

MINISTÉRIO DA SAÚDE
UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

INSTRUTIVO DE ABORDAGEM COLETIVA
PARA MANEJO DA OBESIDADE NO SUS



Brasília — DF
2021

MINISTÉRIO DA SAÚDE
UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

INSTRUTIVO DE ABORDAGEM COLETIVA PARA MANEJO DA OBESIDADE NO SUS



Brasília — DF
2021

2021 Ministério da Saúde.



Esta obra é disponibilizada nos termos da Licença Creative Commons - Atribuição - Não Comercial - Compartilhamento pela mesma licença 4.0 Internacional. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte.

A coleção institucional do Ministério da Saúde pode ser acessada, na íntegra, na Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde: bvsm.saude.gov.br.

Tiragem: 1ª edição - 2021 - 15.000 exemplares

Elaboração, distribuição e informações:

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Atenção Primária à Saúde
Departamento de Promoção da Saúde
Esplanada dos Ministérios, bloco G, Edifício Sede, 7º andar
CEP: 70058-900 - Brasília/DF
Tel.: (61) 3315-9031
Site: <https://aps.saude.gov.br/>
E-mail: aps@saude.gov.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS - UFMG
Escola de Enfermagem
Departamento de Nutrição
Grupo de Pesquisa de Intervenções em Nutrição
Av. Alfredo Balena, 190,
CEP: 30130-100 - Santa Efigênia/MG
Site: <http://www.enf.ufmg.br/>
E-mail: ufmg.gin@gmail.com

Supervisão-Geral:

Gisele Ane Bortolini - Coordenação-Geral de Alimentação e Nutrição do Ministério da Saúde
Juliana Rezende Melo da Silva - Ministério da Saúde
Raphael Câmara Medeiros Parente - Ministério da Saúde

Elaboração técnica geral:

Aline Cristine Souza Lopes - Grupo de Pesquisa de Intervenções em Nutrição (GIN/UFMG) do Departamento de Nutrição da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG)

Elaboração de texto:

Aline Cristine Souza Lopes - Grupo de Pesquisa de Intervenções em Nutrição (GIN/UFMG) do Departamento de Nutrição da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG)

Camila Kümmel Duarte - Departamentode Nutrição da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG)

Caroline Schilling Soares - Referência Técnica de Alimentação e Nutrição na Coordenação do NASF-AB da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte/MG

Clareci Silva Cardoso - Faculdade de Medicina da Universidade Federal de São João Del-Rei (UFSJ)

Kelly Alves Magalhães - Nutricionista do NASF-AB da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte/MG

Maria Cecília Ramos de Carvalho - Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG)

Maria Flávia Gazzinelli Bethony - Departamento de Enfermagem Aplicada da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG)
Maria Natacha Toral Bertolin - Departamento de Nutrição da Universidade de Brasília (UnB)

Mariana Carvalho de Menezes - Departamentode Nutrição Clínica e Social da Universidade Federal de Ouro Preto (UFOP)
Mariana Souza Lopes - Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG)

Nathália Luíza Ferreira - Faculdade Pitágoras de Belo Horizonte - Unidade Timbiras

Patrícia Pinheiro de Freitas - Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG)

Sarah Liduário Rocha Silva - Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG)

Suellen Fabiane Campos - Universidade Federalde Minas Gerais (UFMG) e Nutricionista do NASF-AB da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte/MG

Revisão técnica geral:

Ana Luisa Souza de Paiva Moura - Coordenação-Geral de Alimentação e Nutrição do Ministério da Saúde

Colaboração:

Ana Luisa Souza de Paiva Moura - Coordenação-Geral de Alimentação e Nutrição do Ministério da Saúde

Ana Maria Cavalcante de Lima - Coordenação-Geral de Alimentação e Nutrição do Ministério da Saúde

Glauciene Analha Leister - Coordenação-Geral de Alimentação e Nutrição do Ministério da Saúde

Olivia Lucena de Medeiros - Coordenação-Geral de Alimentação e Nutrição do Ministério da Saúde

Thaís Fonseca Veloso de Oliveira - Coordenação-Geral de Alimentação e Nutrição do Ministério da Saúde

Coordenação técnica geral:

Gisele Ane Bortolini - Coordenação-Geral de Alimentação e Nutrição do Ministério da Saúde/Departamento de Promoção da Saúde/Secretaria de Atenção Primária à Saúde/Ministério da Saúde

Projeto gráfico e diagramação:

Tikinet

Crédito de imagens:

Freepik, Istock

Normalização:

Luciana Cerqueira Brito - Editora MS/CGDI

Impresso no Brasil / Printed in Brazil

Ficha Catalográfica

Brasil. Ministério da Saúde.

Instrutivo de Abordagem Coletiva para manejo da obesidade no SUS / Ministério da Saúde, Universidade Federal de Minas Gerais. - Brasília : Ministério da Saúde, 2021.

150 p.: il.

ISBN 978-65-5993-072-2

1. Obesidade. 2. Manejo da obesidade. 3. Sistema Único de Saúde. 4. Educação em saúde. I. Título. II. Universidade Federal de Minas Gerais.

CDU 616.39

Catalogação na fonte - Coordenação-Geral de Documentação e Informação - Editora MS - OS 2020/0186

Título para indexação:

Instructive of Collective Approach for the obesity management in SUS

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....	5
1 INTRODUÇÃO.....	7
2 O PROCESSO DE CONSTRUÇÃO DO INSTRUTIVO	9
3 O CUIDADO DA PESSOA COM OBESIDADE	13
3.1 O cuidado da pessoa com obesidade na Rede de Atenção à Saúde	13
3.2 Empoderamento em saúde e o cuidado da pessoa com obesidade	20
Referências.....	24
4 REFERENCIAL TEÓRICO PARA ABORDAGEM COLETIVA DA PESSOA COM OBESIDADE.....	27
4.1 Marco de Referência de Educação Alimentar e Nutricional para as Políticas Públicas e Guia Alimentar para a População Brasileira: referências para as ações no setor saúde.....	27
4.2 Abordagem crítico-reflexiva	30
4.3 Mudança de comportamentos em saúde.....	31
4.3.1 O Modelo Transteórico (MT)	32
4.3.2 Terapia cognitivo-comportamental (TCC).....	34
Referências.....	38
5 POTENCIALIZANDO A ABORDAGEM COLETIVA NO CUIDADO DA PESSOA COM OBESIDADE.....	41
5.1 Autocuidado apoiado.....	41
5.2 Estratégias para potencializar a abordagem coletiva.....	43
5.2.1 Planejamento das atividades	44
5.2.2 O profissional como facilitador do grupo	47
5.2.3 Uso de tecnologias de comunicação	49
5.2.4 A adesão a grupos	50
5.3 Integração das abordagens coletiva e individual.....	51
5.4 Integração entre a abordagem coletiva e a atividade física.....	52
Referências.....	56

6 REGISTRO, MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO	61
6.1 Registro e monitoramento de atividades coletivas	62
6.2 Avaliação das atividades coletivas	69
Referências.....	76
7 METODOLOGIA DE GRUPOS PARA CUIDADO DA PESSOA COM OBESIDADE.....	79
7.1 Estratégias educativas	79
7.2 Abordagem inicial dos usuários com obesidade: quem participa dos grupos?.....	81
7.2.1 Estratégia para o Cuidado da Pessoa com Obesidade	83
7.3 Tipos de grupos	92
7.3.1 Grupo Motivacional (GM)	92
7.3.2 Grupos terapêuticos	95
7.3.2.1 Grupo Terapêutico 1 (GT1)	95
7.3.2.2 Grupo Terapêutico 2 (GT2)	102
7.3.2.3 Grupo Terapêutico 3 (GT3)	111
Referências.....	114
8 IMPLEMENTANDO O INSTRUTIVO NA UNIDADE DE SAÚDE.....	119
8.1 Identificando a demanda do território	119
8.2 Apropriando-se da proposta do Instrutivo	121
8.3 Construindo o Plano de Ação.....	121
Referências.....	124
9 PRINCIPAIS PERGUNTAS SOBRE O INSTRUTIVO	127

APRESENTAÇÃO

A obesidade é uma epidemia mundial associada ao consumo alimentar e ao nível de atividade física, mas também atribuída a diversos processos, em que o ambiente - político, econômico, social, cultural - e não apenas o sujeito e suas escolhas, assume lugar estratégico na compreensão do problema e no planejamento de propostas de intervenções que contribuam com o seu controle e redução. Além de causar sofrimento psicológico devido ao estigma e discriminação, a obesidade está associada ao desenvolvimento de complicações metabólicas que aumentam o risco de desenvolvimento de doenças crônicas não transmissíveis, incluindo as cardiovasculares, diabetes *Mellitus* tipo 2 e certos tipos de câncer. No Brasil, mais da metade da população adulta apresenta excesso de peso e um em cada dez adultos possui obesidade.

Por ser um agravo de natureza multifatorial, o manejo da obesidade é extremamente complexo, e o cuidado da pessoa com obesidade é um grande desafio para os profissionais nos diferentes pontos da Rede de Atenção à Saúde. A superação deste desafio passa pela qualificação dos profissionais de saúde para o manejo adequado da obesidade e pela reorganização dos serviços de saúde de forma a ofertar ações contínuas, colaborativas, efetivas e que contemplem a complexidade do agravo.

Foi neste sentido que se estabeleceu a colaboração entre a Coordenação Geral de Alimentação e Nutrição do Ministério da Saúde (CGAN/DEPROS/SAPS/MS) e a Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), e como resultado apresentamos o **Instrutivo de Abordagem Coletiva para Manejo da Obesidade no SUS**. O material tem por objetivo apoiar as equipes e profissionais de saúde para o manejo da obesidade no SUS, com ênfase na abordagem coletiva.

A abordagem coletiva já faz parte da rotina das atividades dos profissionais de saúde que compõem as equipes de Atenção Primária e é considerada uma estratégia efetiva no controle da obesidade. Este Instrutivo está embasado em evidências científicas, em acordo com a Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN), e oferece ferramentas teóricas e práticas, criativas e em linguagem acessível, para a condução de grupos de usuários com obesidade, especialmente na Atenção Primária à Saúde.

Este Instrutivo faz parte de uma série de materiais elaborados como desdobramentos do Guia Alimentar para a População Brasileira, e pretende também ser um orientador da mudança de prática no que se refere à abordagem da promoção da saúde e da promoção da alimentação adequada e saudável. Espera-se que os conteúdos aqui abordados apoiem o desenvolvimento das atividades e dos compromissos cotidianos dos gestores e trabalhadores do SUS, a fim de que se transformem em multiplicadores e criadores de estratégias para a promoção da saúde de todos os brasileiros, e em especial no cuidado da pessoa com obesidade.

Coordenação Geral de Alimentação e Nutrição

Departamento de Promoção à Saúde
Secretaria de Atenção Primária à Saúde
Ministério da Saúde



INTRODUÇÃO

Realizar ações de promoção, manutenção e recuperação da saúde, e de reabilitação por meio de abordagem integral, humanizada e em rede, é o papel do profissional no Sistema Único de Saúde (SUS). Dentro deste extenso rol de atividades, o cuidado das pessoas com obesidade é um grande desafio. E tenho certeza que para você também que está lendo este Instrutivo.

Ações de alimentação e nutrição com os usuários do SUS devem ser realizadas na rotina dos serviços de maneira prática e efetiva. Entretanto, existem vários entraves para sua efetivação, como: a elevada demanda, sobretudo por atendimentos individuais e por ações curativas; deficiente estrutura física para atendimentos e para registro, monitoramento e avaliação do estado nutricional dos indivíduos; baixa integração das categorias profissionais no cuidado à pessoa com obesidade; e baixa adesão dos usuários às ações de tratamento da obesidade, em especial, as coletivas. Adicionalmente, a presença de comorbidades, como diabetes e hipertensão arterial, reforça a necessidade de qualificação da equipe para a atenção integral e em rede.

Planejar e conduzir intervenções voltadas para as pessoas com obesidade não é tarefa fácil, mesmo quando temos sólida formação e experiência em Saúde Coletiva. Precisamos de criatividade, conhecimento técnico-científico, habilidades de comunicação, recursos humanos, financeiros e de infraestrutura, competência e cultura para o atendimento multiprofissional, além de acreditar na importância de nossas ações, é claro!

O envolvimento de profissionais, como médico, enfermeiro, educador físico, farmacêutico, fisioterapeuta, psicólogo, nutricionista, entre outros, possibilita trocas de experiências e compartilhamento de saberes, que amplia a resolutividade das equipes no manejo da obesidade. Entretanto, não são raras as vezes que profissionais e usuários se sentem desamparados nesta jornada.

Profissionais se sentem solitários ao realizar o acompanhamento longitudinal (individual e coletivo), sem o devido apoio da equipe e gestores, especialmente para o planejamento e condução de atividades coletivas. Na outra extremidade estão os usuários, envolvidos por um ambiente obesogênico e pressionados pela indústria de alimentos e a mídia para comprar e consumir cada vez mais. Na contramão dessas mensagens, observamos o culto ao corpo magro e perfeito. Neste contexto, quando os usuários chegam aos serviços de saúde, é necessário realizar



a reconstrução desta forma de pensar a alimentação e a saúde, buscando o empoderamento. Porém, nem sempre os profissionais de saúde estão preparados para esse desafio.

Existe pouco espaço na agenda para as atividades coletivas, uma vez que todos estão sempre muito atarefados e absorvidos pelas demandas individuais. Materiais instrucionais que possibilitem a ampliação da oferta de cuidado, que apoiem o processo de trabalho e sejam articulados com as diretrizes e políticas nacionais, também são escassos.

É nesse contexto que surge a proposta da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) com o Ministério da Saúde para a criação de um Instrutivo de apoio aos profissionais de saúde para o manejo da obesidade no SUS, com ênfase na abordagem coletiva dos usuários. Este material foi embasado em evidências científicas e contém informações importantes sobre o cuidado da pessoa com obesidade. O material trata da abordagem teórico-prática para a condução de grupos com usuários com obesidade no SUS e contém roteiros de atividades coletivas (**Caderno de Atividades Educativas**). Ele apresenta linguagem acessível e está repleto de ideias criativas. As estratégias educativas são apresentadas em detalhes, de maneira estruturada, e foram construídas por equipe interdisciplinar. Acredito que serão ferramentas importantes de suporte para suas atividades profissionais.

Esperamos que você possa se beneficiar deste Instrutivo em sua prática profissional. E, se você não é nutricionista, isto não será um problema, pois a responsabilidade do cuidado da pessoa com obesidade é de todos e, por isto, este material foi construído pensando nas diferentes categorias de profissionais que atuam na área da saúde. Vamos ao Instrutivo!!!

Ministério da Saúde e Universidade Federal de Minas Gerais

O PROCESSO DE CONSTRUÇÃO DO INSTRUTIVO

Este Instrutivo foi elaborado pelo Grupo de Pesquisa de Intervenções em Nutrição da Universidade Federal de Minas Gerais (GIN/UFMG) em parceria com a Coordenação Geral de Alimentação e Nutrição do Ministério de Saúde (CGAN/MS), com o apoio da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS/Brasil) e do Ministério da Saúde. O seu processo de construção se deu em nove etapas, descritas a seguir.

Etapa 1: Revisão sistemática

A primeira etapa constou de revisão sistemática da literatura sobre intervenções de prevenção e controle da obesidade conduzidas na Atenção Primária à Saúde (APS) e na Atenção Especializada (AE) visando obter evidências científicas para a construção do Instrutivo. Para isso, analisaram-se ensaios clínicos com obesidade na APS e na AE (MENEZES *et al.*, 2020).



PARA SABER MAIS

MENEZES, M. C. *et al.* A systematic review of effects, potentialities, and limitations of nutritional interventions aimed at managing obesity in primary and secondary health care. *Nutrition*, [s. l.], v. 75/76, p. 110784, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.nut.2020.110784>

A maioria das intervenções identificadas apresentou contato contínuo e uso de estratégias tecnológicas, principalmente ligação telefônica. As intervenções apresentaram redução da frequência de encontros ao longo do acompanhamento, e a redução do peso corporal associou-se a intervenção baseada em teoria e restrição dietética, e conduzida por nutricionista e psicólogo.

Etapa 2: Revisão de teorias e ferramentas para manejo da obesidade

Paralelamente à revisão sistemática realizou-se uma pré-seleção e discussão de potenciais teorias e ferramentas a serem utilizadas no Instrutivo. Com base na literatura, a equipe de pesquisa selecionou teorias e ferramentas



utilizadas na APS e sintetizou em material simples e objetivo (**Material Teórico para Suporte ao Manejo da Obesidade no Sistema Único de Saúde**) que foi utilizado como suporte para as discussões na Oficina com *Experts*.

Etapa 3: Diagnóstico da estrutura e processo do manejo da obesidade na Atenção Primária

Foi conduzida uma avaliação dos indicadores de manejo da obesidade do segundo ciclo do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). Os resultados mostraram baixa adequação dos serviços de saúde quanto à estrutura e processo de trabalho para o manejo da obesidade, com variações importantes entre as regiões do país.

Etapa 4: Pesquisa com profissionais da Atenção Primária e da Atenção Especializada

Realizou-se pesquisa *online*, nos meses de Junho e Julho de 2018, com nutricionistas, médicos, enfermeiros, psicólogos e educadores físicos da APS e da AE visando identificar as principais barreiras enfrentadas para o manejo da obesidade no cotidiano de trabalho. Participaram 1.348 profissionais de todas as regiões do país. Cerca de 50% dos entrevistados identificaram a alta demanda por atendimentos individuais como principal barreira para o manejo da obesidade, e dificuldades para realizar atendimentos coletivos. A ausência/insuficiência de materiais instrucionais (74,1%) também constituiu barreira importante. Os resultados da pesquisa foram divulgados em boletim informativo da CGAN/MS e utilizados na Oficina de *Experts*.



