais os dias e horários do grupo de caminhada.

Nesta consulta individual, tentamos descrevê-la utilizando diversas metodologias que integram a “caixa de ferramentas” do autocuidado apoiado. Como observamos, Amélia está longe das metas ideais sugeridas pelas evidências científicas para mudança alimentar, assim como de atividade física. Mas, por outro lado, foram escolhidas prioridades e metas de acordo com as suas possibilidades.

6.5.1 Metodologias e abordagens compreensivas

As metodologias compreensivas partem do princípio que as pessoas portadoras de condições crônicas precisam fazer modificações na sua vida para aceitar a doença e as mudanças que ela traz no cotidiano do sujeito. Que a aceitação da doença não é resultado de informação e de aquisição de novos hábitos, mas sim está relacionada a como o paciente entende o seu problema, ao que ele acredita sobre o seu problema (modelo explicativo da doença) e à carga de experiência e de aprendizagem relacionadas ao adoecimento e de como foram sendo tecidas ao longo da vida: sentimentos de perdas, frustrações e busca de um querer viver para além das limitações que a doença traz em sua vida. Observamos que o adoecimento impõe pequenas mortes – representadas pelas perdas cotidianas em relação às formas de viver anteriores; modifica a relação da pessoa com o mundo e consigo mesmo, produzindo sentimentos como: impotência, desesperança, desvalorização, temor, apreensão e medo da morte (PASINI, 2013).

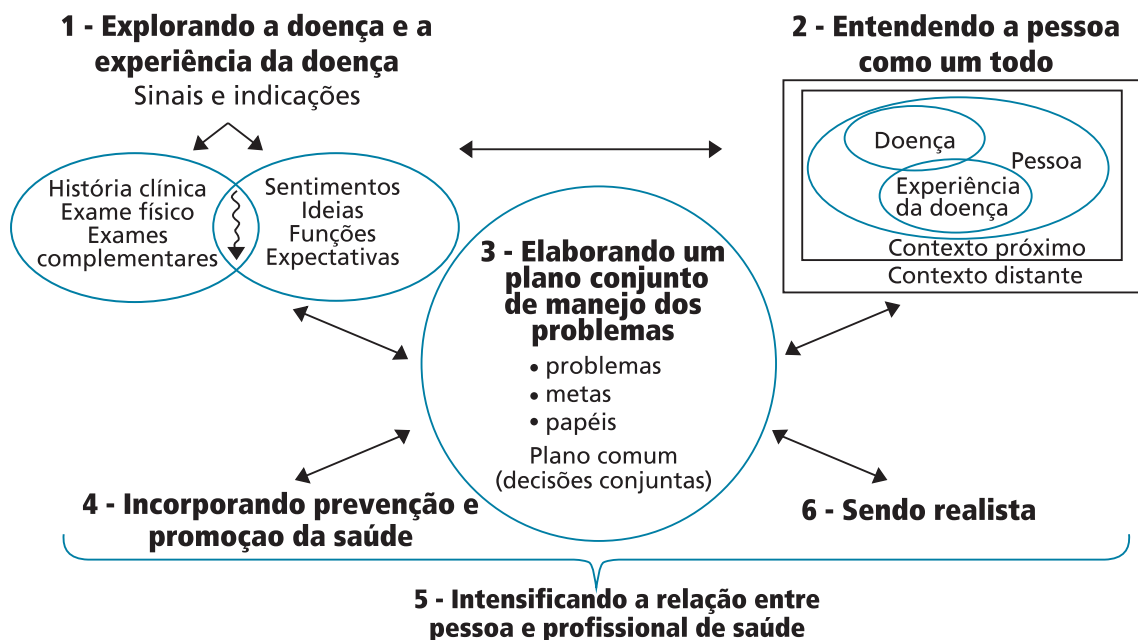
As metodologias compreensivas trabalham basicamente com as experiências, as vivências e os significados, assim como os sentimentos dos usuários em relação a sua condição crônica. O modelo explicativo da doença é um conceito que tenta agrupar todos esses aspectos. Observamos que o plano comum de cuidados, que é resultado de uma negociação e de um entendimento entre profissional de Saúde e usuário, pode ser uma concretização do processo compreensivo.

A seguir, é descrito o Método Clínico Centrado na Pessoa, que consideramos como um método clínico que utiliza uma metodologia compreensiva de abordagem.

5.5.1.1 O Método Clínico Centrado na Pessoa

O Método Clínico Centrado na Pessoa (MCCP) é uma ferramenta clínica e, como seu próprio nome diz, centrado na pessoa, e não na doença. Esse método foi desenvolvido no Canadá por uma assistente social e um grupo de trabalho multiprofissional (médico de família e comunidade e enfermeiras). Sustenta-se em uma abordagem compreensiva e em uma ênfase na qualidade da relação profissional-pessoa. Descreveremos o MCCP de forma sumária e comentaremos a sua utilização no caso apresentado.

Figura 8 – Diagrama: o Método Clínico Centrado na Pessoa e seus componentes



Fonte: DAB/SAS/MS.

Voltando para o nosso relato clínico, observamos que o médico utilizou nesta consulta basicamente três elementos do MCCP:

- explorando a doença e a experiência da doença por meio das dimensões FIFE (*felling-idea-function-expectation* ou, em português, sentimentos, ideias, efeitos na funcionalidade e expectativas);
- elaborando um plano conjunto de manejo dos problemas;
- sendo realista.

Vejamos o relato mais detalhado da consulta de Amélia:

M: Agora, olhando o quadro de construção do plano conjunto de cuidados, como você se sente em relação aos problemas que você colocou?

A: Olha, na verdade, agora me sinto um pouco assustada em relação ao meu açúcar aumentando. Acho que eu não gostaria de ser diabética. Então preciso emagrecer e, para emagrecer mais rápido, tenho que me mexer um pouco. Na verdade, ser gorda não é bom. Não se acha roupa, é complicado... Mas eu não quero ser muito magra também. Acho que se eu perder uns 10 kg já está bom, não acha, doutor?

M: Realmente, sabe-se que perder 7% do peso já diminui a glicemia. No seu caso, mais ou menos 10 kg. Seria muito bom se conseguisse isso.

A: Vamos ter que tentar.

M: E como você acha que eu e os outros profissionais daqui da equipe podemos te ajudar nesse processo?

A: Acho que você vai ser meio que meu desabafo (risos). Tem que me dar força quando estiver com vontade de tomar refrigerante ou não conseguir fazer exercício. Conversar, mas também "puxar as minhas orelhas"...

Continuando a nossa conversa sobre o MCCP e aprofundando um dos aspectos salientados na consulta, colocamos a seguir algumas perguntas que podem ser feitas para explorar melhor o FIFE.

- **Sentimentos (*feeling*):** Como você se sente em relação a esse aumento de peso? Qual o sentimento que descreve como você se sente em relação ao aumento de peso? Fale um pouco desse sentimento (raiva, por exemplo).
- **Ideias (*ideas*):** O que você pensa que pode estar causando o problema de aumento de peso? Você tem alguma ideia ou teoria sobre o que pode estar causando esse aumento de peso? Você acha que esse aumento de peso pode ter alguma relação com algo que esteja acontecendo na sua vida?
- **Funções (*function*):** Como esse aumento de peso afeta o seu dia a dia? O aumento de peso prejudica você em alguma atividade?
- **Expectativas (*expectation*):** Como você espera que eu o ajude? O que você pensa que eu poderia fazer para ajudá-lo?

Na conversa utilizando o FIFE, muitas vezes as pessoas lançam mão de metáforas e criam seus próprios modelos explicativos. É importante esmiuçar, por meio da conversa ao longo das consultas e/ou grupo, essas manifestações simbólicas do problema.

Os modelos explicativos são os esclarecimentos que os usuários dão para sua condição. Esses modelos são construídos a partir das vivências e da cultura do paciente. Os profissionais precisam compreender os modelos utilizados pelos usuários e sinalizar, de maneira cautelosa, quando eles não tiverem relação com o problema (por exemplo, ter “tomado soro” durante uma internação não justifica aumento significativo de peso, mas geralmente é utilizado enquanto explicação para o excesso de peso). Não há necessidade de negar os modelos utilizados pelo usuário, mas sim problematizar no diálogo as outras causas possíveis.

Já em relação ao elemento 3 do MCCP, sobre “elaborando um manejo conjunto para o problema”, entendemos que a utilização do quadro auxilia muito na compreensão por parte da pessoa e do profissional na identificação, escolha de prioridades, metas e papéis. É um instrumento simples de ser utilizado, que otimiza o tempo da consulta e coloca de forma clara os diferentes aspectos que levam à escolha de prioridades.

Salientamos que este plano vai mudando com o tempo, portanto a tabela também. Lembramos ainda que escolher metas de acordo com as possibilidades da pessoa (sendo realista) é fundamental para não haver frustração em demasia em relação à longa e sustentada caminhada de mudanças que as condições crônicas exigem.

6.5.2 Abordagem cognitivo-comportamental

A Terapia Cognitivo-Comportamental é uma abordagem que utiliza recursos para a modificação do pensamento disfuncional que leva a um comportamento-problema.