PARA SABER MAIS

LOPES, M. S. *et al.* Challenges for obesity management in a unified health system: the view of health professionals. *Family Practice*, p. 117, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1093/fampra/cmaa117>

Etapa 5: Proposição do conteúdo do Instrutivo

A partir das etapas anteriores foi proposto pela equipe do GIN/UFMG o Sumário do Instrutivo, que foi apreciado pela equipe da CGAN/MS e discutido na Oficina de *Experts*.

Etapa 6: Oficina de *Experts*

A Oficina foi realizada em Agosto de 2018 e contou com 21 participantes, incluindo profissionais de saúde da APS e AE; gestores municipais, estaduais e federais de saúde; e pesquisadores na área de obesidade e SUS. Os participantes debateram sobre as barreiras dos profissionais de saúde na APS e na AE para o cuidado de pessoas com obesidade; as teorias e ferramentas que deveriam nortear a construção do Instrutivo; a Estratégia proposta para o cuidado; e a proposta de Sumário do Instrutivo.

Diante da complexidade do tema e da necessidade do material ser robusto e de fácil utilização pelos profissionais de saúde, foi definido que o Instrutivo seria apresentado em dois diferentes materiais, sendo o primeiro sobre a abordagem coletiva, dada a necessidade de aprimoramento desta estratégia, e o segundo sobre a abordagem individual.

As discussões e sugestões colhidas na Oficina orientaram a revisão do Sumário, a redefinição da Estratégia proposta para o cuidado da pessoa com obesidade e a definição do conteúdo abordado nos capítulos.

Etapa 7: Elaboração do Instrutivo

O Instrutivo foi elaborado por equipe interdisciplinar composta por profissionais das áreas de Nutrição, Educação, Psicologia e Educação Física, oriundos de diferentes instituições: Universidade Federal de Minas Gerais, Universidade de Brasília, Universidade Federal de Ouro Preto, Universidade Federal de São João del-Rei, Faculdade Pitágoras de Belo Horizonte/MG e Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte/MG. E toda a sua construção foi realizada em conjunto com a equipe técnica da CGAN/MS.

Etapa 8: Oficina de validação

A versão preliminar do Instrutivo foi avaliada por *experts* em uma Oficina de Validação realizada em Agosto de 2019. Participaram da Oficina 17 participantes, incluindo profissionais de saúde da APS e AE; gestores municipais, estaduais e federais de saúde; e pesquisadores na área de obesidade e SUS, sendo quase em sua totalidade participantes da Oficina de *Experts* realizada em 2018.

Os convidados receberam previamente para leitura a versão preliminar impressa do Instrutivo e um questionário *online* para validação da relevância dos temas trabalhados, em relação à linguagem, abordagem e referências utilizadas. Foram realizadas discussões para avaliar o conteúdo dos capítulos, especialmente a Estratégia proposta para o cuidado da pessoa com obesidade e as propostas terapêuticas, analisando sua aplicabilidade e alinhamento com o SUS, entre outros aspectos.

O Instrutivo foi avaliado de forma bastante satisfatória, sendo apresentadas sugestões para direcionar a sua conclusão.

Etapa 9: Elaboração da versão final do Instrutivo

O Instrutivo foi revisado a partir das contribuições da Oficina de Validação, e diagramado.

Todo este processo de construção participativa foi fundamental para contemplar as diferentes visões e realidades de gestores, pesquisadores e profissionais de saúde que atuam no SUS, visando assim alcançar o adequado cuidado coletivo de pessoas com obesidade. Deixamos nosso sincero agradecimento a todos os participantes destas diferentes etapas, especialmente os profissionais de saúde do SUS envolvidos.



PARTICIPANTES OFICINA DE EXPERTS

Ana Paula A. Magalhães
Ana Luísa S. de Paiva Moura
Caroline Schilling Soares
Camila KümmeL Duarte
Daniela Souza Lima Campos
Danielle Rocha de Araújo
Elisabetta Gioconda Iole Giovanna Recine
Felipe de Oliveira Lopes Cavalcanti
Galzuinda Maria Figueiredo Reis
Gisele A. Bortolini
Gláucia de Oliveira Melgaço
Helyonara Magalhães dos Santos Ribeiro
Juzabe Souza Castro
Luana Caroline dos Santos
Mayla Magalhães de Sousa
Maria Elizarda Machado de Paula
Milena Serenini Bernardes
Nathan Mendes Souza
Patrícia Constante Jaime
Patrícia Sampaio Chueiri
Rafaela Gomes
Rosely Sichieri

PARTICIPANTES OFICINA DE VALIDAÇÃO

Ana Paula A. Magalhães
Ana Paula Torres de Camargos
Camila KümmeL Duarte
Dalvan Antônio de Campos
Daniela Souza Lima Campos
Danielle Rocha de Araújo
Débora Cristina Jubilini
Deise Warmling
Galzuinda Maria Figueiredo Reis
Juzabe Souza Castro
Luana Caroline dos Santos
Milena Serenini Bernardes
Nathan Mendes Souza
Patrícia Constante Jaime
Patrícia Sampaio Chueiri
Rafaela Gomes
Thais Fonseca Veloso de Oliveira

EQUIPE DE PLANEJAMENTO E DESENVOLVIMENTO DAS OFICINAS

Aline Cristine S. Lopes - Coordenadora
Caroline Otoni da Silva - Apoiadora
Clareci Silva Cardoso - Observadora
Hugo Marcos A. Vilhena Souza - Apoiador
Kelly Alves Magalhães - Observadora
Kelly Gomes Ferreira - Apoiadora
Maria Cecília R. de Carvalho - Apoiadora
Maria Natacha Toral Bertolin - Observadora
Mariana Carvalho de Menezes - Facilitadora

Mariana Oliveira Martiniano - Apoiadora
Mariana Souza Lopes - Apoiadora
Nathália Luíza Ferreira - Observadora
Patrícia Pinheiro de Freitas - Apoiadora
Priscila Lenita C. dos Santos - Apoiadora
Rayane Jeniffer R. Marques - Apoiadora
Sarah Liduário Rocha Silva - Apoiadora
Suellen Fabiane Campos - Facilitadora

O CUIDADO DA PESSOA COM OBESIDADE

O cuidado da pessoa com obesidade é um grande desafio para os profissionais de saúde nos diferentes pontos da Rede de Atenção à Saúde (RAS). A superação desse desafio demanda a reorganização dos serviços de saúde de forma a ofertar ações contínuas, colaborativas, efetivas e que contemplem a complexidade da obesidade. Neste sentido, serão abordados neste capítulo:



- O cuidado da pessoa com obesidade na Rede de Atenção à Saúde
- O empoderamento em saúde e o cuidado da pessoa com obesidade

3.1 O cuidado da pessoa com obesidade na Rede de Atenção à Saúde

A obesidade é uma doença crônica de etiologia multifatorial e um dos principais fatores de risco para outras doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) e para mortalidade no mundo (BRAY; KIM; WILDING, 2017; GLOBAL BURDEN OF DISEASE, 2017; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2018). No Brasil, em 2018, 55,7% da população adulta brasileira possuía excesso de peso (Índice de Massa Corporal - $IMC \geq 25 \text{ kg/m}^2$) e 19,8% obesidade ($IMC \geq 30 \text{ kg/m}^2$) (BRASIL, 2019). Diante disso, esforços se convergem para prevenir e controlar/estabilizar o seu aumento crescente (BRASIL, 2011; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2013).

O cuidado integral da pessoa com obesidade é um dos principais desafios na construção e desenvolvimento de ações efetivas. Neste Instrutivo, o cuidado integral será considerado como o desenvolvimento de ações interligadas, que perpassam pelos diferentes níveis de atenção e setores envolvidos na determinação social da saúde (**Box 3.1**), conforme as necessidades do sujeito (BRASIL, 2013c).



BOX 3.1 DETERMINANTES SOCIAIS DE SAÚDE

Definição: condições sociais em que as pessoas vivem e trabalham que repercutem na sua saúde.

Modelo adotado no Brasil: Dahlgren e Whitehead (2007), que dispõe os determinantes em camadas concêntricas, sendo a camada mais próxima referente aos determinantes individuais e a mais distante, aos macrodeterminantes. Entende-se que o estilo de vida individual está envolvido por redes sociais e comunitárias, e condições de vida e de trabalho, que se relacionam com condições socioeconômicas, culturais e ambientais.



Fonte: Mendes, 2012.

A obesidade resulta de uma complexa interação entre o ambiente; questões econômicas, sociais e culturais; os sistemas alimentares; e os fatores biológicos e de causa individual (Ex.: predisposição genética e o comportamento humano), que constituem seus macro e microdeterminantes sociais (**Quadro 3.1**). Nesta direção, destaca-se o ambiente, caracterizado pela facilidade de compras de alimentos de rápido preparo e consumo, pela exposição à propaganda ou a pressões sociais e culturais, pela tendência a comer fora do domicílio, que favorecem o consumo excessivo de alimentos com alta densidade energética e baixo teor de nutrientes (BRASIL; ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2014). Tais características da alimentação, associadas à inatividade física e às dificuldades de acesso a equipamentos públicos de promoção da saúde, constituem o chamado ambiente obesogênico¹.

¹ Confluência entre os ambientes físico, econômico, político e sociocultural que produzem oportunidades e condições que promovem a obesidade (SWINBURN; EGGER; RAZA, 1999).

Quadro 3.1 – Macro e microdeterminantes da obesidade

Macro-determinantes
<p>Fatores socioeconômicos e culturais:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Expansão das oportunidades de emprego, abarcando cada vez mais as mulheres, com redução do tempo disponível para preparação de alimentos e substituição das refeições tradicionais por alimentos ultraprocessados (AUP) de rápido preparo e consumo; sem necessariamente envolver os homens nas tarefas relativas à alimentação - Menor gasto de energia no trabalho devido à mecanização e difusão de novas tecnologias, e maior uso de meios de transporte mecanizados - Padronização da alimentação e gostos, e abandono da alimentação tradicional, provocada pela globalização <p>Mudanças nos sistemas alimentares:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Os modos de produzir, abastecer, distribuir, comercializar e consumir se encontram majoritariamente orientados pela lógica de aumento da produtividade e do lucro, impactando negativamente nos alimentos disponibilizados (AUP em sua maioria), no meio ambiente, na distribuição das riquezas e das terras, nas relações sociais e de emprego <p>Fatores ambientais:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Menor acesso a espaços seguros para prática de atividade física - Maior acesso a transporte motorizado - Maior acesso a trabalho mecanizado e informatizado - Maior disponibilidade e variedade de AUP a preços mais baixos e locais de fácil acesso - Aumento do tamanho das porções de alimentos e bebidas, a um custo adicional mínimo - Propaganda, especialmente na televisão, que incentiva o consumo de AUP, com alta densidade energética e baixa densidade de nutrientes
Micro-determinantes
<p>Fatores biológicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Envelhecimento, que implica naturalmente em aumento progressivo da massa gorda com o passar dos anos e a redução progressiva da massa livre de gordura - Paridade - mulheres retêm peso após a gestação <p>Fatores comportamentais:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Consumo cada vez maior de AUP, energeticamente densos e com alto teor de açúcares, gorduras e sal, em detrimento de alimentos <i>in natura</i> ou minimamente processados - Redução no nível de atividade física no trabalho e no lazer - Hábito de comer em frente à televisão, computador ou outras telas, sem atenção e de maneira rápida - Escolha por locais que oferecem quantidades ilimitadas de alimentos, como estabelecimentos comerciais do tipo <i>fast food</i> - Consumo de bebidas alcoólicas - Horas de sono insuficiente

Fonte: Adaptado de Brasil; Organização Pan-Americana da Saúde, 2014.

O enfrentamento da obesidade demanda ações intersetoriais capazes de influenciar seus múltiplos determinantes, atuando de maneira articulada e conjunta para o seu manejo. Para isto, devem favorecer o acesso e a escolha de alimentos saudáveis, estimular o resgate e valorização da culinária e da comida



tradicional, possibilitar o acesso a equipamentos públicos para prática de atividade física, desenvolver modos de produção ambiental e socialmente sustentáveis, promover regulação e produção de alimentos, entre outros fatores (BRASIL; ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2014).

Entretanto, para que o cuidado integral da pessoa com obesidade se efetive, é necessário que as ações sejam realizadas no âmbito da RAS, de forma organizada, qualificada, centrada na pessoa e ofertadas por equipes multiprofissionais, de modo a favorecer a manutenção ou a recuperação do peso saudável e a adoção de estilo de vida saudável. É essencial que a RAS articule outros saberes, serviços e instituições visando fortalecer a rede de apoio social na construção de intervenções compartilhadas, que possibilitem a criação de vínculos, a corresponsabilidade e a cogestão para um cuidado mais resolutivo (BRASIL, 2014a; DIAS *et al.*, 2017; MENDES, 2011; 2012).

Na RAS, a APS é o primeiro contato com o usuário e responsável por coordenar o cuidado e realizar seu acompanhamento longitudinal. A AE, por sua vez, auxilia a APS no cuidado de pessoas com condições de saúde mais complexas, que demandem abordagens com maior densidade tecnológica e intervenção terapêutica, e daqueles sem sucesso no tratamento da obesidade por pelo menos dois anos (**Quadro 3.2**) (BRASIL, 2013b; MENDES, 2012).

Quadro 3.2 – Atribuições dos pontos de atenção da RAS no cuidado da pessoa com obesidade

Atribuições da APS	Atribuições da AE
<ul style="list-style-type: none"> - Realizar vigilância alimentar e nutricional visando estratificação de risco para o cuidado de usuários com excesso de peso - Realizar, de forma intersetorial e com participação popular, ações de promoção da saúde e prevenção da obesidade - Apoiar autocuidado para manter e recuperar o peso saudável - Prestar assistência terapêutica multiprofissional para usuários com sobrepeso e obesidade - Garantir acolhimento - Coordenar o cuidado dos usuários referenciados para outros pontos de atenção 	<ul style="list-style-type: none"> - Prestar apoio matricial à APS - Prestar assistência ambulatorial especializada multiprofissional a adultos com IMC\geq30 kg/m² e comorbidades, e IMC\geq40 kg/m², quando esgotadas possibilidades terapêuticas na APS - Identificar e encaminhar usuários com indicação cirúrgica - Prestar assistência terapêutica multiprofissional pré e pós-operatória - Contrarreferenciar para APS

Fonte: Brasil, 2013b.

Nota: APS = Atenção Primária à Saúde; AE = Atenção Especializada; IMC = Índice de Massa Corporal.

Considerando as atribuições da APS e da AE, existem recomendações com alto nível de evidência² quanto à assistência terapêutica de usuários com sobrepeso e obesidade (AUSTRALIA, 2013):

- *Níveis de evidência A:* mudança no estilo de vida, incluindo redução na ingestão energética, aumento da atividade física e adoção de medidas para apoiar a mudança de comportamento. Recomenda-se pelo menos 150-300 minutos de atividade física aeróbica com intensidade moderada; ou pelo menos 75-150 minutos de atividade física aeróbica com intensidade vigorosa; ou uma combinação equivalente de atividades com intensidade moderada e vigorosa ao longo da semana para alcançar benefícios à saúde, associada à redução da ingestão dietética; as intervenções alimentares deverão produzir um déficit de energia de 600 kcal/dia, considerando as preferências alimentares individuais; e a cirurgia bariátrica para adultos que atendem aos critérios.
- *Níveis de evidência B:* uso da tecnologia de comunicação, incluindo ligação telefônica, e-mail, mensagem de aplicativo para aumentar a eficácia de intervenções no estilo de vida. Entretanto, as evidências não suportam a substituição de intervenções humanas pela tecnologia.

Para que a RAS possa ser resolutiva é essencial que sua organização seja pautada em um modelo de atenção à saúde adequado, ou seja, proativo, integrado e contínuo, que antecipe as necessidades da população. Neste sentido, Mendes (2012) propõe o Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC). Veja no **Quadro 3.3** os elementos do MACC e ações práticas de cuidado de usuários com obesidade que podem ser implementadas em seu cotidiano de trabalho.

² Nível de evidência representa a confiança na informação utilizada em apoio a determinada recomendação. É classificada em quatro níveis: alto (A), moderado (B), baixo (C), muito baixo (D). O ponto de partida na avaliação da qualidade da evidência é o delineamento de pesquisa. Ensaios clínicos randomizados (começam com nível de evidência alto) e estudos observacionais (começam com nível de evidência baixo) podem ter a qualidade da evidência reduzida, devido à presença de limitações metodológicas referentes ao seu delineamento ou execução (BRASIL, 2014b).



Quadro 3.3 – Elementos do Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC) e o cuidado de usuários com obesidade

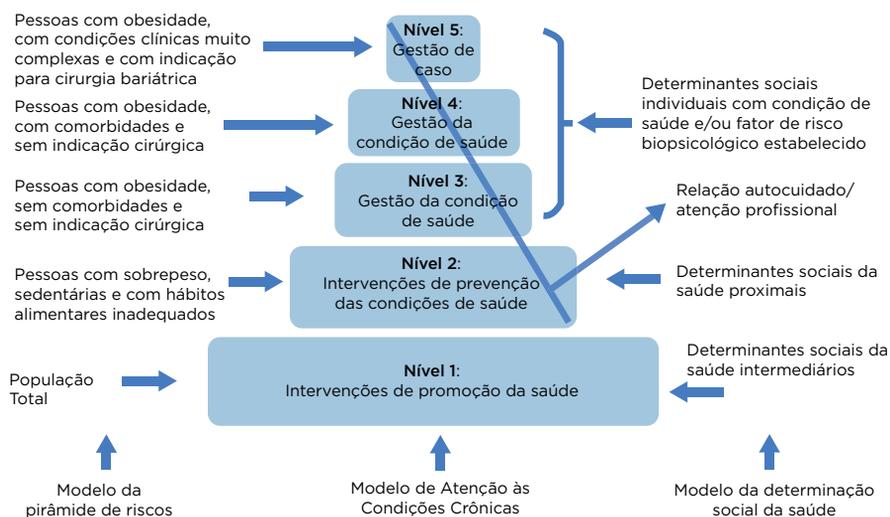
Elementos	Ações relacionadas ao cuidado da pessoa com obesidade
Organização da atenção à saúde	<ul style="list-style-type: none"> - APS como coordenadora do cuidado - Garantir comunicação e fluxo de informações de usuários com obesidade nos pontos de atenção - Garantir integração de eSF e profissionais de outros pontos da rede. (Ex.: NASF-AB ou AE) - Prover incentivo segundo a qualidade da atenção ofertada (Ex.: Programa Nacional de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica - PMAQ-AB)
Desenho do sistema de prestação de serviços	<ul style="list-style-type: none"> - Definir e distribuir tarefas entre os membros da equipe multidisciplinar - Expandir a abordagem para além do atendimento individual tradicional (Ex.: atendimento compartilhado, Projeto Terapêutico Singular, atendimento domiciliar, grupos terapêuticos, etc.) - Buscar equilíbrio entre demanda espontânea e programada - Estratificar casos e ofertar a atenção segundo as necessidades do usuário - Utilizar a gestão de caso para condições de saúde mais complexas - Monitorar pessoas com obesidade para avaliar as intervenções utilizadas
Suporte às decisões	<ul style="list-style-type: none"> - Definir ações de saúde baseadas em evidências científicas - Usar ferramentas de educação permanente e de educação em saúde - Envolver profissionais de apoio para suporte às eSF
Sistemas de informação em saúde	<ul style="list-style-type: none"> - Disponibilizar informações dos usuários e do território para oferta harmônica e contínua do cuidado (Ex.: Sistema e-SUS Atenção Básica - e-SUS AB e Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica - SISAB)
Autocuidado apoiado	<ul style="list-style-type: none"> - Reconhecer papel central dos usuários na atenção à saúde e desenvolver o sentido da autorresponsabilidade sanitária - Promover cooperação entre equipe e usuários - Definir os problemas, estabelecer prioridades, propor metas, elaborar planos de cuidado e monitorar resultados, conjuntamente com o usuário
Recursos da comunidade	<ul style="list-style-type: none"> - Integrar com os programas comunitários efetivos - Incentivar o uso de espaços (Ex.: praças, Centros de Assistência Social, Academia da Saúde, associações, etc.) e potências do território para realizar ações de cuidado

Fonte: Mendes, 2012.

Nota: APS = Atenção Primária à Saúde; eSF = equipes de Saúde da Família; NASF-AB = Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica; AE = Atenção Especializada.

No MACC, a organização da atenção é realizada pela estratificação de riscos (**Figura 3.1**). Neste sentido, é necessário pensar em ações de cuidado considerando a complexidade de cada caso e o tipo de atenção demandada, uma vez que usuários com grau de obesidade semelhante podem demandar cuidado profissional em intensidades diferentes (MENDES, 2012). Essa estratificação de riscos requer que a equipe de saúde conheça a população (usuário e sua família) e o território, permitindo identificar redes de apoio para o cuidado. Veja a seguir as estratificações de risco aplicadas ao manejo da obesidade (**Figura 3.1**) (BRASIL, 2013b; MENDES, 2012):

Figura 3.1 – Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC) para o cuidado da pessoa com obesidade



Fonte: Adaptado de Mendes, 2011.

- *Níveis 1 e 2:* pessoas não possuem obesidade, que demandam ações de promoção da saúde e prevenção da obesidade, de forma a alcançar e/ou manter níveis saudáveis do peso corporal, dos hábitos alimentares e da prática de atividade física;
- *Nível 3:* pessoas com obesidade, sem comorbidades ou indicação cirúrgica de tratamento. Demandam intervenções de autocuidado apoiado ofertadas pela eSF ou equivalente, com ênfase na atenção multiprofissional;



- *Nível 4:* pessoas com obesidade e comorbidades, mas sem indicação cirúrgica de tratamento. Possuem maior necessidade da atenção cooperativa da eSF ou equivalente, do Núcleo Ampliado de Saúde da Família da Atenção Básica (NASF-AB) e da AE;
- *Nível 5:* pessoas com obesidade, condições crônicas muito complexas e indicação de tratamento cirúrgico ($IMC \geq 40 \text{ kg/m}^2$, sem sucesso no tratamento longitudinal realizado por no mínimo dois anos na APS ou com $IMC \geq 50 \text{ kg/m}^2$). Demandam a gestão de caso, com bastante cuidado profissional em todos os pontos de atenção e sistemas de apoio da RAS e grande participação dos profissionais da AE.

É importante lembrar que, ainda que o usuário esteja nos níveis 3, 4 ou 5 no MACC é imprescindível avaliar se ele se sente preparado e confiante para realizar o tratamento da obesidade. Para isso, pode ser utilizada a avaliação de estágios de mudança e de autoeficácia, como preconizado pelo Modelo Transteórico, temas abordados no **Capítulo 4** do Instrutivo e utilizados no delineamento da **Estratégia para Cuidado da Pessoa com Obesidade (Capítulo 7)**.

3.2 Empoderamento em saúde e o cuidado da pessoa com obesidade

O cuidado da pessoa com obesidade deve incentivar o usuário a atuar como protagonista do seu cuidado visando a maior resolutividade (MENDES, 2012). Veja no **Quadro 3.4** estratégias de suporte ao cuidado e proposições práticas que podem ser úteis neste sentido.

O empoderamento do profissional também deve ser fortalecido pelo desenvolvimento de competências e habilidades mediante a **busca de conhecimento e apoio em fontes seguras de informação; o desenvolvimento de intervenções pautadas em teorias e em evidências científicas; e o aprimoramento do apoio matricial.**

A discussão dos casos e o compartilhamento de informações entre os profissionais devem ser pautados em diretrizes clínicas baseadas nas melhores evidências científicas e serem traduzidos e informados aos usuários para que compreendam a atenção prestada e participem ativamente no cuidado (MENDES, 2012; REIS; PASSOS; SANTOS, 2018). O Brasil iniciou, em 2018, a elaboração do Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) de Sobrepeso e Obesidade (REDE DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE, 2018), que será bastante útil para o adequado manejo da obesidade.

Quadro 3.4 – Estratégias de suporte ao cuidado e respectivas proposições práticas a serem utilizadas pelas equipes de saúde no cuidado da pessoa com obesidade

Estratégia	Conceito	Proposição prática
Empoderamento	Processo pelo qual indivíduos ou grupos desenvolvem habilidades e capacidades para a tomada de decisão e controle sobre suas vidas e os determinantes sociais de saúde	<ul style="list-style-type: none"> • Motivar participação ativa do usuário nas ações de saúde • Incentivar reflexão crítica sobre as práticas de saúde • Promover encontros participativos e compreensíveis • Promover diálogo, comunicação, e intercâmbio de informações e experiências por meio de estratégias educativas participativas (Ex.: roda de conversa, oficina, etc.)
Atenção centrada na pessoa	Baseia-se no: <ul style="list-style-type: none"> • Empoderamento do usuário para o cuidado • Compartilhamento de responsabilidades e poder entre equipe de saúde e usuário • Apoio à autonomia e individualidade do usuário 	<ul style="list-style-type: none"> • Estabelecer agenda comum entre profissional e usuário • Compartilhar informações • Praticar a decisão compartilhada
Corresponsabilização	Responsabilidade compartilhada do cuidado entre diferentes categorias profissionais, usuário e sua rede sociofamiliar	<ul style="list-style-type: none"> • Compartilhar decisões e responsabilidades • Incluir o usuário e sua rede no cuidado • Promover a intersetorialidade do cuidado, abarcando as diferentes especialidades
Autocuidado apoiado	Gestão colaborativa do cuidado, na qual profissionais de saúde deixam de ser prescritores para serem parceiros dos usuários	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar estado de saúde e informar ao usuário • Realizar o aconselhamento em saúde • Elaborar, com o usuário, o plano de cuidado • Construir, com o usuário, metas realistas de tratamento • Acompanhar e monitorar a evolução do usuário para aprimorar o plano de cuidado

Fonte: Brasil, 2013a, 2013b, 2014a, 2016; Cavalcanti; Oliveira, 2012; Mendes, 2012.

Mas, além de dispor de diretrizes clínicas, é imprescindível que o profissional de saúde também planeje e desenvolva ações interdisciplinares de cuidado da pessoa com obesidade, individuais e coletivas. Neste contexto, o matriciamento é essencial por possibilitar a construção conjunta



de conhecimento (eixo técnico-pedagógico) e permitir a construção de planos de cuidado compartilhados (eixo clínico-assistencial), constituindo rico espaço para a atenção centrada na pessoa. Ademais, favorece a atuação sobre os determinantes sociais da saúde, contribuindo para o enfrentamento efetivo da obesidade (BRASIL, 2014a; MENDES, 2012).

Veja no **Box 3.2** algumas atividades que podem ser realizadas para a articulação de profissionais para o apoio matricial no cuidado de usuários com obesidade.

BOX 3.2

PROPOSTA DE AÇÕES PARA O APOIO MATRICIAL NO CUIDADO DO USUÁRIO COM OBESIDADE

- Discutir conjuntamente com profissionais da eSF, NASF-AB e AE o tema “Obesidade” e estratégias para sua prevenção e controle
- Ações de educação permanente para profissionais da eSF, NASF-AB e AE
- eSF planejar e realizar reuniões de matriciamento com profissionais do NASF-AB e da AE para discussão dos casos e pactuação das ações
- eSF discutir com os profissionais do NASF-AB e da AE propostas de ações e condutas que a própria eSF pode realizar nos níveis individual e coletivo
- eSF planejar e realizar intervenções conjuntas com os profissionais do NASF-AB (Ex.: atendimentos individuais, compartilhados e domiciliares; atividades coletivas; ações no território, etc.)
- eSF desenvolver ações de promoção da saúde e de cuidado da obesidade (Ex.: grupos de promoção da alimentação adequada e saudável, e atividades físicas no Programa Academia da Saúde mediante apoio do NASF-AB)
- eSF pactuar intervenções específicas dos profissionais do NASF-AB e da AE, com discussão e repactuação permanentes
- AE fornecer suporte virtual (Ex.: telefone, e-mail, etc.) em casos de dúvidas das eSF
- Construir Projetos Terapêuticos Singulares para os casos mais complexos

Fonte: Adaptado de Brasil, 2014d.

Nota: eSF = equipe de Saúde da Família; NASF-AB = Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica; AE = Atenção Especializada.

É urgente a (re)organização da RAS a partir de um modelo de atenção voltado para as DCNT e o adequado enfrentamento da obesidade. Destaca-se a necessidade de empoderar o profissional de saúde para que de fato seja possível a ele atuar de forma colaborativa, buscando oportunidades de educação permanente e aprimoramento do apoio matricial. É fundamental também a transformação das práticas de saúde, tanto entre os profissionais da RAS, quanto entre os usuários, visando a participação proativa, respeitosa e fortalecida por vínculos.



MENSAGENS CENTRAIS DO CAPÍTULO

- Obesidade resulta de uma complexa interação entre o ambiente; questões econômicas, sociais e culturais; os sistemas alimentares; e os fatores biológicos e de causa individual
- O cuidado da pessoa com obesidade deve ser realizado pela RAS, de forma organizada, qualificada, centrada na pessoa e ofertado por equipes multiprofissionais, com ações ordenadas e integrais, que apoiem os indivíduos na adoção de modos de vida saudáveis, favorecendo a manutenção ou a recuperação do peso saudável
- Para o adequado manejo da obesidade, a RAS deve-se pautar no Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC), visando garantir a integralidade do cuidado, e no autocuidado apoiado, para promover o empoderamento e a autonomia do usuário para o cuidado de sua saúde
- É necessário promover o empoderamento dos profissionais de saúde, visando a construção de estratégias efetivas e resolutivas de cuidado, pautadas em evidências científicas e fontes confiáveis de informação



PARA SABER MAIS

- 1. Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC):**
Capítulos 5, 6 e 7 do livro: MENDES, E. V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família**. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.
- 2. Conceito de obesidade:**
BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: obesidade**. Brasília, DF: MS, 2014. 212 p.
- 3. Contribuições do NASF-AB para a atenção nutricional:**
BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Contribuições dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família para a atenção nutricional**. Brasília, DF: MS, 2017. 39 p.: il. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/contribuicoes_nasf_para_atencao_nutricional.pdf. Acesso em: 16 jul. 2020.
- 4. Apoio matricial:**
Departamento de Atenção Básica. Apoio Matricial - NASF-AB. 2018. (6m51s). Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=414AIDRTPno>. Acesso em: 4 nov. 2018.
- 5. Cuidado em saúde:**
BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Secretaria de Vigilância em Saúde. Glossário Temático: promoção da saúde. Brasília, DF: MS, 2013. Disponível em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/glossario_tematico_promocao_saude.pdf. Acesso em: 5 nov. 2018.
- 6. Autocuidado apoiado:**
Conass oficial. Auto Cuidado Apoiado. 2013. (6m57s). Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=q3oLUNca23Q>. Acesso em: 4 nov. 2018.



REFERÊNCIAS

AUSTRÁLIA. National Health and Medical Research Council. Department of Health. **Clinical practice guidelines for the management of overweight and obesity in adults, adolescents and children in Australia**. Melbourne: National Health and Medical Research Council, 2013.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização**. Brasília, DF: MS 2013a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 424, de 19 de março de 2013**. Redefine as diretrizes para a organização da prevenção e do tratamento do sobrepeso e obesidade como linha de cuidado prioritária da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas. Brasília, DF: MS, 2013b. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0424_19_03_2013.html. Acesso em: 16 jul. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Glossário temático: promoção da saúde**. Brasília, DF: MS, 2013c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: obesidade**. Brasília, DF: MS, 2014a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Núcleo de Apoio à Saúde da Família**. Brasília, DF: MS, 2014b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. **Diretrizes metodológicas: Sistema GRADE: manual de graduação da qualidade da evidência e força de recomendação para tomada de decisão em saúde**. Brasília, DF: MS, 2014c.

BRASIL. Ministério da Saúde; ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Perspectivas e desafios no cuidado às pessoas com obesidade no SUS: resultados do Laboratório de Inovação no manejo da obesidade nas Redes de Atenção à Saúde**. Brasília, DF: MS, 2014d.

BRASIL. Ministério da Saúde; UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. **Instrutivo: metodologia de trabalho em grupos para ações de alimentação e nutrição na atenção básica**. Brasília, DF: MS, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. **Vigitel Brasil 2018: Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2018**. Brasília, DF: MS, 2019.

BRAY, G. A.; KIM, K. K.; WILDING, J. P. H. Obesity: a chronic relapsing progressive disease process: a position statement of the World Obesity Federation. **Obesity Reviews**, [s. l.], v. 18, n. 7, p. 715-723, 2017.

CAVALCANTI, A. M.; OLIVEIRA, A. C. L. (Org.). **Autocuidado apoiado**: manual do profissional de saúde. Curitiba: Secretaria Municipal de Saúde, 2012. Disponível em: <http://apsredes.org/site2012/wpcontent/uploads/2012/06/Autocuidado-Apoiado.pdf>. Acesso em: 20 nov. 2018.

DAHLGREN, G.; WHITEHEAD, M. **Policies and strategies to promote social equity in health**: background document to WHO – strategy paper for Europe. Stockolm: Arbetsrapport/Institutet for Framtidsstudier, 2007.

DIAS, P. C. *et al.* Obesidade e políticas públicas: concepções e estratégias adotadas pelo governo brasileiro. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 7, p. e00006016, 2017.

GLOBAL BURDEN OF DISEASE. Health effects of overweight and obesity in 195 countries over 25 years. **New England Journal of Medicine**, [s. l.], v. 377, n. 1, p. 13-27, 2017.

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

MENDES, E. V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde**: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.

REDE DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) de sobrepeso e obesidade**. 2018. Disponível em: http://ecos-redenuutri.bvs.br/tiki-view_blog_post.php?postId=109. Acesso em: 20 nov. 2018.

REIS, E. C.; PASSOS, S. R. L.; SANTOS, M. A. B. Quality assessment of clinical guidelines for the treatment of obesity in adults: application of the AGREE II instrument. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 6, p. e00050517, 2018.

SWINBURN, B.; EGGER, G.; RAZA, F. Dissecting obesogenic environments: the development and application of a framework for identifying and prioritizing environmental interventions for obesity. **Preventive Medicine**, [s. l.], v. 29, n. 6, p. 563-570, 1999.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013-2020**. Genebra: WHO, 2013. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/94384/9789241506236_eng.pdf;jsessionid=505AB969E459B39BFE7DA-EC9FAEA7B78?sequence=1. Acesso em: 11 nov. 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Health topics**: obesity. 2018. Disponível em: <https://www.who.int/topics/obesity/en/>. Acesso em: 4 nov. 2018.



REFERENCIAL TEÓRICO PARA ABORDAGEM COLETIVA DA PESSOA COM OBESIDADE

Dada a complexidade da obesidade é essencial que as ações se pautem em referenciais teóricos. Neste capítulo apresentamos os princípios e teorias que basearam o Instrutivo.