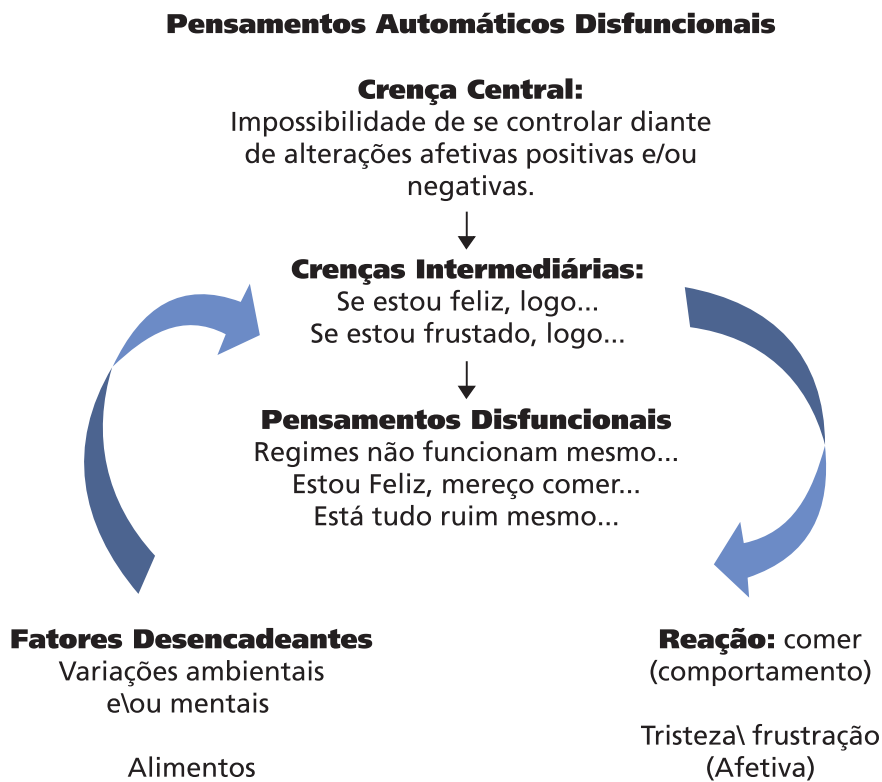
O desenvolvimento dessa teoria se baseia no conceito de crença central (algum conceito absoluto, elaborado sobre um fato), que determina as crenças intermediárias (conjunto de “leis” que regem a vida de uma pessoa sobre o fato da crença central), criando pensamentos

automáticos (pensamentos não resultantes de raciocínio lógico) específicos em relação a esse fato.

Esse sistema se chama “esquema mental” e se estabelece a partir de cada conceito elaborado na relação do indivíduo com o meio, causando ou não prejuízo.

Chamamos de pensamentos automáticos disfuncionais (Figura 9) aqueles que são resultado de crenças central e intermediária disfuncionais e que levam ao comportamento-problema, que acaba por confirmar e reforçar essas crenças.

Figura 9 – Pensamentos automáticos e disfuncionais



Fonte: (CAMINHA et al., 2003).

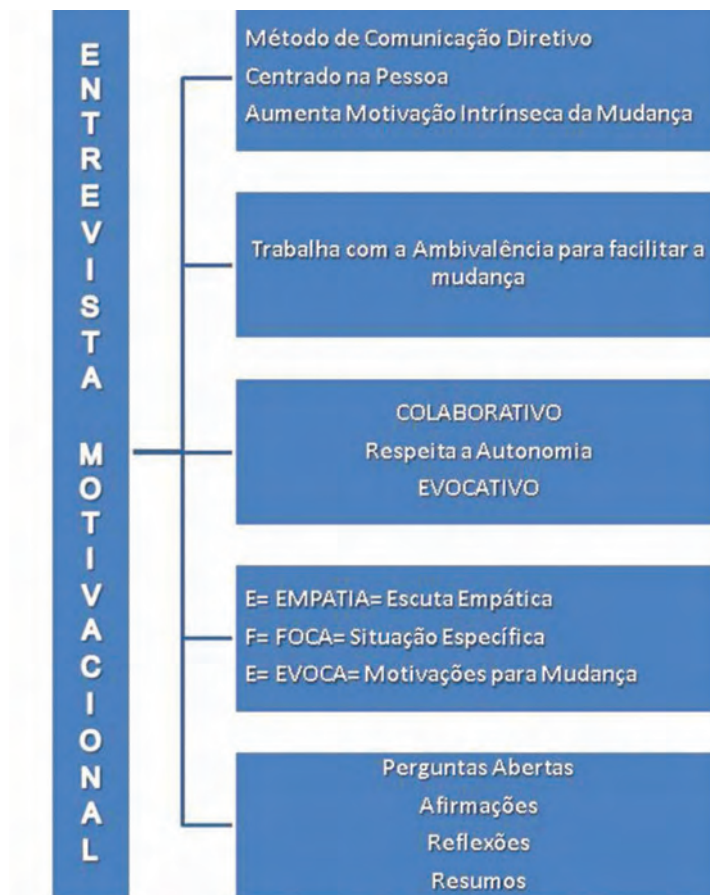
A Terapia Conognitivo-Comportamental busca identificar esses pensamentos e seus desencadeantes para corrigi-los por meio da análise lógica. Assim, desenvolveram-se as Técnicas Cognitivo-Comportamentais, aplicadas ao longo do processo de mudança para promover a boa evolução do quadro.

5.5.2.1 A Entrevista motivacional

No relato da consulta do Caso 5, o médico utilizou alguns elementos da Entrevista Motivacional para definir as prioridades e as possibilidades de realização das atividades pactuadas.

A Entrevista Motivacional (EM) tem seu foco na mudança comportamental. Ou seja, o foco dela é estimular ativando a própria motivação das pessoas para a mudança e adesão ao tratamento. A EM parte do princípio que a maneira como se fala com as pessoas “pode influenciar substancialmente a sua motivação pessoal para mudar o seu comportamento” (ROLLNICK; MILLER; BUTLER, 2009). A figura a seguir ilustra os principais pontos da EM.

Figura 10 – Diagrama: Entrevista Motivacional



Fonte: DAB/SAS/MS

A EM é considerada uma abordagem cognitivo-comportamental (CP) que tenta modificar uma situação específica em que é necessário que a pessoa mude seu comportamento e se encontre **ambivalente** em relação a essa mudança. Por outro lado, a EM sempre respeitará a autonomia da pessoa, colocando-se como colaborativa e evocativa, ou seja, ativando a própria motivação do sujeito e seus recursos para a sua mudança.

As razões e as motivações que a pessoa tem para a mudança serão o foco da EM, nunca as razões e as motivações dos profissionais. Por ser um método centrado na pessoa, a EM foca-se mais em problemas práticos e concretos, por exemplo: tomar medicação regularmente, mudar aspectos da ingestão alimentar, fazer exercícios, parar de fumar, comparecimento à consulta ou ao grupo, aprender a medir a glicemia, aplicar insulina, saber como cuidar dos pés etc.

Na maioria das vezes, o portador da condição crônica tem as informações e sabe que precisa mudar, mas não consegue fazer a mudança por diversos fatores. É nessa ambivalência que a EM atua. Entendemos por ambivalência o “querer e não querer” ao mesmo tempo. No Caso 5, percebemos isso no desejo de realizar atividade física onde os elementos conflitivos da ambivalência (desejo, capacidade, razões e necessidades) (CAVALCANTI; OLIVEIRA, 2012) são detectados da seguinte forma:

M: E em relação às caminhadas?

A: Eu quero caminhar (desejo), mas não faço isso desde os 17 anos. É difícil (razão). Além do que não gosto muito de suar. O melhor mesmo seria fazer natação, mas agora não dá porque não tenho dinheiro para pagar. Mas preciso, ajuda a perder peso (necessidade).

M: E o que você acha que dá para fazer?

A: Olha, eu vou tentar duas vezes por semana, meia hora. É pouco (capacidade)?

M: Não é não, está muito bem. Temos que começar com aquilo que você acha que pode fazer. Estou achando muito boa essa sua vontade. Se eu te pedisse para dar uma nota de 1 a 10 no teu interesse em fazer a caminhada, qual seria?

A: Acho que sinceramente, doutor, 7,5. Não mais do que isso. Para mim é mais fácil tirar o refrigerante do que caminhar. Dou nota nove para tirar o refrigerante.

M: Está bem, e como você vai fazer as caminhadas?

A: Acho que vou ao grupo de caminhadas daqui da unidade.

Essa conversa termina com preocupação do médico, já que o grau de interesse para realizar caminhadas é de 7,5. Na escala de zero (nem um pouco interessado e sem confiança) a dez (totalmente interessado e altamente confiante), ter uma nota abaixo de sete corresponde a baixo interesse e com alto risco de não realizar a atividade combinada (CAVALCANTI, 2012). As falas de Amélia demonstram isso, mas mesmo assim foi combinada a atividade de caminhada.

Alguns princípios importantes da Entrevista Motivacional precisam ser destacados (ROLLNICK; MILLER; BUTLER, 2009; CAVALCANTI, 2012):

- a) resistir ao reflexo de consertar as coisas: evite conselhos e persuasão com bons argumentos. Escute os argumentos da pessoa. Quanto mais argumentos ela tiver para não mudar, mais difícil será a mudança. Então não contra-argumente. Tente entender as motivações do paciente, acompanhe a resistência;

- b) evitar foco prematuro: por exemplo, orientar a fazer exercícios três vezes por semana quando a pessoa está sugerindo duas vezes;
- c) acompanhar a resistência: a nossa resposta para a resistência deve ser a empatia e a compreensão;
- d) empatia: se colocar no lugar do outro por meio de perguntas abertas, escuta qualificada, expressão corporal, tom de voz;
- e) fortalecer a pessoa estimulando a esperança e o otimismo.

Muitas vezes, associados à Entrevista Motivacional, utilizam-se os estágios de motivação de mudança descritos por Prochaska (1982). Esses estágios de motivação são a base dos grupos de tabagismo. O Quadro 18 coloca de forma clara e resumida os diferentes estágios e as atividades a serem desenvolvidas pelo profissional de Saúde (CAVALCANTI, 2012).