- Marco de Referência de Educação Alimentar e Nutricional para as Políticas Públicas e Guia Alimentar para a População Brasileira: referências para as ações no setor saúde
- Abordagem crítico-reflexiva
- Mudança de comportamentos em saúde

4.1 Marco de Referência de Educação Alimentar e Nutricional para as Políticas Públicas e Guia Alimentar para a População Brasileira: referências para as ações no setor saúde

O *Marco de Referência de Educação Alimentar e Nutricional para as Políticas Públicas*, publicado em 2012 (BRASIL, 2012), resulta de intenso processo coletivo de construção com a participação de diferentes setores, incluindo universidade, sociedade civil e governo. Ele propõe um avanço no conceito de Educação Alimentar e Nutricional (EAN)³, ao contemplar o Direito Humano à Alimentação Adequada e Saudável e a garantia da

³ EAN, no contexto da realização do Direito Humano à Alimentação Adequada e da garantia da Segurança Alimentar e Nutricional, é um campo de conhecimento e de prática contínua e permanente, transdisciplinar, intersetorial e multiprofissional que visa promover a prática autônoma e voluntária de hábitos alimentares saudáveis. A sua prática deve fazer uso de abordagens e recursos educacionais problematizadores e ativos que favoreçam o diálogo em todas as fases do curso da vida, etapas do sistema alimentar e os significados que compõem o comportamento alimentar (BRASIL, 2012).



Segurança Alimentar e Nutricional. E, para isto, preconiza que as ações de EAN sejam pautadas nos princípios (BRASIL, 2012):

1. Sustentabilidade social, ambiental e econômica;
2. Abordagem integral do sistema alimentar;
3. Valorização da cultura alimentar local e respeito à diversidade;
4. Comida e alimento como referências, e culinária como prática emancipatória;
5. Promoção do autocuidado e da autonomia;
6. Educação como processo permanente e gerador de autonomia, e participação ativa e informada;
7. Diversidade nos cenários de prática;
8. Intersetorialidade;
9. Planejamento, avaliação e monitoramento das ações.

Em consonância com o *Marco* e com o cenário atual de saúde e de alimentação e nutrição brasileiro, o Ministério da Saúde publicou, em 2014, a segunda edição do *Guia Alimentar para a População Brasileira* (BRASIL, 2014a). A sua elaboração foi subsidiada por documentos da Organização Mundial da Saúde (OMS) que orientam a elaboração e atualização de guias alimentares, e evidências científicas sobre o impacto do grau de processamento dos alimentos sobre a saúde e o sistema alimentar, mediante a participação da sociedade civil, universidades e governo (BRASIL, 2014a, 2015).

O Guia Alimentar apresenta cinco princípios e dez recomendações para uma alimentação adequada e saudável. Os princípios abordam, de forma resumida, que a alimentação envolve as dimensões culturais e sociais do alimento, e não só a ingestão de nutrientes. Explicita que a alimentação para ser adequada, deve gerar autonomia para escolhas e se pautar em formas de produção e distribuição justas, e que para a elaboração de um Guia é necessário considerar diferentes saberes, estar em sintonia com seu tempo e considerar a evolução da alimentação e da saúde da população. A partir destes princípios tem-se então no Guia os “*Dez Passos para uma Alimentação Adequada e Saudável*” (**Box 4.1**) para serem utilizados em todas as fases da vida, e adaptados para condições específicas, como a obesidade (BRASIL, 2014a).

BOX 4.1

DEZ PASSOS PARA UMA ALIMENTAÇÃO ADEQUADA E SAUDÁVEL

- 1 - Fazer de alimentos *in natura* ou minimamente processados a base da alimentação
- 2 - Utilizar óleos, gorduras, sal e açúcar em pequenas quantidades ao temperar e cozinhar alimentos e criar preparações culinárias
- 3 - Limitar o consumo de alimentos processados
- 4 - Evitar o consumo de alimentos ultraprocessados
- 5 - Comer com regularidade e atenção, em ambientes apropriados e, sempre que possível, com companhia
- 6 - Fazer compras em locais que ofertem variedades de alimentos *in natura* ou minimamente processados
- 7 - Desenvolver, exercitar e partilhar habilidades culinárias
- 8 - Planejar o uso do tempo para dar à alimentação o espaço que ela merece
- 9 - Dar preferência, quando fora de casa, a locais que servem refeições feitas na hora
- 10 - Ser crítico quanto a informações, orientações e mensagens sobre alimentação veiculadas em propagandas comerciais

Fonte: Brasil, 2014a.

Estes *Dez Passos* orientam as escolhas alimentares, enfatizando a aquisição e o preparo dos alimentos, comportamentos associados às refeições e a crítica quanto às informações sobre alimentação e nutrição. Não incluem quantidades de alimentos, porções ou valor energético recomendado, visto que as necessidades alimentares individuais são diversas, e a variedade de alimentos disponíveis no Brasil permite infinitas combinações adequadas e saudáveis.

O Guia Alimentar utiliza uma classificação dos alimentos baseada na extensão e propósito de seu processamento industrial (**Box 4.2**), resumida em uma “**regra de ouro**”: “*Prefira sempre alimentos in natura ou minimamente processados e preparações culinárias a alimentos ultraprocessados*”. Ele apresenta ainda sugestões de como contornar possíveis obstáculos para adesão às recomendações. Todas estas questões são trabalhadas nas atividades propostas no **Caderno de Atividades Educativas** do Instrutivo.



BOX 4.2

CLASSIFICAÇÃO DOS ALIMENTOS SEGUNDO EXTENSÃO E GRAU DE PROCESSAMENTO

Alimentos *in natura* ou minimamente processados

Obtidos diretamente de plantas ou animais, e adquiridos em sua forma original ou depois de modificações simples (limpeza, secagem, remoção de partes não comestíveis, fermentação, resfriamento ou congelamento). Ex.: frutas, verduras e legumes frescos, grãos (feijões, grão de bico, etc.) e cereais (arroz, milho, trigo, etc.), carnes frescas, ovos, raízes e tubérculos, frutas secas, sucos naturais, água, chás e café



Abacaxi

Ingredientes culinários: óleos, gorduras, sal e açúcar

Obtidos a partir de alimentos *in natura* ou diretamente da natureza e utilizados em preparações culinárias. Ex.: sal de cozinha, açúcar, óleos vegetais variados e gorduras animais



Açúcar

Alimentos processados

Preparados a partir da adição de ingredientes culinários aos alimentos *in natura* ou minimamente processados para aumentar a durabilidade possíveis de serem produzidos na cozinha doméstica. Ex.: legumes em conserva, extrato de tomate, queijos simples, pães simples, compotas ou geleias de frutas, carne seca, carnes e peixes conservados em salmoura ou em óleo



Abacaxi em calda

Alimentos ultraprocessados

Produtos industriais, impossíveis de serem produzidos na cozinha. Seus componentes principais são substâncias derivadas de alimentos (amido e gorduras) ou produzidas em laboratório (aditivos). Não possuem semelhança com o alimento *in natura* original e têm composição nutricional desbalanceada. Ex.: refrigerantes, sucos de caixa ou pó, molho pronto, massa de bolo pronto, bebida láctea adoçada, produtos prontos para aquecer ou comer, salgadinho de pacote, pão industrializado, embutidos, etc.



Refresco sabor abacaxi

Fonte: BRASIL, 2014a.

4.2 Abordagem crítico-reflexiva

O *Marco de Referência de EAN para as Políticas Públicas* recomenda que as ações de EAN aconteçam a partir de atividades reflexivas e geradoras de autonomia, em contraponto à educação bancária (BRASIL, 2012; BRASIL; UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS, 2016). A educação bancária se caracteriza pelo educador como detentor do conhecimento, e o educando como aquele que desconhece. Dessa forma, valoriza a passividade, a repetição e a memorização de conteúdos; de forma desconectada com a realidade vivida; propondo a aceitação e a adaptação em vez de conscientizar e transformar (FREIRE, 1970).

A educação tem de ser libertadora, baseada na crença da capacidade criadora dos homens, “que leve os seres humanos a “serem mais” humanos, políticos, conscientes e livres”. Nessa proposta, a libertação não é algo que se deposita nos homens, mas é fruto da sua reflexão sobre o mundo e sobre as ações necessárias para transformá-lo (FREIRE, 1970). O resultado maior da educação é superar o senso comum pelo conhecimento crítico, e a partir desse novo conhecimento, se emancipar para a busca de melhores condições de vida e dignidade (BRASIL, 2012; FREIRE, 1970, 2014).

A abordagem crítico-reflexiva pode ser orientadora de mudanças positivas das práticas de saúde e das ações educativas (BRASIL, 2004, 2012; FREIRE, 1970, 2014), sendo, por isto, um dos referenciais da Política Nacional de Educação Popular em Saúde (PNEPS-SUS) (BRASIL, 2013). Esta política objetiva implementar a Educação Popular em Saúde no SUS, contribuindo para a participação popular, a gestão participativa, o controle social, o cuidado, a formação e as práticas educativas em saúde (BRASIL, 2013). Sua origem está no conceito de saúde como direito e fenômeno influenciado por determinantes sociais (BRASIL; UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS, 2016; MENDES, 2012), de forma a produzir ações pautadas em metodologias dialógicas e promotoras de autonomia (BRASIL; UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS, 2016).

4.3 Mudança de comportamentos em saúde

A mudança de comportamentos de saúde envolve distintos graus de motivação e prontidão para mudar. Intervenções tradicionais, baseadas em modelos pedagógicos verticais e na transmissão de conteúdo, tendem a ser pouco efetivas. Já intervenções baseadas em referencial teórico e em evidências científicas tendem a alcançar maior sucesso (MELO *et al.*, 2017).

Nesse sentido, diferentes teorias, na maioria das vezes provenientes do campo da Psicologia, têm sido utilizadas. Entre elas, se destacam pelo seu potencial e recomendação em materiais do Ministério da Saúde e disponibilidade de evidências científicas, o Modelo Transteórico (MT) e a Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC). Revisão sistemática de estudos de intervenção utilizando o MT mostrou que seu uso é efetivo na mudança de hábitos alimentares e na prática de atividade física (MENEZES *et al.*, 2016). Em meta-análise observou-se que estratégias cognitivo-comportamentais favorecem a adesão de usuários com obesidade ao tratamento e melhoram a prática de atividade física (BURGESS *et al.*, 2017).



4.3.1 O Modelo Transteórico (MT)

O MT pressupõe que a prontidão para mudança de comportamento se dá em estágios, que devem ser considerados no planejamento, desenvolvimento e avaliação de intervenções visando maior adesão e êxito (PROCHASKA; DI CLEMENTE; NORCROSS, 1992). Estudos recentes de intervenção e de revisão sistemática voltados para alimentação e nutrição mostraram bons resultados do MT no SUS, como redução na ingestão de gorduras, aumento no consumo de frutas e hortaliças e redução do peso (FREITAS, 2015; MENEZES *et al.*, 2015, 2016).

O MT compreende quatro pilares: estágios de mudança, equilíbrio de decisões, autoeficácia e processos de mudança. No **Quadro 4.1** estão apresentados o conceito de cada pilar e a sua aplicação ao manejo da obesidade (PROCHASKA; DI CLEMENTE; NORCROSS, 1992).

Quadro 4.1 – Pilares do Modelo Transteórico aplicados ao manejo da obesidade

Estágios de mudança
<p>Representam a motivação da pessoa com obesidade para reduzir peso. São eles:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pré-contemplação – a pessoa não pretende reduzir peso nos próximos 6 meses • Contemplação – pessoa pretende reduzir peso nos próximos 6 meses, mas ainda não faz planos concretos para o próximo mês • Preparação ou Decisão – pessoa pretende reduzir peso nos próximos 30 dias • Ação – pessoa já adotou mudanças de comportamento visando o peso saudável, mas há pouco tempo (menos de 6 meses) • Manutenção – pessoa já adotou mudanças de comportamento visando o peso saudável há 6 meses ou mais
Equilíbrio de decisões
<p>Balço entre as vantagens e desvantagens de adotar um novo comportamento, ou seja, os prós e contras de mudar, de reduzir peso, na ótica da pessoa com obesidade. À medida que a pessoa avança nos estágios de mudança, o equilíbrio de decisões é mais positivo, visualizando mais benefícios do que barreiras para mudar</p>
Autoeficácia
<p>É quanto a pessoa com obesidade se sente capaz de mudar e manter o novo comportamento. É a confiança que ela tem em si própria em relação à redução de peso. À medida que evolui nos estágios, a autoeficácia tende a aumentar</p>
Processos de mudança*
<p>Constituem estratégias para favorecer a evolução entre os estágios de mudança, e podem ser:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cognitivos – focam na consciência sobre o próprio comportamento e suas consequências. São eles: aumento de consciência, alívio dramático, reavaliação do ambiente, auto-reavaliação, liberação social • Comportamentais – atividades mais específicas e personalizadas para adotar ou manter o novo comportamento. São eles: auto-liberação, controle de estímulos, administração de contingências, relacionamentos de auxílio e condicionamento contrário

Fonte: Prochaska; Di Clemente; Norcross, 1992.

*Veja mais detalhes sobre cada um dos processos de mudança no **Quadro 4.2**.

Os estágios de mudança são a base e o pilar mais utilizado do MT por representar a prontidão para mudança de comportamento. A identificação dos estágios é realizada por um algoritmo, com um número limitado de questões e respostas reciprocamente excludentes. É possível identificar estágios de mudança para diferentes aspectos, como grupos de alimentos (Ex.: frutas, hortaliças, alimentos gordurosos, etc.) e práticas alimentares (Ex.: controle do peso, dietas específicas, etc.). Neste Instrutivo será utilizada a classificação dos estágios de mudança conforme a intenção para reduzir peso (*Estratificação de Grupos para Manejo da Obesidade - Capítulo 7*).

Os processos de mudança, por sua vez, constituem as estratégias a serem adotadas para favorecer o avanço da pessoa nos estágios de mudança. Os processos cognitivos são indicados nos estágios iniciais (pré-contemplação, contemplação e preparação), e os comportamentais nos estágios finais (ação e manutenção). No **Quadro 4.2** estão apresentados os dez processos de mudança cognitivos e comportamentais, e sua aplicação no cuidado da pessoa com obesidade.

Quadro 4.2 – Processos de mudança cognitivos e comportamentais no manejo da obesidade

Processos de mudança		Descrição no manejo da obesidade
Cognitivos	Aumento de consciência	Aumento de consciência da pessoa sobre sua condição de obesidade
	Alívio dramático	Experimentação e expressão de sentimentos sobre o viver com obesidade e possíveis soluções para sua condição
	Reavaliação do ambiente	Avaliação dos efeitos de comportamentos relacionados à obesidade no ambiente ou na própria pessoa
	Auto-reavaliação	Pessoa reavalia pensamentos e sentimentos sobre o problema: obesidade
Comportamentais	Liberação social	Identificação das alternativas disponíveis na sociedade para superar os problemas relacionados à obesidade
	Auto-liberação	Reconhecimento de opções para agir e aumentar a confiança para mudar comportamentos relacionados à obesidade
	Administração de contingências	Pessoa é recompensada por ela e/ou outros por realizar mudanças positivas
	Relacionamentos de auxílio	Pessoa procura ou aceita ajuda para mudar comportamentos relacionados à obesidade
	Condicionamento contrário	Substituição de ações e pensamentos contrários à mudança de comportamento por outros favoráveis
	Controle de estímulos	Pessoa evita ou controla situações ou locais que podem prejudicar as mudanças implementadas relacionadas à obesidade

Fonte: Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia, 2005; Adaptado de Toral; Slater, 2013.



No cuidado da pessoa com obesidade no SUS, considera-se fundamental compreender o estágio de mudança em que se encontra, visando delinear ações efetivas e promover a adesão às propostas terapêuticas. Neste Instrutivo, com base na classificação dos estágios de mudança e na autoeficácia, os usuários com obesidade poderão ser direcionados para grupos planejados para atender às suas necessidades (**Capítulo 7**).

4.3.2 Terapia cognitivo-comportamental (TCC)

Entre as várias teorias e modelos psicoterápicos associados ao MT, destaca-se a TCC. De acordo com essa teoria, as pessoas desenvolvem e mantêm crenças ao longo da vida, a partir das quais formulam a visão sobre si, sobre o mundo e o futuro (RANGÉ, 2001). A TCC baseia-se em um conjunto de teorias que apresentam dois princípios centrais: 1) nossas cognições têm influência controladora sobre nossas emoções e comportamentos e; 2) o modo como agimos ou nos comportamos pode afetar profundamente nossos padrões de pensamento e emoções (WRIGHT; BASCO; THASE, 2006).

A TCC parte do princípio que o sujeito continuamente avalia os eventos que vivencia em positivos, negativos ou neutros, e os resultados deste processo cognitivo, frequentemente, determinam respostas emocionais (BAHLS; NAVOLAR, 2004; WRIGHT; BASCO; THASE, 2006). A TCC objetiva auxiliar a pessoa com novas estratégias para atuar no ambiente de forma a promover mudanças (BAHLS; NAVOLAR, 2004). Dessa forma, ela busca a modificação de crenças e a correção de distorções cognitivas que estão gerando problemas, sendo a aquisição de habilidades que podem reduzir o risco de recaída uma de suas vantagens (BAHLS; NAVOLAR, 2004; BECK, 1997; WRIGHT; BASCO; THASE, 2006).

Algumas técnicas utilizadas pela TCC se assemelham aos processos de mudança do MT, como: identificação de motivações e expectativas com o tratamento (alívio dramático), definição de objetivos (auto-liberação), automonitoramento e mudanças no ambiente (condicionamento contrário e controle de estímulos), reforço positivo (administração de contingências) (BURGESS *et al.*, 2017; FABRICATORE, 2007; TORAL; SLATER, 2013; VAN DORSTEN; LINDLEY, 2008).