Quadro 18 – Resumo de estratégias para a mudança

Estágio	Conceito	Estratégias do profissional
Pré-contemplação	Corresponde aos indivíduos que não têm a intenção de modificar determinado comportamento em um futuro próximo, ainda que este seja reconhecido como inadequado.	Fornecer informações; levantar dúvidas e trazer questionamentos; aumentar e fortalecer a percepção acerca dos riscos e problemas decorrentes do comportamento atual; evidenciar a discrepância entre os objetivos pessoais e o comportamento; dar <i>feedback</i> .
Contemplação	Quando o indivíduo começa a refletir sobre a realização de uma mudança de comportamento, mas ainda não estabelece prazos para isso devido às barreiras encontradas para entrar em ação.	Explorar a divisão interna para que a pessoa saia do estado de paralisia; evocar as razões para mudar e os riscos de mudar ou não mudar o comportamento-alvo; fornecer apoio; fortalecer a autoeficácia para a mudança.
Preparação	Abrange indivíduos que passaram a estabelecer pequenas metas para efetivar uma mudança de comportamento nos próximos 30 dias.	Auxiliar na elaboração e no detalhamento de um plano de ação – questionar quando, como e onde pretende realizá-lo, como irá se organizar, qual a data de início, quais são as metas e os prazos, quais os obstáculos, quem ou o quê ajudará.
Ação	São incluídos aqueles que alteraram seu comportamento recentemente.	Acompanhar a realização dos passos para a mudança, avaliar em conjunto o foco na mudança, os resultados atuais, a necessidade de adequação, a persistência.
Manutenção	Quando os indivíduos mantiveram sua mudança de comportamento por um período maior (mais de seis meses).	Ajudar na identificação dos benefícios do comportamento assumido e na valorização do que está funcionando; reconhecer as situações de risco e as estratégias de enfrentamento; prevenir deslizes e recaídas.
Deslizes e recaídas	Os deslizes caracterizam-se pela retomada automática do comportamento-problema. As recaídas são retornos ao padrão inicial de comportamento e, na maioria das vezes, ocorrem gradualmente, depois de um deslize inicial.	Auxiliar a pessoa e renovar os processos de contemplação, de determinação e de ação, sem se tornar culpada, imobilizada ou desmoralizada. Avaliar, de forma objetiva, o fato e evocar o aprendizado para prevenir e/ou lidar com futuras situações.

Fonte: (CAVALCANTI; OLIVEIRA, 2012).

Nos estágios de pré-contemplação e contemplação, a técnica dos “cinco Rs” orienta a intervenção da equipe de Saúde, aumentando a chance de a pessoa considerar a mudança e avançar para os outros estágios. Ver Quadro 19.

Quadro 19 – Técnica dos “5 Rs”

Intervenção	Técnica
Relevância (<i>relevance</i>)	Encoraje a pessoa a falar sobre a relevância em mudar o comportamento-alvo, de forma específica. Dialogar sobre as preocupações de saúde, história clínica, circunstâncias familiares e experiências anteriores tem maior impacto.
Riscos (<i>risks</i>)	Indague sobre consequências negativas do comportamento atual a médio e a longo prazos, e valorize as de maior relevância para a pessoa.
Recompensas (<i>rewards</i>)	Indague sobre possíveis benefícios decorrentes da mudança. Sugira e enfatize os mais relevantes para a pessoa, por exemplo, melhora na saúde, no condicionamento físico, na aparência pessoal, na autoestima; no exemplo para filhos e familiares.
Obstáculos (<i>roadblocks</i>)	Indague sobre barreiras e impedimentos para mudar e como poder superá-los aplicando técnicas de solução de problemas e treinamento de habilidades. Motive a busca de recursos pessoais e comunitários.
Repetição (<i>repetition</i>)	Repita a intervenção motivacional em todos os encontros enquanto a pessoa não tenha passado para os estágios seguintes de motivação para mudar. Para os que se frustraram com experiências anteriores, comente que a maioria das pessoas fazem várias tentativas até serem bem-sucedidas.

Fonte: (CAVALCANTI; OLIVEIRA, 2012, adaptado).

6.5.3 A problematização – o empoderamento

Baseada em Paulo Freire¹⁴, a pedagogia da problematização, denominada de *empowerment approach* nos países do norte, sustenta-se basicamente em três etapas processuais:

1. Escutar e ouvir os problemas trazidos pelas pessoas, ou seja, sempre partir da realidade ou do cotidiano delas. Fazer um esforço compreensivo sobre a visão que elas têm sobre determinado problema. Aprender qual a bagagem cultural delas. Esta etapa, que tem muita semelhança com o método compreensivo, continua com os questionamentos respeitosos que o profissional de Saúde faz em relação àquilo que o usuário está colocando.
2. Problematizar: a partir da dúvida e surpresa diante da fala do usuário e profissional. Surge a partir do não entendimento daquilo que está sendo colocado. Na pedagogia

¹⁴Observamos que há muita bibliografia sobre o método problematizador. Recomendamos de Paulo Freire, *Pedagogia da Autonomia*, da Editora Paz e Terra. Também o livro publicado pelo Departamento de Atenção Básica: *Estratégia Nacional para a Educação em Saúde para o Autocuidado em DM*, 2009. E, ainda, Diercks, M. e Pekelman R., *Manual para Equipes de Saúde. Como trabalhar com grupos e elaborar material educativo em conjunto com a população*.

freiriana, o direito à pergunta e à dúvida é fundamental para avançar no processo de compreensão e de construção de um plano comum. Esta problematização se faz por meio de perguntas ou colocações simples que visam aprofundar a compreensão por meio das contradições apresentadas nos relatos de vivências: Por quê? Não entendi muito bem o que você colocou, poderia me explicar melhor? De onde vem isso que está falando? Onde você ouviu? Fala-me um pouco mais sobre isso? Parece que você colocou uma coisa antes e agora outra coisa, poderia me falar mais um pouco sobre isso? A ideia é de, com essas perguntas, ir construindo uma visão crítica daquilo que está se falando ou se fazendo em relação a determinado problema.

3. Voltar à realidade com outro olhar, com outra prática: após o segundo passo descrito acima, a pessoa ou os grupos começam a olhar a sua realidade de outra forma. A ideia também é que mudem a sua prática individual, familiar e coletiva. Essa mudança é lenta. Muitas vezes é realizada por meio de pequenos passos. Ao profissional cabe ter paciência metodológica e olhar o processo como um todo, avaliando mudanças, avanços e dificuldades.

Alguns aspectos que precisam ser lembrados em relação a este método:

- a) quanto mais complexo o problema, mais difícil é a problematização e voltar à realidade para mudar;
- b) os sujeitos não são críticos o tempo todo e nem em todas as situações;
- c) possibilita aprender a trabalhar com o imprevisível;
- d) exige habilidade por parte da coordenação para não induzir a respostas ou a comportamentos;
- e) facilita a construção de conhecimento coletivo;
- f) temos que aprender a lidar com o afeto e a objetividade.

6.5.4 Abordagem familiar

A abordagem familiar é, antes de tudo, poder ver a pessoa que está com um problema a partir de outra “lente”, na qual é possível perceber todo o contexto em que esse problema ocorre.

Existem diversas ferramentas que auxiliam a conhecer melhor o contexto familiar. Uma das mais conhecidas é o genograma, que consiste na ilustração da composição familiar com informações sobre seus membros como gênero, idade, parentesco, doenças, fatores de risco, situação laboral e morte, acrescida da representação das relações entre esses membros, como conflitos e alianças. Para melhor compreensão é importante que sejam ilustradas ao menos três gerações (DIAS, 2012).

Outra forma de avaliar o funcionamento da família pode ser recordada por meio da ferramenta *PRACTICE*, abordando oito dimensões que identificam muitas informações sobre a estrutura e a dinâmica familiar por meio da exploração do Problema, dos papéis (*Rules*),

do Afeto, da Comunicação, do Tempo no ciclo de vida, da história do adoecimento (*Illness history*), da Comunidade e do ambiente (*Environment*) que envolvem a família.¹⁵

6.5.5 Educação para o autocuidado em grupos

É importante entendermos que “fazer um grupo” não é simplesmente colocar um conjunto de pessoas em um mesmo espaço físico, mas sim possibilitar a criação de redes sociais e compartilhar as experiências. Os grupos são espaços (objetivos e subjetivos) onde se desenvolve uma escuta para as necessidades das pessoas, dos seus problemas e vivências e onde a informação circula entre a experiência técnica dos profissionais e a vivência dos participantes, buscando soluções em conjunto. O grupo é um dispositivo para olhar as relações e os modos de viver, produzindo mudanças que possam melhorar a qualidade de vida. As atividades em grupo precisam ter aspectos comuns para facilitar a identidade grupal e entre os participantes. Podemos utilizar um ou vários critérios para agrupar os usuários. Por exemplo: critérios de gênero, idade, escolaridade, renda (socioeconômicos), clínicos e de estratificação de risco, este último aspecto é fundamental já que vai determinar que tipo de cuidado o usuário precisará e a organização da equipe.

6.5.5.1 Tipos de grupos

Os grupos podem ser classificados em três modelos básicos: grupos de sala de espera, grupos fechados e grupos abertos, consultas coletivas. Sendo que cada um deles tem suas especificidades e características próprias (MALDONADO, 1982). A escolha por um desses modelos vai depender da demanda, dos objetivos propostos para a criação do grupo, da infraestrutura e do tempo disponível para o desenvolvimento desta atividade.

O modelo de grupo de sala de espera é dirigido aos usuários que estão aguardando a hora da consulta. É um grupo formado espontaneamente, sem história temporal e com um único encontro. Este grupo é, muitas vezes, a única alternativa viável nos serviços de Saúde que não dispõem de espaço físico para atividades coletivas no próprio Centro de Saúde.

O modelo de grupo fechado tem como característica básica a delimitação dos participantes e do tempo de duração da existência do grupo, ou seja, começa e termina com os mesmos participantes e segue um cronograma previamente determinado, porém com certa flexibilidade, de acordo com o interesse do grupo. Há inúmeras vantagens de se trabalhar com este modelo, entre elas, a formação do vínculo de confiança, decorrente do convívio, intensificando a troca de experiências semelhantes. Outra vantagem é que, como não há mudança de membros do grupo, as informações não se repetem e todos têm acesso às informações simultaneamente, diminuindo a chance de os participantes se desmotivarem, pois cada encontro é preenchido com novas experiências.

¹⁵Veja um exemplo sobre o uso do PRACTICE em *Cadernos de Atenção Básica*, nº 38 – Estratégias para o Cuidado da Pessoa com Doença Crônica - Obesidade.