O uso da TCC no cuidado da pessoa com obesidade tem foco direto nos comportamentos a serem modificados e nos ambientes onde esses comportamentos ocorrem (RANGÉ, 2001). Lembramos que o uso de elementos da TCC no manejo da obesidade é diferente da psicoterapia tradicional, pois não objetiva tratar transtornos psiquiátricos, mas facilitar a aquisição de habilidades necessárias para mudar comportamentos relacionados à obesidade (BURGESS *et al.*, 2017; FABRICATORE, 2007).

Exemplo

Ana, mulher de 49 anos, sedentária, com obesidade, teve os seguintes pensamentos enquanto se preparava para ir fazer sua inscrição na Academia da Saúde do bairro: *“Não vou saber o que fazer... Todo mundo vai ver que estou gorda... Outras mulheres vão rir de mim... Vou suar muito... Vou parecer uma desajustada... Não vou conseguir... Vou querer ir embora”*.

As respostas a esses pensamentos disfuncionais provocaram em Ana tanta ansiedade e tensão que ela desistiu de ir à Academia da Saúde. No momento em que ela evitou o enfrentamento, o seu pensamento negativo ou disfuncional (automático, incômodo, infundado e sem nenhuma reflexão) foi legitimado e reconhecido como real, iniciando um ciclo vicioso. Dessa forma, toda vez que Ana desiste de algo, ela tem certeza de que é incapaz, e isso aumenta seu desconforto emocional e sua sensação de incapacidade.

Ana provavelmente possuía crenças sobre o que é ser uma pessoa com obesidade (**Box 4.3**), além de possíveis alterações psíquicas relacionadas, como frustração pelo insucesso das dietas, tristeza, desânimo, etc. (MELO *et al.*, 2014). A obesidade, apesar de não ser uma doença psiquiátrica, pode se associar a transtornos psíquicos, como ansiedade e depressão (LUZ; OLIVEIRA, 2013).

BOX 4.3

CRENÇAS E PADRÕES DE PENSAMENTO DE PESSOAS COM OBESIDADE

- **Hipergeneralização:** define uma situação específica como regra geral e a aplica em outras situações, incluindo as que não são semelhantes. Ex.: *“Arroz em qualquer quantidade engorda. Não adianta falar que é um alimento minimamente processado e que pode ser utilizado em preparações culinárias porque eu não acredito que eu possa comer”*.
- **Magnificação:** superestimação da importância de fatos ruins e indesejados. Ex.: *“Na Academia todas as mulheres irão reparar o tamanho da minha barriga”*.
- **Raciocínio dicotômico (tudo ou nada):** pensamento extremo e absoluto, em que os eventos são certos ou errados, bons ou maus... Ex.: *“Só existem dois tipos de alimentos: aqueles que engordam e os que não engordam”*.
- **Pensamento irracional ou supersticioso:** acreditar em uma relação de causa e efeito quando não necessariamente ela existe. Ex.: *“Ir ao shopping é sair da dieta”* ou *“Eu engordo até com o ar”*.

Fonte: Brasil, 2014b; Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia, 2005.

Os elementos da TCC para o cuidado da pessoa com obesidade podem ser aplicados individualmente ou em grupo. Na sua aplicação, o profissional e os



usuários examinam juntos os pensamentos automáticos, testam sua veracidade e elaboram resposta mais adaptativa, se pertinente (BECK, 1997; RANGÉ, 2001).

A utilização da TCC no manejo da obesidade tem ganhado espaço, constando em diferentes documentos nacionais, como o “*Caderno de Atenção Básica: Obesidade*” do Ministério da Saúde (BRASIL, 2014b), e internacionais, como *Protocolos Clínicos para o Diagnóstico e Tratamento da Obesidade* (REIS; PASSOS; SANTOS, 2018). A TCC é útil na análise e modificação de comportamentos disfuncionais visando implementar estratégias para controle do peso e prevenção de recaídas (MELO *et al.*, 2014). Veja no **Quadro 4.3** algumas técnicas da TCC que podem ser empregadas no cuidado de pessoas com obesidade.

Quadro 4.3 – Exemplos de técnicas empregadas pela Terapia Cognitivo-Comportamental

<i>Identificar pensamentos ou cognições disfuncionais que promovem sentimentos negativos e comportamentos mal adaptados</i>	
Situação: pensamentos de Ana enquanto se preparava para realizar sua inscrição na Academia da Saúde: “Não vou saber o que fazer”; “Outras pessoas vão rir de mim”; “Não vou conseguir”.	
Técnicas	1. <i>Automonitorar pensamentos negativos que influenciam o comportamento; identificar relação entre pensamentos, crenças e sentimentos</i> 2. <i>Identificar e desenvolver padrões de pensamentos funcionais e adaptados para substituir os mal adaptados</i>
Proposta	Ana examinar seus pensamentos disfuncionais ao longo do tempo Ana e o profissional de saúde deverão reformular juntos os pensamentos distorcidos e promover pensamentos adaptativos
Como fazer	Ela pode registrar estes pensamentos em um diário com data/hora do pensamento; situação em que ocorreu; quais os pensamentos surgiram; emoções e impacto no comportamento <ul style="list-style-type: none"> • “<i>Não vou saber o que fazer</i>” para “Mas, ninguém sabe tudo, e, além disso, posso pedir ajuda” • “<i>Outras pessoas vão rir de mim</i>” para “Talvez vão rir sim, inclusive eu mesma. Mas, o importante é que estou praticando atividade física e estou mais disposta no meu dia a dia, e além disso haverá outras pessoas parecidas comigo lá e vamos rir juntas” • “<i>Não vou conseguir</i>” para “Eu vou conseguir sim, muitas amigas estão matriculadas na Academia, elas podem me ajudar”
Situação: Ana, ao se inscrever na Academia da Saúde, recebe uma crítica de uma colega, tem o pensamento automático: “Eu falei, elas iriam rir de mim”, e então se sente triste.	
Técnicas	3. <i>Testar veracidade dos pressupostos básicos que a pessoa tem sobre si, o mundo e o futuro</i>
Proposta	Convidar Ana a desafiar os pensamentos automáticos, avaliar as provas a favor e contra, e chegar a um pensamento real e mais lógico
Como fazer	Orientar Ana a avaliar o conteúdo real da crítica que recebeu, circunstâncias da crítica e que provas que tem (prós e contras) visando avaliar a utilidade do pensamento automático que lhe foi sugerido

Fonte: Rangé, 2001.

A TCC também preconiza a integração de processos cognitivos e comportamentais, que incluem as técnicas: automonitoramento, resolução de problemas, reestruturação cognitiva e suporte social para identificar estímulos que antecedem o comportamento ou que facilitam ou dificultam o tratamento. No **Quadro 4.4** está descrito como estas técnicas podem ser utilizadas no manejo da obesidade (BAHLS; NAVOLAR, 2004; SOCIEDADE BRASILEIRA DE ENDOCRINOLOGIA E METABOLOGIA, 2005).

Quadro 4.4 – Técnicas relacionadas a processos de mudança cognitivos e comportamentais utilizadas pela TCC e sua aplicação no manejo da obesidade

Técnicas	Descrição
Automonitoramento	Usuário registra eventos de interesse visando o planejamento e ajustes terapêuticos. Ex.: consumo alimentar, peso corporal, sentimentos, etc.
Resolução de problemas	Usuário identifica o problema e o nível de autoeficácia para superá-lo, contribuindo para estabelecer outros padrões de comportamento. Ex.: inatividade física: identificar, buscar soluções e estratégias para problemas relativos à inatividade; verificar autoeficácia para prática da atividade física; e discutir as soluções e estratégias no encontro, selecionando aquelas que favorecem a modificação da prática de atividade física
Reestruturação cognitiva	Modificar o sistema de crenças: identificar e corrigir a crença disfuncional. Ex.: <i>“Ter comido este doce mostra que não tenho poder diante da comida”</i> .
Suporte social	Suporte social de amigos e familiares, e de grupos terapêuticos

Fonte: Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia, 2005.

Nota: TCC = Terapia Cognitivo-Comportamental

Neste Instrutivo trabalhamos com o MT e a TCC, pautados na abordagem crítico-reflexiva, para o desenvolvimento da metodologia de grupos para manejo da obesidade. Dessa forma, estes são elementos transversais que percorrem as ações do **Caderno de Atividades Educativas**.



MENSAGENS CENTRAIS DO CAPÍTULO

- O *Guia Alimentar para a População Brasileira* e o *Marco de Referência de Educação Alimentar e Nutricional para as Políticas Públicas* são referências básicas para as atividades coletivas do Instrutivo e se alinham à abordagem crítico-reflexiva
- A modificação de comportamentos de saúde envolve distintos graus de prontidão para mudança, sendo, para isto, utilizado o MT
- O MT, além de abarcar a identificação da prontidão para mudança pelos estágios, trabalha com os processos de mudança, equilíbrio de decisões e autoeficácia
- A TCC é uma das teorias utilizadas pelo MT e favorece a mudança de comportamento pela modificação de pensamentos e crenças mediante o uso de técnicas cognitivas e comportamentais
- Este Instrutivo utiliza o MT e o TCC, pautados na abordagem crítico-reflexiva



PARA SABER MAIS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia alimentar para a população brasileira**. Brasília, DF: MS, 2014.

REIS, E. C; PASSOS, S. R. L; SANTOS, M. A. B. Quality assessment of clinical guidelines for the treatment of obesity in adults: application of the AGREE II instrument. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 6, p. e00050517, 2018.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE ENDOCRINOLOGIA E METABOLOGIA. **Obesidade: Terapia Cognitivo-Comportamental**. Rio de Janeiro: SBEM, 2005.

Vídeo sobre os princípios de EAN - Marco de Educação Alimentar e Nutricional: <https://www.youtube.com/watch?v=E899xC32MWk>

REFERÊNCIAS

BAHLS, S. C.; NAVOLAR, A. B. B. Terapia cognitivo-comportamentais: conceitos e pressupostos teóricos. **Revista Eletrônica de Psicologia**, Curitiba, n. 4, p. 1-11, 2004.

BECK, J. S. **Terapia cognitiva: teoria e prática**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 198/GM, de 13 de fevereiro de 2004.** Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. Brasília, DF: MS, 2004. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/MatrizConsolidacao/comum/13150.html>. Acesso em: 16 jul. 2020.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Marco de referência de educação alimentar e nutricional para as políticas públicas.** Brasília, DF: MS, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.761, de 19 de novembro de 2013.** Institui a Política Nacional de Educação Popular em Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (PNEPS-SUS). Brasília, DF: MS, 2013. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2761_19_11_2013.html#:~:text=PORTARIA%20N%C2%BA%202.761%2C%20DE%2019,Sa%C3%BAde%20\(PNEPS%2DSUS\).&text=Considerando%20a%20pactua%C3%A7%C3%A3o%20ocorrida%20na,Art](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2761_19_11_2013.html#:~:text=PORTARIA%20N%C2%BA%202.761%2C%20DE%2019,Sa%C3%BAde%20(PNEPS%2DSUS).&text=Considerando%20a%20pactua%C3%A7%C3%A3o%20ocorrida%20na,Art). Acesso em: 16 jul. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia alimentar para a população brasileira.** Brasília, DF: MS, 2014a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: obesidade.** Brasília, DF: MS, 2014b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia alimentar para a população brasileira: relatório final da consulta pública.** Brasília, DF: MS, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde; UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. **Instrutivo: metodologia de trabalho em grupos para ações de alimentação e nutrição na atenção básica.** Brasília, DF: MS, 2016.

BURGESS, E. *et al.* Behavioural treatment strategies improve adherence to lifestyle intervention programmes in adults with obesity: a systematic review and meta-analysis. **Clinical Obesity**, [s. l.], v. 7, n. 2, p. 105-114, 2017.

FABRICATORE, A. N. Behavior therapy and cognitive-behavioral therapy of obesity: is there a difference? **Journal of the American Dietetic Association**, [s. l.], v. 107, n. 1, p. 92-99, 2007.

FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido.** Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1970.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa.** 48. ed. São Paulo: Paz e terra, 2014.

FREITAS, P. P. **Efetividade de acompanhamento nutricional individual para controle de peso na atenção primária.** 2015. Dissertação (Mestrado em Enfermagem e Saúde Pública) – Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2015.

LUZ, F. Q.; OLIVEIRA, M. S. Terapia cognitivo-comportamental da obesidade: uma revisão da literatura. **Aletheia**, Canoas, n. 40, p. 159-173, 2013.



MELO, G. R. A. *et al.* Nutritional interventions for adolescents using information and communication technologies (ICTs): a systematic review. **PLoS One**, [s. l.], v. 29, n. 9, p. e0184509, 2017.

MELO, W. V. *et al.* A terapia cognitivo-comportamental e a cirurgia bariátrica como tratamentos para a obesidade. **Revista Brasileira de Terapia Cognitiva**, Campinas, v. 10, n. 2, p. 84-92, 2014.

MENDES, E. V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família.** Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.

MENEZES, M. C. *et al.* Intervention based on Transtheoretical Model promotes anthropometric and nutritional improvements: a randomized controlled trial. **Eating Behaviors**, [s. l.], v. 17, p. 37-44, 2015.

MENEZES, M. C. *et al.* Interventions directed at eating habits and physical activity using the Transtheoretical Model: a systematic review. **Nutrição Hospitalaria**, [s. l.], v. 33, n. 5, p. 1194-1204, 2016.

PROCHASKA, J. O.; DI CLEMENTE, C. C.; NORCROSS, J. C. In search of how people change: applications to addictive behaviors. **American Psychologist**, [s. l.], v. 47, n. 9, p. 1102-1114, 1992.

RANGÉ, B. (org.). **Psicoterapias cognitivo-comportamentais: um diálogo com a psiquiatria.** Porto Alegre: Artes Médicas, 2001.

REIS, E. C.; PASSOS, S. R. L.; SANTOS, M. A. B. Quality assessment of clinical guidelines for the treatment of obesity in adults: application of the AGREE II instrument. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 6, p. e00050517, 2018.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE ENDOCRINOLOGIA E METABOLOGIA. **Obesidade: terapia cognitivo-comportamental.** Brasília, DF: Associação Médica Brasileira: Conselho Federal de Medicina, 2005. (Projeto Diretrizes).

TORAL, N.; SLATER, B. Aplicação do modelo transteórico em estudos de nutrição. *In*: MANCUSO, A. M. C.; GARCIA, R. W. D. (org.). **Nutrição e metabolismo: mudanças alimentares e educação nutricional.** São Paulo: Guanabara Koogan, 2013. p. 198-206.

VAN DORSTEN, B.; LINDLEY, E. M. Cognitive and behavioral approaches in the treatment of obesity. **Endocrinology and Metabolism Clinics of North America**, [s. l.], v. 37, n. 4, p. 971-988, 2008.

WRIGHT, J. H.; BASCO, M. R.; THASE, M. E. Princípios básicos da terapia cognitivo-comportamental. *In*: WRIGHT, J. H. *et al.* **Aprendendo a terapia cognitivo-comportamental.** Porto Alegre: Artmed, 2006. p. 15-32.

POTENCIALIZANDO A ABORDAGEM COLETIVA NO CUIDADO DA PESSOA COM OBESIDADE

Neste capítulo serão abordadas diferentes possibilidades para ampliar a abrangência e a efetividade de grupos voltados para o cuidado da pessoa com obesidade.



- Autocuidado apoiado
- Estratégias para potencializar a abordagem coletiva
- Integração das abordagens coletiva e individual
- Integração entre a abordagem coletiva e a atividade física

5.1 Autocuidado apoiado

O **autocuidado apoiado** consiste em intervenções sistemáticas que buscam aumentar a confiança e as habilidades do usuário para gerenciar seus problemas de saúde. É muito mais do que dizer à pessoa o que e como deve ser feito; é contribuir para o seu empoderamento, gerenciamento da saúde e dos cuidados recebidos. Essa abordagem possui potencial de despertar o olhar do usuário para si, reconhecendo seu protagonismo e auxiliando no desenvolvimento da corresponsabilidade (BRASIL, 2018; MENDES, 2012; NATIONAL HEALTH AND MEDICAL RESEARCH COUNCIL, 2013).

Ao trabalhar na perspectiva do autocuidado apoiado, o profissional se desprende da figura prescritiva e assume o papel de parceiro do usuário na tomada de decisão. Isto pressupõe a superação do modelo de atenção centrada na doença e o fortalecimento da atenção centrada na pessoa e do trabalho em equipe (MENDES, 2012). Mas o profissional e a equipe, ao optarem por trabalhar na perspectiva do autocuidado, precisam avaliar a capacidade do usuário para o cuidado de si e evitar abordagens que impliquem em:



1. **Culpabilização, implícita ou explícita:** por vezes, a obesidade é considerada como escolha individual, equivocadamente relacionada à preguiça, falta de força de vontade e de autocontrole, e descuido da pessoa (TEIXEIRA; PAIS-RIBEIRO; MAIA, 2012). Isso contribui para estigmatizar e culpabilizar (BRASIL, 2017), contrapondo à postura acolhedora e provocando afastamento. A responsabilização da pessoa pela condição de ter obesidade não é adequada, considerando se tratar de uma doença multicausal. O usuário precisa ser compreendido a partir do meio em que vive para construir uma abordagem efetiva e resolutiva.
2. **Banalização da obesidade:** muitos usuários e profissionais de saúde tendem a ignorar a obesidade como doença e sério problema de saúde pública. Isto pode resultar em diagnóstico, acompanhamento e tratamento inadequados, não direcionamento do usuário a serviços especializados e descrença do tratamento (TEIXEIRA; PAIS-RIBEIRO; MAIA, 2012).
3. **Redução de peso como único resultado:** a conquista de ganhos desprovida da redução de peso é considerada, por vezes, como insucesso por usuários e profissionais. O profissional pode se sentir impotente e frustrado e depositar no usuário a “culpa” pelo “fracasso”, o que contribui para o abandono do tratamento. É essencial valorizar todos os ganhos obtidos (Ex.: melhora dos exames laboratoriais, maior disposição e bem-estar, redução de medidas corporais, etc.) para romper o ciclo vicioso de insucesso. Manter o peso ou apresentar pequenas reduções também devem ser reconhecidos como resultados positivos, pois refletem o esforço empreendido (BRASIL, 2006).