Já o modelo de grupo aberto tem como característica básica a variabilidade do tempo e dos participantes, ou seja, o tempo varia para cada participante e o número destes varia de acordo com o espaço físico do local. Neste modelo, há rotatividade dos participantes, que pode prejudicar a motivação e o aprofundamento de temas no grupo, pois, muitas vezes, as informações são repetidas em função dos novos participantes. Entretanto, possibilita o contato com novas vivências.

Vejamos o exemplo a seguir:

Na segunda-feira seguinte, o médico encontra-se com Amélia no corredor da UBS, conversando com outras moradoras do território.

M: Bom dia, Amélia. O que você veio fazer na unidade?

A: Pois é, doutor, vim para o grupo de caminhada. Meu primeiro dia.

M: Que bom! Fico feliz por já estar começando o que combinamos. Bom grupo!

A: Obrigada, Doutor! Foi a minha vizinha que me convenceu pra vir.

M: Muito bom!

Logo em seguida, Amélia e as demais participantes são chamadas para o grupo de caminhada. Cerca de 15 mulheres entram em uma sala onde as iniciantes no grupo vão verificar o peso, a altura e a circunferência abdominal. No grupo, há uma enfermeira, uma técnica de Enfermagem e uma agente comunitária de Saúde (ACS). A técnica de Enfermagem vai chamando as pessoas para fazer as verificações dos dados antropométricos, da pressão arterial e do hemoglicoteste. A enfermeira verifica qual a estratificação de risco de cada pessoa e registra no prontuário. Ao mesmo tempo, duas integrantes do grupo de caminhada separam as mulheres que estão participando pela primeira vez e contam como é a dinâmica dos encontros, tiram as dúvidas, o trajeto da caminhada e os horários. É uma conversa animada, já que a maioria das pessoas se conhece. Depois de 15 minutos, a enfermeira chama todo mundo para iniciar a caminhada.

Enf.: Faremos 50 minutos de caminhada. Quem está vindo pela primeira vez faça o que conseguir. Não precisa forçar. Se tiver que parar antes, volta em direção à praça, pois no final vamos fazer o alongamento.

Amélia começa a sua atividade física no grupo caminhando devagar. Ela observa que tem dois grupos: um "mais rapidinho" e outro "mais devagar". "Vou ficar no devagar", pensa ela. Já está caminhando há 10 minutos e está suando bastante, sente o coração bater mais rápido. Comenta isso com a ACS, que está próxima a ela.

ACS: Só não pode ficar ofegante. Se ficar ofegante, tem que parar, ainda mais que é o seu primeiro dia.

Mais 10 minutos de caminhada e Amélia precisa parar.

ACS: Descansa um pouquinho e fica na praça até todo o grupo terminar para fazer o alongamento. Amélia senta na praça e observa suas vizinhas caminhando. Pouco tempo depois, outra pessoa do grupo senta e começam a conversar. Antes dos 50 minutos, as seis pessoas iniciantes estavam sentadas na praça dando risada.

Este pequeno relato de um grupo de caminhada é um exemplo de como os encontros em grupo ou grupos de educação para o autocuidado são fundamentais pelos seguintes motivos:

- Apoiar as pessoas a conhecerem mais e melhor suas condições de vida e de saúde e a realizarem as ações de autocuidado que estiverem ao seu alcance, estimulando sua autonomia.
- Motivar e instrumentalizar para mudanças de comportamentos desejáveis.
- Facilitar a comunicação dos profissionais com os usuários.
- Qualificar o manejo clínico e os resultados dos indicadores de Saúde.
- Promover o acesso aos recursos e às ações dos serviços de Saúde.
- Equacionar as necessidades de mudança de hábitos de vida e as formas de lidar melhor com o adoecimento.
- Dividir experiências no manejo das situações cotidianas relacionadas às condições crônicas e esclarecer dúvidas e curiosidades.
- Racionalizar recursos e tempo da equipe.

O trabalho em grupo também possibilita:

- Ajudar os participantes a elaborar suas vivências afetivas, sentimentos e convívio com suas condições de saúde, reconhecendo e/ou ampliando suas próprias potencialidades.
- Acordar compromissos para melhorar a situação de saúde.
- Buscar maior adesão ao tratamento.
- Fortalecer a autoestima dos participantes.
- Ampliar a responsabilidade de cada participante com relação ao seu próprio tratamento, estimulando sua independência e autonomia na tomada de decisões.
- Criar integração na comunidade.
- Favorecer a criação de redes de cuidado.
- Construir os objetivos de tratamento de forma participativa.
- Complementar e qualificar as atividades assistenciais.

Diferentes metodologias podem ser utilizadas nas atividades em grupo já descritas anteriormente, conforme as necessidades e os problemas dos usuários e ainda os objetivos do grupo. Observamos que, no exemplo descrito acima, o grupo foca em mudança do estilo de vida, especificamente a atividade física. Elementos da Entrevista Motivacional são utilizados pela enfermeira, como vemos no relato a seguir:

Enf.: Bom, pessoal, estamos terminando a nossa caminhada de hoje. Como vocês se sentem?

Romilda: Estou um pouco cansada, mas passa... Hoje foi a primeira vez que consegui caminhar os 50 minutos.

Enf.: Muito bom! Poderia nos contar um pouco sobre isso?

Romilda: Faz dois meses que estou participando. Faltei um pouco, mas faço duas vezes por semana. Perdi dois quilos nestes dois meses.

Maria: Que legal, eu também estou fazendo meus primeiros 50 minutos. Mas eu faço três vezes por semana e por isso consegui em menos tempo, faz um pouco menos de um mês que estou

vindo. No próximo encontro, faço um mês e aí vou me pesar, mas acho que já emagreci um ou dois quilos.

Enf.: E as iniciantes? Querem contar alguma coisa?

Amélia: Eu comecei hoje e só consegui caminhar 20 minutos. Estou bem cansada, mas faz mais de 30 anos que não fazia nada.

Lucia, Joana e Sonia, ao mesmo tempo: Eu também, eu também, consegui 25 minutos, faz tempo que não fazia nada.

Enf.: Que bom! Estão todas de parabéns! Conseguiram fazer 20 a 30 minutos no primeiro encontro. Vamos bater palmas para elas?

(todas batem palmas)

Enf.: E o que vocês estão pensando como próximos passos?

Lucia: Eu vou tentar fazer três vezes!

Joana: Eu também!

Amélia: Eu queria começar com duas vezes.

Enf.: Não tem problema. O importante é fazer conforme o seu ritmo. O que achou de hoje?

Amélia: Ah, não achei que ia ser tão bom, acho que venho na quinta de novo. Quero perder peso, estou com meu açúcar alto, não tenho diabetes ainda, mas tem que baixar.

Romilda: Eu te busco, a gente vem junto!

Enf.: Maria, por que não conta para Amélia e para todos nós como você começou?

Maria: Pois é, eu comecei mais ou menos que nem a Amélia, com o açúcar alto e tendo que emagrecer. Foi difícil nas primeiras duas semanas porque eu não gostava de caminhar, mas ao mesmo tempo gostava das conversas e do pessoal do grupo. De repente, nos últimos dez dias, eu vinha sempre, com mais vontade. Acho que mês que vem vou começar o grupo da nutrição para ajudar mais um pouco.

Enf.: Alguém mais quer falar alguma coisa?

Raquel: Eu só queria dizer para todas as iniciantes que não desistam. No começo é difícil mesmo, mas eu estou há um ano fazendo caminhadas e perdi 7 kg. Então vale a pena. Estamos juntas nesta!

(todas batem palmas)

Enf.: Vamos fazer nosso alongamento?

O grupo relatado acima tem um objetivo bem específico, coordenado de forma multiprofissional (GILLIAN et al., 2007), tem periodicidade, seguindo as evidências (FERREIRA; BIANCHINI; FLORES, 2011), de, no mínimo, três vezes por semana, 50 minutos cada vez, e utiliza metodologias como a Entrevista Motivacional para mudar comportamentos das integrantes, assim como estimula a educação entre pares.

Os grupos de educação para o autocuidado objetivam um enfrentamento saudável (LORIG; HOLMAN, 2003) da condição crônica. Para obter melhores resultados, sugere-se:

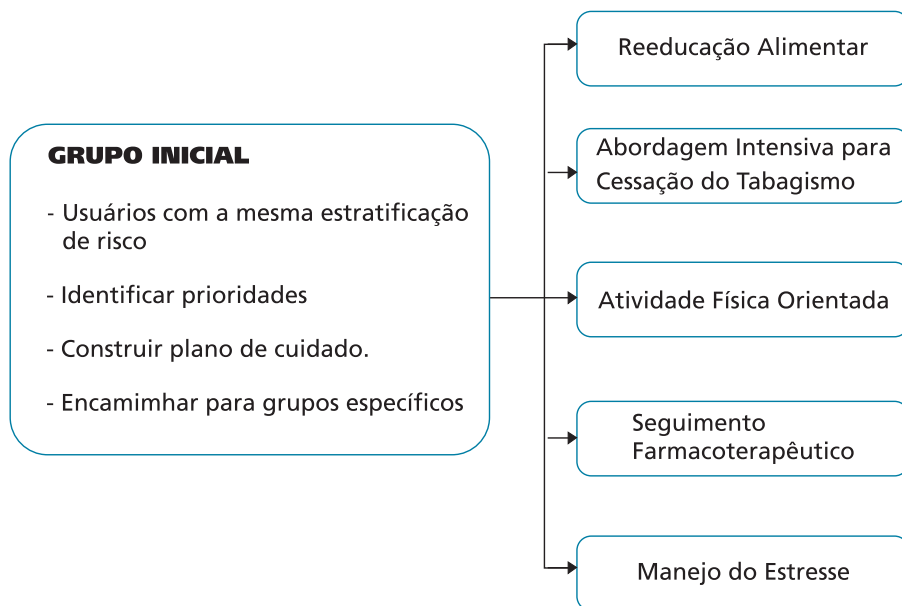
- 1) Ter como base teórico-metodológica o empoderamento e metodologias compreensivas.
- 2) Os profissionais precisam dominar esse método educativo. Isso pode se conseguir com um “treinamento” de seis horas e educação permanente no local de trabalho. As necessidades abordadas no grupo devem ser as das pessoas com condição crônica.

E elas sempre devem ser abordadas pelos três pilares do autocuidado: clínica, estilo de vida e psicossocial.

- 3) A periodicidade deve ser semanal por, no mínimo, 6 a 12 meses.
- 4) A coordenação deve ser multiprofissional, mas enfermeiros e nutricionistas são fundamentais.
- 5) Os participantes devem ter um plano de cuidado individual que deve ser compartilhado pelo grupo. A ajuda dos pares é fundamental nesse processo.
- 6) Os participantes de determinado grupo devem ter estratificação de risco semelhante, assim como características de situação de vida semelhante.

Outro aspecto importante nos grupos é que o plano de cuidado também é individual, ou seja, para além do convívio coletivo e da mesma atividade educativa, cada integrante tem seus próprios objetivos e metas. Isso é bem importante a ser ressaltado, já que muda o processo dos grupos para o autocuidado. Para tal, sugerimos a proposta de Curitiba, um pouco modificada, de como organizar os grupos de autocuidado nas condições crônicas¹⁶.

Figura 11 – Organização dos grupos de autocuidado para as condições crônicas



Fonte: (CAVALCANTI; OLIVEIRA, 2012, adaptado).

¹⁶Laboratório de inovações no cuidado das condições crônicas na APS: A implantação do modelo de atenção às condições crônicas na UBS. Alvorada, Curitiba/PR, disponível em: <www.apsredes.org>.

Essa figura reflete a mudança organizativa nos processos educativos em grupos. Observamos que, inicialmente, temos de criar um grupo no qual são as pessoas com uma condição crônica e com a mesma estratificação de risco que vão escolher a prioridade de autocuidado apoiado. Ou seja, nesse grupo, vamos trabalhar a escolha de uma prioridade e a elaboração de um plano de cuidado para ela. Uma vez escolhida, a prioridade será encaminhada para grupo específico, como mostra o diagrama. Por exemplo, uma UBS que queira trabalhar as condições crônicas terá de oferecer um grupo mais geral para identificar as prioridades dos participantes e dos grupos específicos que seguirão todo o passo a passo do autocuidado descrito até aqui.

Lembramos que os temas e as atividades dos grupos específicos devem ser abordados no grupo de forma criativa, por meio de jogos e de brincadeiras, pois a brincadeira possibilita o movimento, o envolvimento e a aproximação usuário-profissional, profissional-profissional e usuário-usuário. A opção pelo lúdico, pela brincadeira e pela conversa informal permite compartilhar experiências, vivências e aprendizados na busca de maior autonomia, autoestima, crescimento e cidadania. As dinâmicas de grupo, com momentos lúdicos, com incentivo à realização de trabalhos manuais, passeios culturais e motivação para atividade física, abrem espaço para a busca da saúde e da nutrição, compreendidas de forma ampla, e não apenas como ausência de doença (ROTENBERG; MARCOLAN, 2002). Além disso, algumas técnicas pedagógicas para grupos também podem facilitar a expressão e a troca de informações entre os participantes.

O lúdico e a brincadeira possuem uma seriedade intrínseca; têm como aspecto característico representar a realidade, parafrasear a seriedade da vida. O faz de conta que imita a família, o amor, o trabalho, a casa, a vida. Por meio do jogo, podemos viver a experiência da criação. O jogo, de forma positiva, proporciona liberdade, criatividade, estabelece regras e capacidade de escolhas.

Outra forma de abordar os temas de interesse é a construção coletiva de materiais pedagógicos, tais como cartazes e outras expressões plásticas, que abordem a alimentação saudável, o aleitamento materno, a saúde e seus determinantes, a autoimagem corporal, os papéis feminino e masculino, os rótulos dos alimentos, seus significados e usos, entre outros. Trabalhos manuais, utilização de sucatas, desenhos, corte e colagem e uso de massa de modelar permitem maior participação, discussão e proximidade entre profissionais e usuários dos serviços.

6.5.5.2 Planejamento dos grupos

Por constituir-se em uma dimensão do cuidado, a criação de um grupo deve inserir-se no planejamento das equipes de Saúde, articulando-se ao conjunto de ações desenvolvidas. As ações de planejamento envolvem:

- Elaborar um projeto (simples, objetivo e claro) que contemple uma breve justificativa contextualizada no processo de trabalho da equipe e a qual problema/necessidade pretende se responder com a atividade.
- Definir objetivos, metodologia e mecanismos de avaliação do processo e resultados.

- Estabelecer estratégias de divulgação da atividade e formas de convidar as pessoas a participar.
- Propor o público a quem se destina a atividade.
- Prever horário oportuno para a participação da população convidada.
- Definir os responsáveis pela coordenação do grupo e do papel dos demais integrantes da equipe de Saúde (se for o caso).
- Prever agenda dos encontros e das reuniões dos coordenadores (para planejar e avaliar).
- Elaborar instrumentos para registrar as reuniões do grupo e dos coordenadores.
- Organizar o tempo dos coordenadores do grupo para viabilizar o trabalho.
- Prever local adequado para a realização do grupo (que seja acolhedor, confortável e garanta o grau de sigilo necessário para a realização de determinado grupo).
- Providenciar, com antecedência, os recursos materiais necessários (D'IVERNOIS; GAGNAYRE, 2004).

6.5.5.3 Técnicas educativas

Nas ações coletivas, as técnicas educativas podem ser escolhidas de acordo com o tipo de público e com o objetivo da atividade. Não existe método melhor que outro, mas eles devem respeitar o princípio da pertinência (adaptação da didática ao objetivo pedagógico) e o princípio da aprendizagem, principalmente o conceito de participação ativa, do direito ao erro, de retroinformação, de progressão a um ritmo individual. Uma mesma técnica pode ser utilizada para vários objetivos ao mesmo tempo (D'IVERNOIS; GAGNAYRE, 2004).

Em uma sessão coletiva, o emprego de técnicas educativas pode facilitar a apropriação do autocuidado pelo paciente. Elas são úteis para desenvolver a capacidade intelectual, o conhecimento ou facilitar a expressão dos participantes, suas habilidades (manuais ou outras) e suas atitudes diante de uma decisão que deve ser tomada ou uma situação que pode estar relacionada ao seu tratamento.

Quadro 20 – Técnicas educativas que podem ser utilizadas para adultos de acordo com o objetivo a ser desenvolvido 1

Capacidade intelectual (facilitar a expressão)	Habilidades	Atitudes
Exposição dialogada Estudo de caso Debate Mesa-redonda Tempestade de ideias Técnica das palavras-chave Audiovisual	Trabalhos práticos Oficinas (culinárias) Atividades esportivas	Mesa-redonda Dramatização Sessão de relaxamento Audiovisuais (testemunhos, documentários) Análise de imagens ou foto-expressão Tempestade de ideias

Fonte: (D'IVERNOIS; GAGNAYRE, 2004, adaptado).

*Uma técnica educativa pode buscar desenvolver mais de um objetivo ao mesmo tempo.

Quadro 21 – Técnicas educativas que podem ser utilizadas para adultos de acordo com o objetivo a ser desenvolvido 2

Capacidade intelectual (facilitar a expressão)	Habilidades	Atitudes
Exposição Estudo de caso Debate Mesa-redonda Filme – vídeos Teatro Músicas Saídas – visitas Jogos baseados em questões, com regras de jogos comerciais (tabuleiros)	Trabalhos práticos Simulações Saídas, estágios	Entrevistas Mesa-redonda Dramatização Teatro, atividades de lazer, esportivas etc. Saídas, estágios

Fonte: (D'IVERNOIS; GAGNAYRE, 2004, adaptado).

*Uma técnica educativa pode buscar desenvolver mais de um objetivo ao mesmo tempo.

Anexo, encontra-se o passo a passo para a utilização de algumas técnicas educativas que podem ser utilizadas em atividades coletivas (Anexo A).

6.5.5.4 Coordenação dos grupos

A condução do trabalho em grupo implica definição de papéis a serem desempenhados pelos envolvidos com a atividade, para a qual sugerimos:

- Trabalhar em duplas de coordenador e cocoordenador, possibilitando complementaridade e trocas, e favorecendo que possíveis necessidades de afastamento de uma das pessoas não prejudiquem o andamento do trabalho.
- Estar atentos às necessidades do grupo, utilizando dinâmicas adequadas aos objetivos e à população e estimulando a criatividade do grupo.
- Encorajar a participação de todos.
- Estar atento às possíveis dúvidas e/ou informações equivocadas, desmistificando mitos construídos socialmente.
- Promover um clima de respeito às diferenças e abertura para a escuta a diversidade de opiniões, favorecendo a emergência no espaço grupal das diversas formas de viver, de lidar com o adoecimento, com as dificuldades, com as dores, com os sentimentos e com as histórias.
- Contratar com o grupo o sigilo quanto às informações confidenciais compartilhadas.
- Garantir o cumprimento das combinações de horários estabelecidos no início dos trabalhos.
- Considerar a maior ou a menor busca de homogeneidade na definição dos participantes de acordo com os objetivos propostos.
- Registrar os encontros do grupo para posterior avaliação.

6.5.5.5 Avaliação

A avaliação deve ser uma constante no desenvolvimento das atividades em grupo, sendo essencial para o alcance dos objetivos propostos. A avaliação deve ser de processo e de resultados e considerar os seguintes aspectos:

- Motivação dos participantes.
- Presença nos encontros.
- Formas de interação e participação.
- Temas abordados.
- Metodologias desenvolvidas.
- Adequação do ambiente.
- Integração da equipe de coordenação.
- Satisfação dos participantes.

Os resultados a serem avaliados mediante indicadores podem ser os sugeridos pelo AADE. Ou seja, temos metas imediatas, intermediárias e de longo prazo.