Para qualificar as ações de manejo da obesidade e construir o autocuidado apoiado é essencial substituir a “culpabilização” pelo “acolhimento”. Diferentemente de triar, acolher é receber bem, com atenção e disponibilidade para escutar e valorizar cada caso, estabelecendo uma relação humanizada. Outro ponto prioritário é estabelecer a confiança entre usuários e profissionais de saúde. A formação de vínculo deve ocorrer no dia a dia, sendo um caminho promissor para adesão ao tratamento. Estabelecidos o vínculo, a confiança e a cumplicidade, o usuário poderá se sentir à vontade para relatar questões para além da alimentação e da atividade física, como aspectos pessoais, de sexualidade, de violência, etc. Em contrapartida, a equipe também deverá se preparar para abordar essas questões, e acreditar no potencial de aprendizado e de mudança do usuário, e na sua capacidade de trabalhar juntos (BRASIL, 2006).

O trabalho em equipe multiprofissional é essencial para ampliar a quantidade e a qualidade das ações de saúde baseadas no autocuidado. No trabalho em equipe preconiza-se que os trabalhadores se comuniquem regularmente e de maneira horizontal sobre o cuidado ofertado, permitindo que mais olhos, ouvidos, conhecimentos, habilidades e vivências se unam, produzindo ações mais abrangentes (BRASIL, 2014a; MENDES, 2012). Neste sentido, evita-se a fragmentação do cuidado, que ocorre quando os saberes especializados balizam a atuação profissional da equipe (ARAUJO *et al.*, 2017; ARRUDA; MOREIRA, 2018).

A integralidade do cuidado se constrói no contexto da **prática colaborativa interprofissional**, marcada pela reflexão sobre os papéis profissionais na resolução de problemas e na negociação de processos decisórios, a partir da construção de conhecimentos, de forma dialógica e com respeito às singularidades e diferenças dos núcleos de saberes (ARAUJO *et al.*, 2017; ARRUDA; MOREIRA, 2018; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2010). Neste sentido, o **apoio matricial**⁴ se destaca por fornecer apoio clínico-assistencial e suporte técnico-pedagógico de profissionais de outros núcleos de conhecimento (CUNHA; CAMPOS, 2011). A implementação do apoio matricial deve ser baseada no compartilhamento de problemas, troca de saberes e práticas, e nas responsabilizações gerais e específicas dos membros das equipes pelo trabalho compartilhado e colaborativo. No contexto da APS, o NASF-AB é exemplo de apoio matricial às eSF (BRASIL, 2014a). De modo semelhante, na AE tem-se profissionais de diferentes núcleos de saber, que atuam na referência e contrarreferência para a APS e demais pontos da RAS.

5.2 Estratégias para potencializar a abordagem coletiva

A abordagem coletiva voltada para prevenção e controle da obesidade é estimulada em diferentes materiais do Ministério da Saúde, como: “Cadernos de Atenção Básica”, “**Instrutivo: Metodologia de Trabalho em Grupos para Ações de Alimentação e Nutrição na Atenção Básica**”, “Perspectivas e Desafios no Cuidado às Pessoas com Obesidade no SUS” (BRASIL, 2014a, 2014b, 2014c, 2016b).

Há evidências de que intervenções individuais e coletivas promovem o empoderamento das pessoas e as capacitam para o autocuidado, sendo efetivas no manejo de condições crônicas, como a obesidade (MENDES, 2012).

⁴ Apoio matricial em saúde objetiva assegurar retaguarda especializada à equipe e profissionais encarregados da atenção a problemas de saúde (CAMPOS; DOMITTI, 2007).



Embora ainda sejam poucos os estudos que comparem a efetividade da abordagem coletiva *versus* a individual, uma revisão sistemática baseada na análise de ensaios clínicos randomizados e revisões relacionadas à efetividade de estratégias de tratamento de pessoas com obesidade mostrou melhores resultados da redução de peso em indivíduos participantes de intervenções coletivas (PAUL-EBHOHIMHEN; AVENELL, 2009). Esses resultados são coerentes com um estudo de intervenção norte-americano de 26 semanas, realizado com adultos de 21 a 59 anos, que apontou que os indivíduos apresentaram resultados melhores a partir da intervenção em grupo mesmo quando alegaram preferir a abordagem individual (RENJILIAN *et al.*, 2001). Além disso, o abandono do tratamento parece ser menor em intervenções coletivas, como indicado por Minniti *et al.* (2007), em trabalho desenvolvido com 129 mulheres de 18 a 65 anos ao longo de seis meses.

O grupo permite que seus membros compartilhem possibilidades de solução para situações-problema, de forma que os participantes atuem como “modelos” de comportamentos apropriados e incentivadores de mudanças necessárias, favorecendo a efetividade e a adesão dos usuários (DUCHESNE *et al.*, 2007). Mas, para isto, a abordagem coletiva exige planejamento e intensa participação do facilitador e da equipe.

5.2.1 Planejamento das atividades

Planejar é organizar, intervir para mudar, compatibilizar ações, ou ainda tomar antecipadamente decisões que busquem alcançar objetivos e metas (CERVATO-MANCUSO, 2017; MENDES, 2012; SANTOS *et al.*, 2006).

O planejamento das atividades coletivas deve ser realizado conforme as demandas da população e de forma interdisciplinar: na APS, pela atuação colaborativa entre eSF e NASF-AB; e na AE, pela interação entre os profissionais envolvidos no manejo da obesidade (Ex.: nutricionistas, endocrinologistas, psicólogos, cirurgiões, etc.). A diversidade de categorias profissionais facilita o acesso da população às ações (ANDRADE *et al.*, 2013; MENDES, 2012) e assegura, no caso de afastamento do facilitador do grupo, a manutenção das atividades e o vínculo construído (BRASIL; ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2014d).

Para o adequado planejamento é essencial que os profissionais destinem carga horária de trabalho, inclusive para consultar a literatura e se atualizar (BRASIL, 2016b). No **Quadro 5.1** estão algumas etapas do planejamento de atividades coletivas para o manejo da obesidade.

Quadro 5.1 – Etapas e atividades do planejamento de ações coletivas voltadas para o cuidado da pessoa com obesidade

Etapas	Atividades
Preparação da equipe	<ul style="list-style-type: none"> - Prever espaço na agenda para reuniões da equipe para planejar e avaliar - Definir papéis, atribuições e responsabilidades dos profissionais no grupo - Definir se a coordenação será fixa (mesmo profissional em todos os encontros) ou rotativa - Prever participação de pelo menos duas categorias profissionais nos encontros, visando complementar vivências e condutas. Na APS, se possível, incluir profissionais das eSF e NASF-AB, inclusive ACS - Verificar a necessidade de qualificação profissional da equipe - Definir os encontros que cada profissional participará segundo disponibilidade e aptidão. Vale ficar atento aos profissionais sugeridos para condução das oficinas, especificados nos roteiros das oficinas (Caderno de Atividades Educativas) - Registrar, por escrito, as reuniões da equipe (veja o Capítulo 6 sobre Registro, monitoramento e avaliação)
Registro e divulgação do planejamento	<ul style="list-style-type: none"> - Elaborar projeto simples e objetivo, que inclua breve justificativa contextualizada com a realidade e da população adscrita, indicando o problema/necessidade que se pretende responder com o grupo. No Capítulo 7, você encontra sugestões de público-alvo e metas para o grupo - Apresentar o projeto para toda a unidade, visando ampliar a adesão à atividade e garantir espaços na agenda para o planejamento, execução e avaliação
Público-alvo	<ul style="list-style-type: none"> - Definir o público e os grupos a serem criados segundo a demanda (Capítulo 7) - Verificar se os usuários sabem ler e escrever, e o nível de alfabetização em saúde (Box 5.1)
Periodicidade de encontros	<ul style="list-style-type: none"> - Definir duração do grupo e intervalo entre os encontros, conforme realidade local, realizando as adaptações necessárias (Capítulo 7)
Horário	<ul style="list-style-type: none"> - Definir horário compatível com a agenda dos profissionais, dos usuários e do espaço físico. Grupos em horário comercial dificultam o acesso de pessoas empregadas, assim, equipes que trabalham em horário estendido podem agendar para a noite, fim de tarde ou sábado
Local	<ul style="list-style-type: none"> - Escolher (e reservar se necessário) um local adequado, acolhedor e confortável - Garantir sigilo para favorecer participação e reflexão - Ter estrutura física mínima (cadeiras; bebedouro; banheiro; etc.) - Ser acessível, incluindo assentos para pessoas com obesidade e pessoas com deficiência

continua



conclusão

Etapas	Atividades
Divulgação	<ul style="list-style-type: none"> - Envolver toda a unidade na divulgação antes e durante a realização das ações, especialmente ACS - Utilizar diferentes estratégias de divulgação: convites por ACS, com local, data e horário; contato telefônico e/ou mensagens eletrônicas no dia anterior; por divulgação verbal e escrita nas salas de espera, no acolhimento, consultas, visitas domiciliares, etc.
Materiais	<ul style="list-style-type: none"> - Providenciar, com antecedência, materiais e equipamentos em quantidade necessária para cada encontro, conforme detalhado nos roteiros do Caderno de Atividades Educativas - Adaptar os materiais sugeridos aos disponíveis e/ou às características dos participantes (considerar grau de instrução, alfabetização em saúde, presença de deficiência, etc.)
Avaliação	<ul style="list-style-type: none"> - Definir o registro, monitoramento e avaliação das atividades desenvolvidas, de modo a atender às características do grupo e dos profissionais que irão conduzi-lo (Capítulo 6)

Fonte: Andrade *et al.*, 2013; Brasil, 2014c, 2016a; Cervato-Mancuso, 2017; Mendes, 2012; Santos *et al.*, 2006.

Notas: APS = Atenção Primária à Saúde; eSF = Estratégia de Saúde da Família; NASF-AB = Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica; ACS = Agente Comunitário de Saúde; UBS = Unidade Básica de Saúde.

BOX 5.1 ALFABETIZAÇÃO EM SAÚDE

Segundo a Organização Mundial da Saúde, a **alfabetização** ou **letramento em saúde** abarca competências cognitivas e sociais que determinam a motivação e a capacidade das pessoas para acessar, compreender e utilizar informações em saúde. Limitações quanto à alfabetização em saúde dificultam a promoção e a educação em saúde e estão associadas a comportamentos de risco, prejuízos no autocuidado, e aumento de hospitalizações e custos em saúde, além de maiores taxas de mortalidade.

Existem diferentes instrumentos e métodos para avaliar a alfabetização em saúde. Cita-se aqui o SAHLPA-18 - *Short Assessment of Health Literacy for Portuguese-Speaking Adults* (APOLINARIO *et al.*, 2012) que avalia a capacidade da pessoa em compreender termos médicos mais comuns. No caso dos grupos propostos neste Instrutivo, cabe à equipe decidir a viabilidade e a necessidade de utilizar algum instrumento para este fim.

Fonte: Apolinário *et al.*, 2012; Marques; Escarce; Lemos, 2018; Paskulin *et al.*, 2011; Seignemartin, 2018.

5.2.2 O profissional como facilitador do grupo

O facilitador é o profissional mediador das atividades coletivas. A forma como se posiciona, sua postura, habilidades de comunicação e empatia podem interferir no sucesso e adesão do grupo. Desta forma, algumas de suas características são importantes para o trabalho em grupo. Entretanto, sabemos que nenhum profissional possui estas características em sua totalidade. O importante é trabalhar em equipe, pois assim papéis se alternam e habilidades se somam, e realizar o movimento de autocrítica e buscar o aperfeiçoamento das habilidades para o melhor resultado do trabalho (**Box 5.2**).

BOX 5.2

CARACTERÍSTICAS DO PROFISSIONAL PARA O DESENVOLVIMENTO DE ATIVIDADES COLETIVAS

- Acreditar no potencial das atividades em grupo
- Exercer a escuta ativa, acolhedora e empática, atentando às necessidades de usuários e grupos
- Ter domínio do conteúdo abordado
- Ter capacidade de integração e síntese
- Exercer papel de facilitador do cuidado, atuando como fonte de confiança e motivação
- Respeitar e reconhecer os diferentes saberes, incentivando a construção compartilhada e a busca por soluções práticas
- Acolher as diferentes formas de ver e estar no mundo
- Valorizar o conhecimento, a cultura e o patrimônio alimentar
- Estimular a comunicação e o diálogo, buscando estabelecer relações horizontais
- Ter bom senso de humor
- Ter habilidade para dissolver polaridades
- Incentivar a problematização, o “saber pensar” criticamente
- Estimular a construção de vínculo entre os atores - profissionais, usuários, familiares e comunidade
- Ter bom senso de ética, em defesa do sigilo; não impor valores; e estar livre de atitudes de julgamento, crítica e culpabilização dos usuários
- Buscar parcerias no território e com diferentes setores, como o programa Academia da Saúde, visando promover a integralidade do cuidado

Fonte: Brasil, 2006, 2012, 2016b, 2018; Dias; Silveira; Witt, 2009; Linden, 2011; Mendes, 2012; National Health and Medical Research Council, 2013.



O facilitador não é um transmissor de informação, mas um coparticipante, que acredita na contribuição de cada usuário e, por isso, não tem como prever o resultado final do grupo (BRASIL, 2016b; MENDES, 2012). Ele busca contribuir para a consciência dos usuários sobre suas opiniões, pensamentos e atitudes, além de facilitar a construção coletiva de conhecimentos pela reflexão, resumo das falas e clareza da exposição, etc. (BRASIL, 2016a, 2016b). Para isto, é essencial que realize a escuta ativa dos participantes, inclusive da linguagem não verbal, buscando, num primeiro contato, o diagnóstico sobre a realidade local, interesses e necessidades (BRASIL, 2012, 2016a, 2016b; MOTTA; MOTTA; FERRETTI, 2017).

O olhar atento do profissional é vital para reconhecer os papéis grupais, ou seja, posturas que cada participante pode assumir no grupo, adaptando a abordagem segundo as demandas e atitudes (BASTOS, 2010; DIAS; SILVEIRA; WITT, 2009). A adoção desses papéis pelos usuários está articulada com as necessidades e expectativas tanto individuais quanto grupais, podendo se alternar (BASTOS, 2010). São exemplos de papéis grupais:

- Líder de mudança - conduz a tarefa adiante, buscando soluções e intermediando conflitos;
- Bode expiatório - é o alvo dos sentimentos considerados negativos pelo grupo no decorrer da atividade. Ele assume a “culpa” do grupo;
- Porta-voz - verbaliza os sentimentos do grupo; explicita o que está implícito;
- Líder de resistência - contribui para o recuo do grupo, freando avanços e sabotando, na maioria das vezes, inconscientemente, o processo grupal. A presença desse líder juntamente com o de mudança equilibra o grupo;
- Participante silencioso - nitidamente possui dificuldades para comunicar, o que, muitas vezes, faz com que os demais usuários se sintam na obrigação de falar.

O facilitador pode utilizar técnicas de comunicação terapêuticas para verificar se a compreensão do tema foi adequada e se ele foi entendido (**Figura 5.1**) (DAMASCENO *et al.*, 2012; HADDAD *et al.*, 2011; VINCHA *et al.*, 2017). Pode também ser interessante para potencializar a comunicação, utilizar materiais de apoio impressos, visuais e audiovisuais, que estimulem os sentidos, e atividades que incentivem a participação e a reflexão.

Figura 5.1 – Técnicas que podem reduzir as barreiras de comunicação verbal



Fonte: Vincha *et al.*, 2017.

5.2.3 Uso de tecnologias de comunicação

No Brasil, a atenção à saúde é centrada no contato presencial, com utilização tímida de tecnologias não presenciais, como ligações telefônicas, mensagens por redes sociais e correio eletrônico, videoconferência e atendimentos em *chats* (MENDES, 2012, 2018).

Tecnologias de comunicação podem ser úteis no apoio às atividades coletivas ou para estreitar e dinamizar a comunicação (Ex.: enviar lembretes de consultas individuais e atividades coletivas, reforçar o que foi pactuado, etc.) (FREE *et al.*, 2013; KANNISTO; HANNELE; VÄLIMÄKI, 2014). Evidências obtidas a partir de revisão sistemática e metanálise (FREE *et al.*, 2013) mostram que essas estratégias podem ampliar a efetividade e a adesão às intervenções voltadas para modos de vida saudáveis, controle de condições crônicas e do peso corporal (MENDES, 2012; NATIONAL HEALTH AND MEDICAL RESEARCH COUNCIL, 2013; ROYSTON *et al.*, 2015), desde que seu uso seja complementar às ações presenciais, e não substitutivo (NATIONAL HEALTH AND MEDICAL RESEARCH COUNCIL, 2013).



O uso de tecnologias de comunicação propicia maior frequência das ações e reforço do conteúdo presencial, conferindo maior intensidade às atividades, estreitando vínculos e melhorando a adesão. Ademais, as informações são acessadas no momento e no local em que o usuário julgar viável, contribuindo para conveniência, autonomia, e participação de usuários com dificuldades de acesso os serviços de saúde (FREE *et al.*, 2013; KLASNJA; PRATT, 2012). Pondera-se, contudo, que sua utilização limita-se à população alfabetizada e que possui telefone celular. Para usuários que não leem, mas possuem telefone fixo ou celular, a ligação telefônica ou mensagens de voz podem ser alternativas (ROYSTON *et al.*, 2015). Neste Instrutivo sugerimos o uso de tecnologias de comunicação entre os encontros visando fortalecer a adesão; entretanto, o seu uso não deve ser excessivo a ponto de incomodar o usuário ou sobrecarregar os profissionais.