Quadro 22 – Avaliação de processos e resultados segundo padrões e metas da AADE

Avaliação contínua de resultado			
Imediato	Intermediário	Pós-intermediário	Longo prazo
Aprendizagem/metodologias	Mudança estilo de vida ou comportamental	Melhora clínica	Melhora do estado de saúde
Conhecimento- Empoderamento Habilidades- CP Autonomia- empoderamento e compreensivos	1. Alimentação saudáveis	1, 2, 3, 4. Indicadores clínicos – Hba1c – Pressão arterial – Lipídeos – Peso corporal	Estado geral da saúde
	2. Atividade física		Qualidade de vida
	3. Uso de medicação		Dias de trabalho ou de escola perdidos
	4. Monitorização		Complicações do diabetes
	5. Resolução de problemas	5, 6. Medidas de evolução – Exame dos olhos – Exame dos pés	Custos com cuidados de saúde
	6. Enfrentamento saudável		Custos com cuidados de saúde
	7. Redução de riscos		
		7. Outras medidas – Cessação do hábito de fumar – Uso de aspirina – Aconselhamento pré-gestacional	

Fonte: (PEEPLES et al., 2007; MULKAHY et al., 2003).

6.5.5.6 Consulta coletiva: um tipo especial de grupo nas condições crônicas

A consulta coletiva consiste em reunir um pequeno número de usuários e realizar a abordagem clínica, incluindo anamnese, medidas antropométricas, aferição de pressão arterial e de glicemia capilar, avaliação de resultado de exames, entre outras atividades. Todos os usuários participam e podem se manifestar durante toda a consulta. Deve-se ter o cuidado de não expor os usuários demasiadamente, e o profissional deve mediar sempre que alguma intervenção possa ser prejudicial a eles.

Por que atendimento coletivo?

Entre as várias razões, destacam-se:

- a. Aprendizado por pares: os usuários aprendem muito mais e melhor com a experiência de um semelhante, em um contexto orientado por um profissional, do que com a fala exclusiva de um profissional – em uma consulta.
- b. Muitos usuários possuem as mesmas necessidades e a equipe tem a oportunidade de trabalhar essas questões em grupo em vez de realizá-lo individualmente (e, frequentemente, os próprios usuários apontam aspectos muito úteis uns aos outros, seja pela experiência com a doença, pela experiência com os vários serviços que frequentam, seja pelas semelhantes experiências de vida).
- c. As pessoas que participam do atendimento coletivo relatam que se conhecem melhor; ficam sabendo que não são as únicas a apresentar determinada condição de saúde; relacionam-se com pessoas como elas; adquirem novos conhecimentos; têm oportunidade de levantar questões livremente; e que gostam da companhia dos demais componentes do grupo. Há evidências de que o atendimento em grupo tem impacto na qualidade da atenção e nos resultados em saúde; na satisfação dos usuários; no melhor uso dos recursos; e na melhoria da qualidade de vida.
- d. A consulta coletiva/compartilhada é mais simples, tanto nos aspectos organizativos e metodológicos como nos aspectos comportamentais simples, como os citados acima.
- e. A consulta coletiva/compartilhada não substitui a consulta individual.

6.5.5.7 Consultas multidisciplinares/consultas em sequência

As doenças crônicas são complexas, há comorbidades, determinantes multifatoriais relacionados a hábitos de vida e, frequentemente, observa-se associação a problemas de saúde mental. É necessário esforço coordenado de uma equipe multidisciplinar para que haja assistência integral.

Na consulta sequencial, um grupo de usuários é agendado para um mesmo horário na Unidade de Saúde e consultará, em sequência, com diversos profissionais (médico, enfermeira, nutricionista, farmacêutica, conforme necessidades). Enquanto alguns estão

realizando as consultas, os demais estão reunidos com outro integrante da equipe de Saúde, que coordena atividades de grupo. Essa modalidade diminui o tempo do usuário na unidade, facilita a conversa dele com vários profissionais, define papéis dos profissionais e tem retorno positivo entre os profissionais em relação às suas competências de núcleo e de campo.

Nenhuma dessas opções substitui uma consulta individual quando for necessária, mas as equipes que realizam essas práticas referem que, ao mesmo tempo em que observam melhores resultados em saúde, as consultas individuais passam a ser muito mais rápidas.

6.6 Outras recomendações importantes para o cuidado integral

6.6.1 Aconselhamento

A responsabilidade do profissional de Saúde com relação às mudanças nos hábitos de vida não deve se traduzir em um processo de normatização e muito menos de culpabilização do indivíduo (GARCIA, 1992; RITO, 2004). Ao acolher o usuário, o profissional deve expressar o reconhecimento pelo outro, em suas diferenças, dores, alegrias e seu modo de viver.

Dessa forma, as habilidades de comunicação podem ser utilizadas no acompanhamento do usuário, pois uma boa comunicação exige respeito pelos pensamentos, pelas crenças e pela cultura do próximo. Para tanto, o profissional não deve dizer o que acha que deve ser feito ou forçar o paciente a agir de determinada forma.

Os seguintes recursos podem ser utilizados no aconselhamento:

- Use a comunicação não verbal (gestos, expressão facial) – por exemplo, sorrir, como sinal de acolhimento; balançar a cabeça afirmativamente, como sinal de interesse; tocar no usuário, quando apropriado, como sinal de empatia.
- Faça perguntas abertas – as perguntas abertas começam por: Como? O quê? Quando? Onde? Por quê? Elas darão mais espaço para o usuário se expressar e fornecer mais informações.
- Demonstre interesse – como sinal de interesse, podem ser utilizadas expressões como: “Ah é? Mmm... Aha!”. Dedique tempo para ouvi-lo e preste atenção no que ele está dizendo e no significado de suas falas.
- Demonstre empatia e aceite o que a pessoa pensa ou sente – mostre a ela que os seus sentimentos são compreendidos, colocando-a no centro da situação e da atenção do profissional, sem, no entanto, precisar concordar ou discordar do que ela pensa.
- Evite palavras que pareçam envolver julgamento – como certo, errado, bem, mal etc.
- Reconheça e elogie – aquilo em que os usuários estão indo bem ou mesmo por ter vindo à Unidade Básica de Saúde, se for o caso.
- Ofereça ajuda prática quando necessário.
- Forneça informações relevantes em linguagem adequada – ofereça as informa-

ções mais importantes no momento e use linguagem simples, acessível a quem está ouvindo.

- Ofereça sugestões, e não ordens.
- Converse com os usuários sobre as suas condições de saúde e explique todos os procedimentos e condutas (BRASIL, 2009, 2010, adaptado).

O profissional de Saúde deve objetivar a integralidade do indivíduo em qualquer espaço de intervenção e construir uma prática que correlacione questões sociais, psicológicas, genéticas, clínicas e alimentares implicadas no sobrepeso/obesidade, tanto em indivíduos quanto em coletividades (BURLANDY, 2004). Os profissionais devem ajudar os usuários a analisarem a causa de qualquer dificuldade que possam ter e sugerir meios que possam ajudar a resolver seus problemas.

A meta do acompanhamento deve ser a apropriação, pelo usuário com excesso de peso, do seu próprio corpo, do autocuidado, do resgate da sua autoestima e do controle das comorbidades. No acompanhamento dos usuários com sobrepeso/obesidade em consulta individual ou coletiva, deve-se incentivar a fala, a escuta pelo profissional da história psicossocial, dos hábitos alimentares, da história clínica individual e familiar, valorizando suas vivências e experiências, queixas, dúvidas, medos e ansiedades.

6.6.2 A construção de vínculo

Compreende-se que a construção de vínculo, além de corresponder à política de humanização¹⁷ em saúde, é um recurso terapêutico. É uma estratégia que qualifica o trabalho em saúde, entendendo a terapêutica como parte essencial da clínica que estuda e põe em prática meios adequados para curar, reabilitar, aliviar o sofrimento e prevenir possíveis danos em pessoas vulneráveis ou doentes (CAMPOS, 2003).

A formação de vínculo e o estabelecimento de uma relação de confiança entre profissionais e usuários, tanto na consulta individual como coletiva, constituem importante fator na busca da adesão ao tratamento e acompanhamento do sobrepeso/obesidade. Este é um processo que deve ser construído no dia a dia, por meio das rotinas, das relações pessoais, da integração dos profissionais envolvidos no cuidado à saúde.

Segredos, questões íntimas, aspectos da sexualidade, de violência, por vezes associados à obesidade, só são relatados após o estabelecimento de vínculo, de confiança, de cumplicidade. No entanto, em contrapartida, o profissional também precisa ter confiança, acreditar no potencial de aprendizado, de mudança quando se almeja a autonomia da população.

Minayo (1992) destaca que as pessoas, quando procuram o atendimento ambulatorial fora dos momentos emergenciais, estão à procura de um bom atendimento, associado a profissionais de Saúde que dispensem uma relação pessoal, afetiva, atenciosa e de escuta a suas histórias, sofrimentos, queixas, medos e ansiedades.

¹⁷A humanização é um eixo articulador das práticas em saúde, propõe uma mudança na cultura da atenção aos usuários e na gestão dos processos de trabalho, é baseada na corresponsabilidade, considerando as necessidades, desejos e interesses dos diferentes atores (BRASIL, 2003).

Referências

- ANDERSON, Robert M.; FUNNELL, Martha Mitchel. The art and science of diabetes education, a culture out of balance. **The Diabetes Educator**, [S.l.], v. 34, n. 1, 2008.
- AYRES JR. Norma e formação: horizontes filosóficos para as práticas de avaliação no contexto da promoção da saúde. **Ciência Saúde Coletiva**, [S.l.], v. 9, n. 3, p. 583, 2004.
- BOREN, S. A. et al. Reducing risks in diabetes self-management: a systematic review of the literature. **Diabetes Educator**, [S.l.], v. 33, n. 6, p. 1053-1077, 2007.
- BURLANDY, L. Segurança alimentar e nutricional: intersectorialidade e as ações de nutrição. **Saúde em Revista: Segurança Alimentar e Nutricional**, São Paulo, v. 6, n. 13, p. 9-15, maio/ago. 2004.
- CAMINHA, R. M. et al. **Psicoterapias cognitivo-comportamentais: teoria e prática**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003.
- CAMPOS, G. W. **Saúde Paideia**. São Paulo: Hucitec, 2003.
- CAVALCANTI, Ana Maria. **Autocuidado apoiado: caderno de exercícios**. Curitiba: Secretaria Municipal da saúde, 2012.
- CAVALCANTI, Ana Maria; OLIVEIRA, Angela Cristina Lucas de. **Autocuidado apoiado: manual do profissional de saúde**. Curitiba: Prefeitura Municipal de Curitiba, 2012.
- CULLEN, K. W.; BARANOWSKI, T.; SMITH, S. P. using goal setting as a strategy for dietary behaviour change. **Journal American Dietetic Association**, [S.l.], v. 101, p. 562-566, 2001.
- DIAS, L. C. Abordagem familiar. In: GUSSO, G.; LOPES, J. M. C. **Tratado de medicina de família e comunidade: princípios, formação e prática**. Porto Alegre: Artmed, 2012.
- D'IVERNOIS, J. F.; GAGNAYRE, R. **Apprendre a éduquer le patient: approche pédagogique**. 2. ed. Paris: Éditions Maloine, 2004.
- EAKING, E. G. et al. Reaching those most in need: a review of diabetes self-management interventions in disadvantaged populations. **Diabetes Metabolism Research and Reviews**, [S.l.], v. 18, n. 1, p. 26-35, 2002.
- FERREIRA, Sandra Rejane Soares; BIANCHINI, Itemar Baia; FLORES, Rui (Orgs.). **A organização do cuidado às pessoas com hipertensão arterial sistêmica em serviços de atenção primária à saúde**. Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição, 2011.
- FUNNELL, Martha et al. National standards for diabetes self-management education. **Diabetes Care**, [S.l.], v. 33, jan. 2009. (Suplemento 1).
- FUNNELL, Martha; MITCHEL, Michael A. Empowering patients with diabetes. **Diabetes Care**, [s.l.], v. 39, issue 3, p. 34-37, mar. 2009.
- GARCIA, R. W. D. Um enfoque simbólico do comer e da comida nas doenças. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 5, p. 70-80, 1992.
- GILLIAN, Paul M. et al. Peer support in type 2 diabetes: a randomised controlled trial in primary care with parallel economic and qualitative analyses: pilot study and protocol. **BMC Family Practice**, [S.l.], v. 8, p. 45, 2007.
- GROSSI, S. A. A.; PASCALI, P. M. **Cuidados de enfermagem em diabetes mellitus**. São Paulo: Departamento de Enfermagem da Sociedade Brasileira de Diabetes, 2009.

HAAS, Linda et al. **National standards for diabetes self-management education and support**, v. 38, n. 5, set./out. 2012.

HEINRICH, E.; SCHAPER, N. C.; VRIES, N. K. de. Self-management interventions for type 2 diabetes: a systematic review. **EDN Autumn**, [S.l.], v. 7, n. 2, 2010.

HILL-BRIGGS, F.; GEMMEL, I. L. Problem solving in diabetes self-management and control: a systematic review of the literature. **Diabetes Educator**, [S.l.], v. 33, n. 6, p. 1032-1050, 2007.

LANGE, I. L. T. A. et al. **Fortalecimiento del autocuidado como estratégia de la Atención Primaria en Salud**: la contribución de las instituciones de salud em América Latina. Geneva: OPAS, 2006.

LORIG, K. R.; HOLMAN, H. Self-Management education: history, definition, outcomes, and mechanisms. Stanford University School of Medicine. *Ann. Behav. Med.*, USA, v. 26, n. 1, p. 1-7, 2003.

MALDONADO, M. T. **Maternidade e paternidade**: preparação com técnicas de grupo. Rio de Janeiro: Livraria Ateneu, 1982.

MERHY, Emerson Elias. **Saúde**: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec, 2002.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 1992.

MULKAHY, K. et al. Diabetes self-management education core outcomes measures. **Diabetes Educator**, [S.l.], v. 29, p. 768-803, 2003.

NORRIS, S. L. et al. Self-management education for adults with type 2 diabetes: a meta-analysis of the effect on glycemic control. **Diabetes Care**, [S.l.], v. 25, n. 7, p. 1159-1171, 2002.

OLIVEIRA, D. L. L. C. A enfermagem e suas apostas no autocuidado: investimento emancipatórios ou práticas de sujeição. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 64, n. 1, p. 185-188, jan./fev. 2011.

PASINI, Vera Lucia. **Metodologias de abordagem compreensiva nas condições crônicas**. Porto Alegre, 2013. (No prelo).

PEEPLES, M. et al. Evolution of the american association of diabetes educator' diabetes education project. **Diabetes Educator**, [S.l.], v. 33, n. 5, p. 794-814, 2007.

PEYROT, Mark et al. Access to diabetes self-management education, results of national surveys of patients, educators, and physicians. **The Diabetes Educator**, [S.l.], v. 35, n. 2, p. 246-263, mar./abr. 2009

POWERS, Margaret et al. Diabetes BASICS: Education, Innovation, Revolution. **Diabetes Spectrum**, [S.l.], v. 19, n. 2, 2006.

RITO, R. V. V. F. **Obesidade e gravidez**: mulheres obesas e seus hábitos alimentares durante a gravidez. 2004. Dissertação (Mestrado em Saúde da Mulher e da Criança) – Instituto Fernandes Figueira, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2004.

ROLLNICK, Estephen; MILLER, William R.; BUTLER, Christopher C. **Entrevista motivacional, no cuidado da saúde**: ajudando pacientes a mudar o comportamento. Tradução de Ronaldo Cataldo Costa. Porto Alegre: ArtMed, 2009.

ROTENBERG, S.; MARCOLAN, S. Práticas educativas em saúde e nutrição na rede básica de saúde da cidade do Rio de Janeiro. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE NUTRIÇÃO, 17., 2002, Porto Alegre. **Anais...** Porto Alegre, 2002.

STEWART, Moira et al. **Medicina centrada na pessoa**: transformando o método clínico. Tradução de Anelise Teixeira Burmeister. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.

TANG, Tricia S.; FUNNELL, Martha Mitchel. Lasting effects of a 2-year diabetes self-management support intervention: outcomes at 1-year follow-Up. **Prev. Chronic. Dis.**, [S.l.], v. 9, 2012.

TANG, Tricia S. et al. Self-management support in “real-word” settings: na empowerment-based intervention. Elsevier Ireland Ltd. **Patient Education and Dounseling**, Ireland, v. 79, p. 178-184, 2010.

WARS, A. et al. Self-management education programs in chronic disease: a systematic review and methodological critique of the literature. **Archives of Internal Medicine**, [S.l.], v. 164, n. 15, p. 1641-1649, 2004.

Anexo A – Técnicas educativas para ações coletivas

Tempestade de ideias

A tempestade de ideias é destinada a facilitar, aos membros de um grupo, a expressão de um máximo de ideias sobre um assunto preciso. As ideias são aceitas e anotadas sobre um *flipchart* ou um quadro branco.

Objetivos

- Analisar a percepção de um grupo sobre uma questão, um problema, um tema, um conceito.
- Estimular e desenvolver a criatividade.
- Evidenciar as representações de um grupo sobre determinado tema.
- Recolher o máximo de ideias em um tempo relativamente curto.
- Identificar obstáculos à criatividade, hábitos, concepções de um grupo sobre um tema dado.

Desenvolvimento

O facilitador introduz um assunto por meio de uma exposição, em seguida, ele faz uma pergunta clara e precisa ao grupo.

Os participantes são convidados a expressar todas as suas ideias sem censura. Eles devem expressá-las por meio de palavras curtas e concretas. Eles devem ser orientados a evitar atitudes críticas diante das ideias dos outros participantes.

O facilitador anota a integralidade do que é dito. É desejável prever dois facilitadores, um para anotar as ideias no *flipchart* e outro para regular a discussão com o grupo.

Os participantes, com a ajuda do facilitador, reúnem as ideias por categorias.

O facilitador explora esses dados e propõe uma síntese da discussão pegando as principais opiniões emitidas pelo grupo.

Conselhos para a realização da atividade

Tamanho do grupo: o ideal seria entre seis e 15 pessoas.

Público: adultos e adolescentes.

Duração: entre 20 a 60 minutos, em função da complexidade da questão tratada. O tempo para a produção das ideias seria de 5 a 10 minutos.

Materiais: *flipchart* ou quadro branco, marcador, caneta, papel.

Adaptação da técnica

Para driblar a timidez de alguns participantes, é possível pedir a cada um que reflita de 5 a 10 minutos em duas ou três proposições que deverão ser escritas e lidas aos demais participantes. Só a pessoa que redigiu a frase poderá completá-la a pedido do facilitador, se

necessário. A discussão pode ser realizada ao final de uma rodada de exposições e quando todas as frases forem finalizadas.

Análise de imagens ou foto-expressão

Trata-se de um método interativo que facilita a expressão oral.

Objetivos

- Permitir a expressão das representações de um grupo por meio de uma ferramenta que favorece a expressão oral.
- Facilitar a fala de cada membro do grupo a partir de seus conhecimentos, suas aptidões, seus valores e suas experiências.
- Favorecer a dinâmica de grupo, principalmente em um primeiro contato.

Desenvolvimento

O facilitador espalha sobre uma mesa várias fotos/imagens. Ele explica as regras e insiste sobre a necessidade de respeitá-las.

Cada membro do grupo deve escolher uma foto em silêncio. Os participantes possuem de 10 a 15 minutos para escolherem suas fotos.

Após a escolha, os participantes devem anotar sobre um papel os argumentos de sua escolha. Cada participante deves explicar, em uma frase, sua escolha aos demais.

O facilitador faz uma breve síntese, sublinhando a visão global das representações sobre a saúde do grupo. Isso permitirá ao facilitador analisar os pontos sobre os quais ele deverá insistir com o grupo.

Conselhos para a realização da atividade

Tamanho do grupo: entre oito e 15 pessoas.

Público: adultos e adolescentes.

Duração: duas horas.

Materiais: jogo de fotos (ou fotos/imagens retiradas de revistas), papel, *flipchart* ou quadro branco, caneta (para o *flipchart* ou quadro).