5.2.4 A adesão a grupos

Nas atividades educativas com pessoas com obesidade, a questão central não é a simples “adesão a um plano alimentar”, mas sim a proposição de um projeto terapêutico em conjunto com o usuário, que contemple mudanças nas práticas alimentares e corporais segundo a sua realidade (NUNES; GARCIA, 2014). Não há certo e errado, bom e mau comportamento, mas sim a necessidade de desenvolver um trabalho apoiado na problematização do usuário sobre o seu agir e o seu desejo. Ou seja, não se deve restringir a analisar “o que” e “quanto” o usuário consome ou a atividade física que pratica, mas, sobretudo, “por que”, “como”, “onde”, “em que situação” e “o que sente” sobre o seu comer e o seu movimentar (MOTTA; MOTTA; FERRETTI, 2017).

É necessário que mudanças de comportamento sejam propostas gradativamente, respeitando a prontidão para mudança e as dificuldades vivenciadas. Deve-se evitar estabelecer metas irreais, seja pelo profissional ou usuário, por favorecerem a desmotivação e a descontinuidade do acompanhamento (NUNES; GARCIA, 2014). Ademais, por ser a obesidade uma condição complexa, a atuação interdisciplinar e a aliança terapêutica são potentes recursos (MENDES, 2012; NUNES; GARCIA, 2014).

É importante que a atividade educativa seja atrativa e participativa, e que busque o que Deleuze (2006) chama de “bons encontros”, ou seja, aqueles nos quais o afeto (do verbo afetar) circula no grupo e convoca as pessoas a produzir novas possibilidades de existência. Bons encontros (profissionais-participantes e participantes-participantes) potencializam o agir e contribuem para que o

usuário queira estar ali e retornar, por possibilitar a circulação de afetos alegres, capazes de romper rancores, ressentimentos, mistificações, estigmatização, entre outros entraves, para emergir o que está por vir: a mudança positiva.

Por outro lado, deve-se evitar que se estabeleça situações de “barganha”. Estudos qualitativos com usuários da Estratégia de Saúde da Família mostraram que práticas baseadas na Pedagogia do Condicionamento, ou seja, que incentivam a participação do usuário no grupo em troca de recompensas ou “barganhas” (Ex.: condicionar a marcação de consulta, dispensação de medicamentos ou plano alimentar à presença no grupo) são desaconselhadas, embora comumente empregadas. Tais práticas são incompatíveis com os preceitos da promoção da saúde e da educação libertadora e crítica, e exemplificam o uso da educação como instrumento de controle (FIGUEIREDO; RODRIGUES NETO; LEITE, 2012; PEREIRA *et al.*, 2017). As melhores recompensas que o participante pode receber ao participar do grupo devem passar por sua subjetividade, incluindo o vínculo construído; a participação ativa e o envolvimento nas atividades; e os resultados advindos das mudanças obtidas pelo aprendizado e reflexão (DELEUZE, 2006).

5.3 Integração das abordagens coletiva e individual

O manejo da obesidade demanda a oferta de um escopo amplo de ações que apoiem os usuários e deve ser realizado a partir da integração de abordagens coletivas e individuais (**Quadro 5.2**) (BRASIL, 2014b; NATIONAL HEALTH AND MEDICAL RESEARCH COUNCIL, 2013).

Quadro 5.2 – Características das abordagens individual e coletiva

Individual	Coletiva
<ul style="list-style-type: none"> • Escuta individualizada e aprofundamento de questões pessoais • Maior privacidade: abertura para expor dificuldades • Tratamento individualizado e construção de estratégias de cuidado focadas na pessoa • Atuação conjunta de diferentes profissionais quando realizado de forma compartilhada • Demanda maior tempo • Demanda espaço físico específico 	<ul style="list-style-type: none"> • Permite troca de experiências e apoio mútuo • Menor privacidade: alguns usuários podem se sentir pouco à vontade para expor dificuldades • Permite identificar problemas comuns dos participantes • Favorece atuação interdisciplinar • Proporciona maior troca de saberes • Otimiza o trabalho em relação ao tempo • Possibilita trabalhar melhor a educação em saúde • Pode ser conduzido em salas multiuso, espaços da comunidade (Ex.: igrejas, escolas, etc.)

Fonte: Rodrigues; Soares; Boog, 2005; Soares; Ferraz, 2007.



Pactuações entre os profissionais de saúde são vitais para integrar atividades coletivas e individuais. Elas podem ser realizadas em diferentes espaços e devem envolver critérios e fluxos norteadores, situações prioritárias e formas de concretização. Tais definições podem englobar aspectos gerais do processo de trabalho e específicos por categoria profissional, conforme a realidade local. No **Capítulo 7** apresentamos a abordagem individual como transversal aos grupos, sendo que em situações clínicas específicas é proposto que sejam intensificados e diversificados os tipos de atendimento e as categorias profissionais envolvidas.

5.4 Integração entre a abordagem coletiva e a atividade física

Intervenções multicomponentes são centrais no manejo da obesidade por serem mais efetivas do que a atuação isolada (BRASIL, 2014b; NATIONAL HEALTH AND MEDICAL RESEARCH COUNCIL, 2013), com destaque para aquelas relacionadas à alimentação, mudanças de comportamento e prática de atividade física. Dessa forma, abordaremos a seguir a importância do movimento. Mas, antes, vamos esclarecer os conceitos de movimento, práticas corporais, atividade e exercício físico (**Box 5.3**).

BOX 5.3

DIFERENTES CONCEITOS RELACIONADOS AO MOVIMENTO DO CORPO

- **Atividade física ou movimento:** qualquer movimento do corpo produzido pelos músculos esqueléticos e que produza gasto energético, incluindo atividades no trabalho, na vida diária e no deslocamento, no lazer e na prática de esportes. Assim, o termo atividade física representa um conjunto de práticas corporais (BRASIL, 2014b; GONÇALVES; BASSO, 2005; NATIONAL HEALTH AND MEDICAL RESEARCH COUNCIL, 2013)
- **Práticas corporais:** atividades físicas expressas por esportes, danças, jogos e brincadeiras, lutas ou outras formas de movimento do corpo (BRACHT, 1999)
- **Exercício físico:** subcategoria da atividade física que se dá de forma planejada, estruturada e repetitiva, com objetivos diversos, como performance, saúde, reabilitação, etc. (GONÇALVES; BASSO, 2005). Ex.: caminhar 3 dias na semana, por 60 minutos; ou 4 dias da semana, por 40 minutos

O aconselhamento para o movimento – que pode e deve ser realizado por qualquer profissional de saúde – deve focar na redução de atividades sedentárias (Ex.: assistir televisão, utilizar computador, permanecer sentado durante grandes períodos de tempo, etc.), sendo o foco o movimento. Quando possível, recomenda-se a prática regular de exercício físico sob a orientação do profissional de Educação Física, por ser este o profissional capacitado para

ponderar os cuidados necessários às especificidades de cada um e dispor de estratégias diferenciadas de adesão. Já no caso de usuários com limitações de mobilidade e cardiorrespiratórias é importante a avaliação física pelo médico para identificar a necessidade de acompanhamento individual por profissional de Educação Física ou de Fisioterapia (BRASIL, 2014b; NATIONAL HEALTH AND MEDICAL RESEARCH COUNCIL, 2013).

O movimento traz benefícios socioafetivos, biológicos e cognitivos. Assim, propostas de atividade física e de práticas corporais devem valorizar as experiências dos usuários em seus contextos social, familiar, cultural e biológico, contemplando valores como empoderamento, autonomia e participação social (CARVALHO; NOGUEIRA, 2016). Danças regionais, jogos e brincadeiras típicas devem ser priorizados por propiciar ludicidade, encontro, criação e compartilhamento de objetivos, essenciais para a adesão ao cuidado.

A intensidade da prática de atividade física pode variar de muito leve a vigorosa (**Quadro 5.3**) segundo as Diretrizes do *American College of Sports Medicine* (AMERICAN COLLEGE OF SPORTS MEDICINE, 2018). As atividades leves (Ex.: alongamentos, caminhada em ritmo lento e *yoga*) e moderadas (Ex.: dança de ritmos moderados, caminhada rápida, jogos e brincadeiras, exercícios de resistência de carga leve a moderada) são as recomendadas para o trabalho em grupo com pessoas com obesidade, uma vez que atividades mais vigorosas, muitas vezes, demandam orientação e cuidados individualizados. Além disso, quanto mais especificidades o grupo apresentar (Ex.: pessoas com obesidade, hipertensão arterial e problemas articulares; idosos; etc.), mais especializada e planejada deverá ser a atividade (BRASIL, 2014b), sendo importante o apoio matricial dos profissionais de Educação Física e/ou de Fisioterapia.

Quadro 5.3 – Atividades físicas classificadas de acordo com a sua intensidade

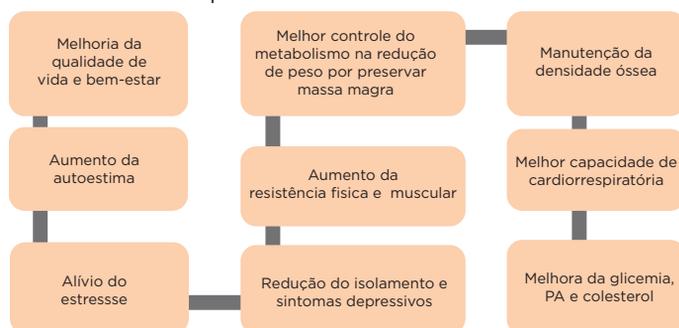
Muito leve/leve	Moderada	Vigorosa
<ul style="list-style-type: none"> Andar lentamente pela casa, rua, escritório ou shopping Arrumar cama, lavar louça ou cozinhar Realizar exercícios de alongamento ou práticas integrativas (Ex.: <i>yoga</i>) Costura, artesanato e bordado 	<ul style="list-style-type: none"> Andar com passo rápido Lavar janelas, garagem ou carro Dançar de forma lenta a moderada Jogos e brincadeiras Andar de bicicleta como lazer Praticar hidroginástica Exercícios de levantamento de peso, com carga leve a moderada 	<ul style="list-style-type: none"> Andar muito rápido, caminhar em inclinações, correr Andar de bicicleta na montanha ou competir Participar de esportes competitivos (Ex.: basquete, futebol, vôlei, natação, etc.) Pular corda

Fonte: American College of Sports Medicine, 2018; Farinatti, 2003.



A atividade física propicia benefícios para a saúde (**Figura 5.2**), que se ampliam com a evolução da intensidade e da regularidade (BRASIL, 2014b; NATIONAL HEALTH AND MEDICAL RESEARCH COUNCIL, 2013). Estima-se que estes benefícios possam ser alcançados com pelo menos **150-300 minutos de atividade física aeróbica com intensidade moderada**, ou pelo menos **75-150 minutos com intensidade vigorosa por semana**, devendo ser associada a mudanças na alimentação para que haja redução do peso corporal (NATIONAL HEALTH AND MEDICAL RESEARCH COUNCIL, 2013).

Figura 5.2 – Benefícios da prática regular de atividade física entre pessoas com obesidade



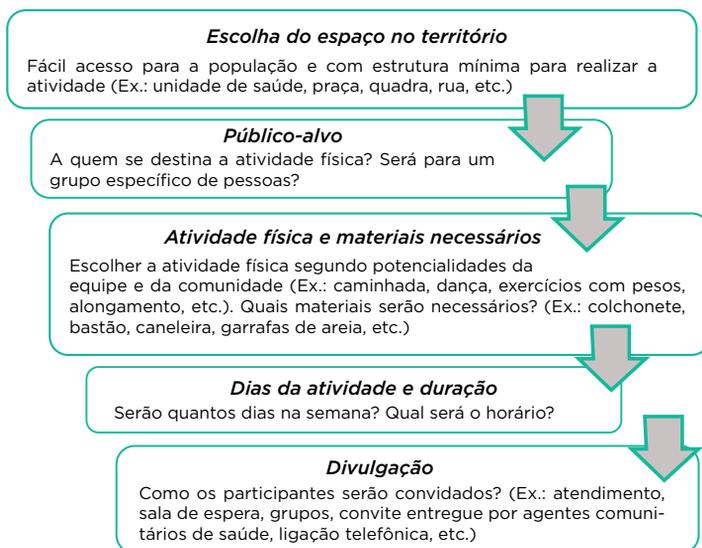
Fonte: Brasil, 2014b; National Health and Medical Research Council, 2013.

Nota: PA = Pressão arterial.

A prática regular de atividade física deve estar presente no cotidiano da unidade de saúde, como abordagem fundamental no manejo em saúde da população. Ademais, se destaca por seu potencial em reduzir peso, sendo, por isto, igualmente proposta como transversal aos grupos propostos neste Instrutivo (**Capítulo 7**). Aumentar o número de pessoas que praticam atividades físicas de forma regular é um objetivo da OMS para os anos de 2018 a 2030 (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2018).

A atividade física praticada coletivamente pode aumentar a motivação (NATIONAL HEALTH AND MEDICAL RESEARCH COUNCIL, 2013; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2020). Ela pode ser realizada em horários específicos na própria unidade de saúde ou no território (Ex.: praças, escolas, igrejas, pistas de caminhada, etc.). O Programa Academia da Saúde possui importante papel nesse sentido por ofertar atividade e exercício físico associado a outras ações de promoção da saúde (BRASIL, 2014b). Abaixo segue uma proposta de planejamento para a inclusão da prática de atividade física nas ações de cuidado ofertadas na unidade (**Figura 5.3**).

Figura 5.3 – Sugestão de planejamento para inclusão de atividade física na unidade de saúde



Fonte: Elaborado pelos autores.



MENSAGENS CENTRAIS DO CAPÍTULO

- **Autocuidado apoiado:** aumentar a confiança e habilidades do usuário para gerenciar seus problemas de saúde. Para sua efetivação, o profissional deve se desprender da figura prescritiva, assumindo o papel de PARCEIRO na tomada de decisões. A postura deve ser, portanto, acolhedora e humanizada, de escuta e valorização do usuário para a construção do vínculo, JAMAIS de culpabilização e de responsabilização
- **Trabalho em equipe** baseado na prática colaborativa interprofissional amplia o olhar, o número e qualidade das ações; fortalece o cuidado integral; torna mais efetivas as atividades coletivas; e contribui para o **apoio matricial**
- Equipes devem se planejar para as atividades coletivas
- O **facilitador** possui papel importante no sucesso e adesão do grupo
- Para fortalecer a **adesão** é importante promover o empoderamento do usuário para o autocuidado; construir conjuntamente o projeto terapêutico, com metas gradativas e realistas, respeitando as dificuldades e prontidão para mudança; e ter “bons encontros” que convoquem à mudança
- Abordagens coletivas e individuais devem ser realizadas conjuntamente e de forma interdisciplinar
- O aconselhamento para o **movimento** deve ser longitudinal e focar na redução de atividades sedentárias. Quando possível, também deve ser orientado o exercício físico por profissional especializado. **O foco é ser ativo!**



PARA SABER MAIS

1. **Apoio matricial e dimensões de trabalho do NASF-AB:**
BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Núcleo de Apoio à Saúde da Família**. Brasília, DF: MS, 2014. 116 p.
2. **Comunicação terapêutica em serviços de saúde:**
HADDAD, J. G. V. *et al.* A comunicação terapêutica na relação enfermeiro-usuário da atenção básica: um instrumento para a promoção da saúde e cidadania. **O Mundo da Saúde**, São Paulo v. 35, n. 2, p. 145-155, 2011.
3. **Uso de tecnologias na comunicação em saúde:**
KANNISTO, K. A. *et al.* Use of mobile phone text message reminders in health care services: a narrative literature review. **Journal of Medical Internet Research**, [s. l.], v. 16, n. 10, p. e222, 2014.
KLASNJA, P.; PRATT, W. Healthcare in the pocket: Mapping the space of mobile-phone health interventions. **Journal of Biomedical Informatics**, [s. l.], v. 45, p. 184-198, 2012.
4. **Diretrizes sobre exercício físico:**
AMERICAN COLLEGE OF SPORTS MEDICINE. **Diretrizes do ACSM para os testes de esforço e sua prescrição**. 10 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2018. p. 3.
5. **Sugestão de curso sobre autocuidado:**
BRASIL. Ministério da Saúde. Comunidade de Práticas. **Autocuidado: como apoiar a pessoa com diabetes**. [2014]. Disponível em: <https://avasus.ufrn.br/local/avasuplugin/cursos/curso.php?id=23>.

REFERÊNCIAS

AMERICAN COLLEGE OF SPORTS MEDICINE. **Diretrizes do ACSM para os testes de esforço e sua prescrição**. 10. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2018.

ANDRADE, A. C. V. *et al.* Planejamento das ações educativas pela equipe multiprofissional da Estratégia Saúde da Família. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 37, n. 4, p. 439-449, 2013.

APOLINARIO, D. *et al.* Short assessment of health literacy for Portuguese-speaking adults. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 46, n. 4, p. 702-711, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/pdf/rsp/v46n4/ao3816.pdf>. Acesso em: 3 set. 2019.

ARAUJO, T. A. M. *et al.* Multiprofissionalidade e interprofissionalidade em uma residência hospitalar: o olhar de residentes e preceptores. **Interface**, Botucatu, v. 21, n. 62, p. 601-613, 2017.