Exemplo prático para recolher as representações sobre a saúde

Recomendações do facilitador

“Cada um deve escolher em silêncio uma foto que, para ele, melhor representa a saúde.”

“Após escolherem, vocês devem retornar para seus lugares e anotar no papel alguns argumentos que orientaram sua escolha.”

Ao anotar as ideias expressas pelo grupo, o facilitador pode classificá-las em três dimensões:

- Elementos ligados ao conhecimento da saúde.
- Elementos ligados aos valores sobre a saúde.
- Elementos ligados às práticas de saúde.

Outras classificações também são possíveis.

- Elementos ligados à saúde biológica, física.
- Elementos ligados à saúde mental, psicológica ou social.

Técnica das palavras-chave

Esta técnica coloca em evidência conhecimentos anteriores, representações ou expectativa dos participantes por meio de palavras em resposta a uma questão.

Objetivos

- Fazer emergir as representações dos participantes diante de um tema estudado.
- Permitir a cada participante expressar suas ideias, medos ou dificuldades.
- Favorecer a comunicação progressiva em subgrupos.
- Evidenciar o que os participantes esperam de uma sessão educativa.

Desenvolvimento

Os participantes são divididos em subgrupos de seis a oito pessoas ao redor de um quadro ou do *flipchart*.

O facilitador apresenta um tema ou questão. Em silêncio, cada participante escreve no *flipchart* uma palavra que expressa sua ideia sobre a questão enunciada (10 minutos).

Ainda em silêncio, os participantes colocam uma cruz diante da palavra que lhes parece mais importante (5 a 10 minutos).

Os participantes comentam suas escolhas dentro de seus respectivos grupos. Uma pessoa será escolhida pelo grupo para realizar uma síntese (10 minutos). Os participantes vão consultar os outros quadros (dos outros subgrupos). Eles podem integrar novas palavras dentro da sua síntese (10 a 15 minutos).

Diante do grande grupo, os representantes dos subgrupos apresentam suas sínteses e o facilitador realiza uma síntese final.

Deve-se prever a quantidade suficiente de *flipchart* (um para cada subgrupo). Deve-se controlar o tempo e as recomendações de início, como o silêncio nas duas primeiras etapas e a discussão nas duas últimas.

Conselhos para a realização da atividade

Tamanho do grupo: entre 12 a 30 pessoas, mais ou menos.

Público: adultos e adolescentes.

Duração: prever pelo menos uma hora.

Materiais: um *flipchart* para cada subgrupo com canetas, um retroprojetor e folhas transparentes e canetas específicas.

Mesa-redonda

Utilizada para poucas pessoas dispendo de tempo para discutir um assunto, em igualdade de condições.

Objetivo

- Discutir ou refletir sobre um tema ou situação-problema.
- Chegar a uma decisão participativa e, quando possível, unânime.
- Levar os participantes a assumir responsabilidades. A participação na decisão é garantia de colaboração.
- Procura sincera do diálogo.

Desenvolvimento

Os participantes devem se sentar em círculo, o que garante a igualdade de condições.

O facilitador deve definir claramente o tema ou o problema e o objetivo a que se quer chegar.

A discussão sobre o tema proposto deve ser livre. Deve-se garantir a participação de todos.

A coordenação deve ser livre, mas deve-se tomar cuidado para que o grupo não fuja do tema.

Conselhos para a realização da atividade

Tamanho do grupo: pequenos grupos, até dez pessoas.

Público: adultos e adolescentes.

Materiais: papel e caneta.

Estudo de caso

O estudo de caso consiste em fazer um grupo estudar uma situação-problema concreta, apresentada com seus detalhes reais, e a procurar por soluções eficazes.

Objetivo

- Desenvolver a capacidade dos participantes de selecionar e analisar os fatos mais significativos para resolver um problema.
- Levar os participantes a se questionarem, a pensarem. Facilitar a aprendizagem.
- Levar à tomada de decisão.
- Favorecer a reflexão sobre temas relacionados a uma situação real e à troca de experiências pessoais de cada participante.
- Confrontar ideias, argumentos, posições dos membros de um grupo sobre a reflexão de um tema.

Desenvolvimento

O caso é apresentado aos participantes com a ajuda de um retroprojetor, um *flipchart* ou um quadro branco.

O facilitador e os membros do grupo realizam juntos a leitura do caso, e asseguram-se de que todos os termos foram compreendidos.

O facilitador propõe temas para reflexão ou questões relacionadas ao caso.

Os participantes são divididos em pequenos grupos (três a seis pessoas). Os subgrupos podem trabalhar sobre todos os temas/questões ou sobre apenas um.

Cada grupo apresenta uma síntese de sua reflexão, de suas proposições.

O facilitador comenta o trabalho dos grupos e efetua a síntese final, pegando os pontos principais.

Conselhos para a realização da atividade

Tamanho do grupo: entre seis e 24 pessoas; e os subgrupos entre três e seis pessoas.

Público: adultos e adolescentes.

Duração: 30 minutos a três horas, de acordo com o(s) temas(s) abordado(s).

Materiais: papel e caneta, retroprojetor ou *flipchart* para apresentar o caso.

Dramatização ou *rolling playing*

A dramatização é uma ferramenta pedagógica muito rica. Ela permite atingir objetivos psicoafetivos, de relações interpessoais e de comunicação. Consiste em simular uma situação por alguns participantes, de acordo com as recomendações dadas pelo facilitador, sobre o olhar do restante do grupo.

Objetivo

- Desenvolver a empatia, a capacidade de comunicação verbal e não verbal e a competência de negociação.
- Ter consciência dos seus pontos fortes e fracos.
- Analisar diretamente os mecanismos da comunicação.
- Praticar comportamentos e identificar os comportamentos a evitar e aqueles que devem ser privilegiados.

Desenvolvimento

O facilitador enuncia os objetivos da dramatização e relembra as recomendações.

Ele pede alguns voluntários (dois ou três) para encenar os diferentes papéis. O facilitador descreve os detalhes do contexto e escreve os pontos principais em um quadro ou um *flipchart*.

Cada participante recebe um papel com a descrição do personagem que não deve ser comunicado aos demais participantes (observadores e atores). Os participantes terão um tempo para se prepararem e se apropriarem do personagem. Em seguida, eles devem dramatizá-lo. Os atores devem dramatizar o personagem por 10 minutos no máximo. Durante a dramatização, os demais participantes observam, a partir de critérios bem definidos pelo facilitador, com a ajuda de um *checklist* de observação. Ao final da encenação, o facilitador pergunta aos atores o que eles sentiram com a encenação dos personagens e, em seguida, abre o debate e convida os outros participantes "observadores" a discutirem sobre o que aconteceu. O facilitador

tador realiza uma síntese final, sublinhando os principais pontos do exercício.

O facilitador deve ficar atento ao tempo e deve preparar com antecedência o *checklist* de observação, a descrição detalhada dos personagens e do contexto da encenação.

Conselhos para a realização da atividade

Tamanho do grupo: de oito a 20 pessoas.

Público: adultos e adolescentes.

Duração: uma hora a uma hora e 30 minutos.

Materiais: papel, caneta e alguns acessórios de acordo com o cenário e papéis encenados.

Adaptação da técnica

Na primeira realização desta atividade e para estabelecer confiança entre os participantes, o facilitador pode ter um papel de ator. Neste caso, ele utilizar os princípios e as regras que devem ser transferidas aos participantes.

Essa técnica pode ser repetida várias vezes conservando os mesmos personagens, ou as mesmas ações modificando-se os personagens.

Se a dramatização é realizada a dois, pode-se também inverter os papéis entre os atores.

A dramatização também pode ser filmada e discutida pelo grupo.

Debate

Quando se tem um número importante de participantes, pode-se organizar um debate entre um convidado e os membros de um grupo sobre um tema ou uma questão que necessita de reflexão.

Objetivo

- Analisar os diferentes pontos de vista de uma situação-problema.
- Recolher diferentes opiniões sobre um tema que pode levantar questões.

Desenvolvimento

Antes da atividade: o facilitador deve entrar em contato com uma ou várias pessoas que podem fornecer esclarecimentos sobre um debate e iniciá-lo. Ele deve explicar ao convidado as regras do debate. Estar atento aos aspectos logísticos (mesa-redonda ou oval para uma dezena de participantes ou uma grande sala para mais participantes). Pensar em realizar algumas questões com seu grupo para perguntá-las ao momento do debate.

Durante: o facilitador deve deixar os participantes e o convidado à vontade, apresentar de forma clara o que se espera do debate para evitar as derivas, além de reformular as questões quando necessário.

Conselhos para a realização da atividade

Tamanho do grupo: ilimitado.

Público: todos os públicos.

Duração: três a quatro horas.

Materiais: folhas, microfone (se necessário).

Exemplo prático – jogo dos quatro cantos para iniciar um debate

O facilitador prepara frases ou temas “de impacto” e pede aos participantes para se posicionarem, segundo suas opiniões, em quatro grupos espalhados em cantos diferentes:

- Concordo.
- Não concordo.
- Concordo inteiramente.
- Não concordo de forma alguma.

Uma vez os participantes posicionados nos seus grupos, eles vão discutir para encontrar um ou dois argumentos e defender diante dos outros participantes. Esse jogo pode ser feito para três ou quatro frases diferentes. As trocas devem ser curtas e os participantes se reúnem, em seguida, para iniciar um debate.

Adaptação da técnica

O debate pode ser realizado com a ajuda de vídeos, artigos, testemunhos etc.

As questões podem ser preparadas com antecedência, com a ajuda de cartões-respostas. Uma questão pode ser colocada sobre um cartão. No final da atividade, os cartões podem ser reunidos por temas. À medida que o convidado vai respondendo às questões, os cartões são retirados.

ISBN 978-85-334-2114-1



SAÚDE
MAIS PERTO DE VOCÊ

DISQUE SAÚDE



Ouvidoria Geral do SUS
www.saude.gov.br

Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde
www.saude.gov.br/bvs



Ministério da
Saúde

Governo
Federal