ARRUDA, L. S.; MOREIRA, C. O. F. Colaboração interprofissional: um estudo de caso sobre os profissionais do Núcleo de Atenção ao Idoso da Universidade Estadual do Rio de Janeiro (NAI/UERJ), Brasil. **Interface**, Botucatu, v. 22, n. 64, p. 199-210, 2018.

BASTOS, A. B. B. I. A técnica de grupos-operativos à luz de Pichon-Rivière e Henri Wallon. **Psicólogo inFormação**, São Bernardo do Campo, SP, v. 14, n. 14, p. 160-169, 2010.

BRACHT, V. A constituição das teorias pedagógicas da educação física. **Caderno Cedes**, São Paulo, ano 19, n. 48, p. 69-88, 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderno de atenção básica: obesidade**. Brasília, DF: MS, 2006.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Marco de referência de educação alimentar e nutricional para as políticas públicas**. Brasília, DF: MS, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica**. Brasília, DF: MS, 2014a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: obesidade**. Brasília, DF: MS, 2014b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Núcleo de Apoio à Saúde da Família**. Brasília, DF: MS, 2014c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Ideias e dicas para o desenvolvimento de processos participativos em saúde**. Brasília, DF: MS, 2016a.

BRASIL. Ministério da Saúde; UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. **Instrutivo: metodologia de trabalho em grupos para ações de alimentação e nutrição na atenção básica**. Brasília, DF: MS, 2016b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Contribuições dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família para a Atenção Nutricional**. Brasília, DF: MS, 2017.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social. Secretaria Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional. **Princípios e práticas para educação alimentar e nutricional**. Brasília, DF: MDS; SESAN, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde; ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Perspectivas e desafios no cuidado às pessoas com obesidade no SUS: resultados do Laboratório de Inovação no manejo da obesidade nas Redes de Atenção à Saúde**. Brasília, DF: MS, 2014.

CAMPOS, G. W. S.; DOMITTI, A. C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 399-407, 2007.

CARVALHO, F. F. B.; NOGUEIRA, J. A. D. Práticas corporais e atividades físicas na perspectiva da promoção da saúde na atenção básica. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 6, p. 1829-1838, 2016.



CERVATO-MANCUSO, A. M. Elaboração de programas educativos em alimentação e nutrição. In: DIEZ-GARCIA, R. W.; CERVATO-MANCUSO, A. M. **Mudanças alimentares e educação alimentar e nutricional**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017. p. 174-180.

CUNHA, G. T.; CAMPOS, G. W. S. Apoio matricial e atenção primária em saúde. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 961-970, 2011.

DAMASCENO, M. M. C. *et al.* A comunicação terapêutica entre profissionais e pacientes na atenção em diabetes mellitus. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 20, n. 4, p. 685-692, 2012.

DELEUZE, G. **Diferença e repetição**. São Paulo: Geral, 2006.

DIAS, V. P.; SILVEIRA, D. T.; WITT, R. R. Educação em saúde: o trabalho de grupos em atenção primária. **Revista de APS**, Juiz de Fora, v. 2, n. 2, p. 221-227, 2009.

DUCHESNE, M. *et al.* Evidências sobre a terapia cognitivo-comportamental no tratamento de obesos com transtorno da compulsão alimentar periódica. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, Porto Alegre, v. 29, n. 1, p. 80-92, 2007.

FARINATTI, P. T. V. Apresentação de uma versão em português do Compêndio de Atividades Físicas: uma contribuição aos pesquisadores e profissionais em fisiologia do exercício. **Revista Brasileira de Fisiologia do Exercício**, São Paulo, v. 2, p. 177-208, 2003.

FIGUEIREDO, M. F. S.; RODRIGUES NETO, J. F.; LEITE, M. T. S. Health education in the context of family health from the user's perspective. **Interface**, Botucatu, v. 16, n. 41, p. 315-329, 2012.

FREE, C. *et al.* The effectiveness of mobile-health technologies to improve health care service delivery processes: a systematic review and meta-analysis. **Plos Medicine**, Califórnia, v. 10, n. 1, p. e1001363, 2013.

GONÇALVES, A.; BASSO, A. C. Atividade física. In: GONZÁLEZ, F. J.; FENSTERSEIFER, P. E. (org.). **Dicionário crítico de educação física**. Ijuí: Editora Unijuí, 2005. p. 33-35.

HADDAD, J. G. V. *et al.* A comunicação terapêutica na relação enfermeiro-usuário da atenção básica: um instrumento para a promoção da saúde e cidadania. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 35, n. 2, p. 145-155, 2011.

KANNISTO, K. A.; HANNELE, M. H. K.; VÄLIMÄKI, M. A. Use of mobile phone text message reminders in health care services: a narrative literature review. **Journal of Medical Internet Research**, [s. l.], v. 16, n. 10, p. e222, 2014.

KLASNJA, P.; PRATT, W. Healthcare in the pocket: mapping the space of mobile-phone health interventions. **Journal of Biomedical Informatics**, [s. l.], v. 45, n. 1, p. 184-198, 2012.

LINDEN, S. **Educação alimentar e nutricional**: algumas ferramentas de ensino. 2. ed. São Paulo: Varela, 2011.

- MARQUES, S. R. L. **Letramento em saúde**: associação com dados sociodemográficos, autopercepção da saúde e qualidade de vida em adultos usuários da atenção primária à saúde. 2016. Dissertação (Mestrado em Ciências Fonoaudiológicas) - Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2016.
- MARQUES, S. R. L.; ESCARCE, A. G.; LEMOS, S. M. A. Letramento em saúde e autopercepção de saúde em adultos usuários da atenção primária. **CoDAS**, São Paulo, v. 30, n. 2, p. e20170127, 2018.
- MENDES, E. V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde**: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.
- MENDES, E. V. Entrevista: a abordagem das condições crônicas pelo Sistema Único de Saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 431-435, 2018.
- MINNITI, A. *et al.* Individual versus group therapy for obesity: comparison of dropout rate and treatment outcome. **Eating and Weight Disorders**, [s. l.], v. 12, n. 4, p. 161-167, 2007.
- MOTTA, D. G.; MOTTA, C. G.; FERRETTI, M. G. Aspectos psicológicos do aconselhamento dietético. *In*: DIEZ-GARCIA, R. W.; CERVATO-MANCUSO, A. M. **Mudanças alimentares e educação alimentar e nutricional**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017. p. 44-54.
- NATIONAL HEALTH AND MEDICAL RESEARCH COUNCIL. **Clinical practice guidelines for the management of overweight and obesity in adults, adolescents and children in Australia**. Melbourne: National Health and Medical Research Council, 2013.
- NUNES, A. P. O.; GARCIA, L. S. Aconselhamento nutricional para obesos. *In*: GALISA, M. *et al.* **Educação alimentar e nutricional**: da teoria à prática. Rio de Janeiro: Grupo GEN, 2014.
- PASKULIN, L. M. G. *et al.* Adaptação de um instrumento que avalia alfabetização em saúde das pessoas idosas. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 24, n. 2, p. 271-277, 2011.
- PAUL-EBHOHIMHEN, V.; AVENELL, A. A systematic review of the effectiveness of group versus individual treatments for adult obesity. **Obesity Facts**, Suíça, v. 2, n. 1, p. 17-24, 2009.
- PEREIRA, S. *et al.* Enfrentamentos para a implantação e manutenção de grupos educativos para gestantes na atenção básica em saúde. **Demetra**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, p. 1133-1146, 2017.
- RENJILIAN, D. A. *et al.* Individual versus group therapy for obesity: effects of matching participants to their treatment preferences. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, Washington, v. 69, n. 4, p. 717-721, 2001.
- RODRIGUES, E. M.; SOARES, F. P. T. P.; BOOG, M. C. F. Resgate do conceito de aconselhamento no contexto do atendimento nutricional. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 18, n. 1, p. 119-128, 2005.



ROYSTON, G. *et al.* Mobile health-care information for all: a global challenge. **The Lancet**, Reino Unido, v. 3, n. 7, p. e356-e357, 2015.

SANTOS, L. M. *et al.* Grupos de promoção à saúde no desenvolvimento da autonomia, condições de vida e saúde. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 40, n. 2, p. 346-352, 2006.

SEIGNEMARTIN, B. A. **Letramento em saúde e adesão ao tratamento medicamentoso de pacientes diabéticos tipo 2 em um hospital terciário**. 2018.

Dissertação (Mestrado em Ciências) – Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2018.

SOARES, S. M.; FERRAZ, A. F. Grupos operativos de aprendizagem nos serviços de saúde: sistematização de fundamentos e metodologias. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 2, p. 52-57, 2007.

TEIXEIRA, F. V.; PAIS-RIBEIRO, J. L.; MAIA, A. R. P. C. Crenças e práticas dos profissionais de saúde face a obesidade: uma revisão sistemática. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 58, n. 2, p. 254-262, 2012.

VINCHA, K. R. R. *et al.* Prática educativa em grupo: respondendo a inquietações. *In*: DIEZ-GARCIA, R. W.; CERVATO-MANCUSO, A. M. **Mudanças alimentares e educação alimentar e nutricional**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017. p. 318-326.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Framework for action on interprofessional education and collaborative practice**. Geneva: WHO, 2010. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70185/WHO_HRH_HP_N_10.3_eng.pdf;jsessionid=9D1C941E-38960D8680B4C8854AB943DE?sequence=1. Acesso em: 5 dez. 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global action plan on physical activity 2018-2030: more active people for a healthier world**. Geneva: WHO, 2018. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272722/9789241514187-eng.pdf>. Acesso em: 27 ago. 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **WHO guidelines on physical activity and sedentary behaviour**. Geneva: World Health Organization; 2020. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240015128>. Acesso em: 11 dez. 2020.

REGISTRO, MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Tão importante quanto desenvolver atividades coletivas é realizar o seu registro, monitoramento e avaliação. Essas etapas possibilitam verificar se as atividades atingiram os objetivos e, se não atingiram, adequá-las (BRASIL, 2005, 2015b, 2016).

O Ministério da Saúde tem investido em diversas estratégias de registro, monitoramento e avaliação em saúde, como e-SUS, SISVAN Web, Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) e Autoavaliação para Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (AMAQ). No entanto, a avaliação de atividades coletivas nos serviços de saúde ainda parece desarticulada com os sistemas de informação (DIAS; SILVEIRA; WITT, 2009). Pensando nisto, serão abordados neste capítulo os temas:



- Registro e monitoramento de atividades coletivas
- Avaliação das atividades coletivas

Mas, antes de, começar vamos conhecer os conceitos chave deste capítulo: registro, monitoramento e avaliação (**Box 6.1**). Na sequência, detalharemos como implementar cada uma destas etapas a partir dos sistemas disponíveis no SUS, e apresentar outras possibilidades que poderão ser adaptadas conforme a sua realidade local.



BOX 6.1

CONCEITOS DE REGISTRO, MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO APLICADOS ÀS ATIVIDADES COLETIVAS

Registro: transcrição e compilação, de forma sistematizada, dos dados relativos às atividades coletivas (data, horário, profissionais envolvidos e temas trabalhados, etc.) e aos participantes (sexo, idade, peso, altura, presença no encontro, consumo alimentar, etc.)

Monitoramento: acompanhamento contínuo, cotidiano de gestores e profissionais do desenvolvimento das atividades coletivas quanto aos seus objetivos e metas. É realizado pela análise de indicadores produzidos regularmente por diferentes fontes de dados oriundas da etapa de registro, visando melhorar a operacionalização das atividades coletivas. Para isto, deve ser capaz de verificar se os objetivos e metas das atividades estão sendo alcançados, e revê-las e adequá-las, se necessário. Ex.: assiduidade dos participantes, participação nas estratégias educativas propostas.

Avaliação: objetiva dar suporte aos processos decisórios relativos à implementação da atividade coletiva, subsidiando a identificação de problemas e reorientação das ações. A avaliação é importante para mensurar o impacto das ações implementadas pelos serviços sobre o estado de saúde da população. Dessa forma, subsidia gestores e profissionais de saúde com informações mais aprofundadas e detalhadas sobre o funcionamento e os efeitos da atividade coletiva. Ex.: Avaliar efetividade da atividade coletiva.

Fonte: Brasil, 2005; Sellera *et al.*, 2019.

6.1 Registro e monitoramento de atividades coletivas

O registro e o monitoramento das atividades coletivas contribuem para o aprimoramento do cuidado integral. O registro permite identificar o perfil dos participantes, as atividades ofertadas e os profissionais envolvidos (BRASIL, 2015b). Já o monitoramento possibilita observar se as atividades foram desenvolvidas conforme o planejado, e se alcançaram os resultados esperados.

O registro e o monitoramento auxiliam profissionais e gestores desde a realização do diagnóstico situacional até o fornecimento de dados para avaliação de efetividade. Além disso, são importantes para que o trabalho realizado na unidade de saúde seja contabilizado nos indicadores de produção do país, fortalecendo as políticas públicas e o SUS.

Nas atividades coletivas para usuários com obesidade é importante registrar e monitorar dados que vão além de sexo, idade e cadastro na unidade de saúde. Algumas informações que devem ser incluídas são: evolução da prontidão de mudança e da autoeficácia para reduzir peso (**Capítulo 7**), hábitos alimentares, prática de atividade física/exercício físico, medidas antropométricas, etc.

Na APS, o registro das atividades coletivas deve ser realizado no Sistema de Informação em Saúde da Atenção Básica (SISAB), a partir dos instrumentos da estratégia e-SUS Atenção Básica (e-SUS AB). A ficha para avaliação das atividades coletivas é um componente importante do sistema, permitindo possibilidades de uso, acesso às informações e emissão de relatórios tanto para Unidades Básicas de Saúde (UBS) que dispõem de computador com internet (Prontuário Eletrônico do Cidadão - PEC), quanto para as demais (Coleta de Dados Simplificada - CDS) (BRASIL 2015a, 2015c).

A utilização rotineira do e-SUS AB possibilita a compilação dos dados nacionais com boa qualidade, subsidia a tomada de decisão pela gestão e o planejamento de programas e estratégias, promovendo qualificação, disseminação e fortalecimento do cuidado em rede. Além disso, o registro de participação em atividades coletivas, pode ser visualizado no Prontuário Eletrônico do Cidadão durante o atendimento individual, facilitando o cuidado em rede (BRASIL, 2018a).

As atividades coletivas na APS podem ser registradas e monitoradas utilizando os seguintes instrumentos que integram o SISAB:

- **Ficha de Atividade Coletiva da Estratégia e-SUS AB (Figura 6.1)** - registra cada atividade coletiva após sua execução, incluindo reuniões de planejamento e discussões dos casos encaminhados para os grupos, atividades de educação em saúde e de mobilização social (BRASIL, 2018a, 2019a). Ela pode ser preenchida manualmente para digitação posterior ou diretamente no sistema e-SUS AB. Ela inclui dados sobre frequência e tipo das atividades, local de realização, adesão (público programado e presente), público alvo, profissionais envolvidos, medidas antropométricas, etc. Em caso de atividades que se repetem, como os encontros dos grupos fechados propostos no Instrutivo (**Caderno de Atividades Educativas**), o e-SUS AB oferece a possibilidade de “copiar” as fichas de atividade coletiva, simplificando a digitação dos dados (BRASIL, 2018a).

- **Fichas de Acompanhamento Nutricional e de Marcadores de Consumo Alimentar e Mapa de Acompanhamento Nutricional do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) (Figuras 6.2 a 6.4)** (BRASIL, 2015c) - identifica a situação alimentar e nutricional da população e subsidia a classificação de risco para organização da atenção. Após o cadastro e primeiro acompanhamento dos usuários no SISVAN Web (**Figura 6.2**), pode-se acompanhar sua evolução pelos marcadores de consumo alimentar (**Figura 6.3**) e pelo mapa de acompanhamento nutricional (**Figura 6.4**), e também é possível emitir relatórios com diferentes filtros, como a unidade de saúde, grupos de atendimento, entre outros (**Figura 6.3**). Tanto o cadastro quanto o mapa de acompanhamento podem ser preenchidos via e-SUS ou SISVAN Web, possibilitando acompanhar a evolução do estado nutricional e avaliar o impacto das atividades desenvolvidas (BRASIL, 2014b).

Na AE, as informações sobre atendimentos individuais e coletivos são compilados no Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIASUS) (BRASIL, 2019b). As atividades coletivas podem ser registradas no SIASUS conforme o código de procedimento (Código: 01.01.01.002-8), utilizando a opção “Atividade educativa/orientação em grupo na Atenção Especializada” (BRASIL, 2019c). Entretanto, na AE, o protocolo para registro das atividades coletivas não inclui detalhamento dos participantes. Dessa forma, caso considere pertinente, você poderá propor formulários próprios, haja vista a importância do registro das atividades coletivas.



Figura 6.2 - Cadastro e acompanhamento nutricional

	FICHA DE CADASTRO E ACOMPANHAMENTO NUTRICIONAL DO SISVAN	DIGITADO POR:	DATA:
		CONFERIDO POR:	FOLHA Nº:

Nº DO CARTÃO SUS DO PROFISSIONAL:	CBO:	CÓD. CNES UNIDADE:*	CÓD. EQUIPE (INE):	MICROÁREA:
ESTABELECIMENTO DE SAÚDE:	LOCAL DE ATENDIMENTO: ⁽¹⁾		DATA:*	

CADASTRO DO INDIVÍDUO

Nº CARTÃO SUS:*	NIS (Nº Identificação Social):	Data de Nascimento:*
Nome completo:*		
Nome completo da mãe:*		
<input type="checkbox"/> Desconhecido		
Sexo:*	Raça / Cor:*	Povo / Comunidade tradicional: ⁽²⁾
<input type="radio"/> 1. Masculino <input type="radio"/> 2. Feminino	<input type="radio"/> 1. Branca <input type="radio"/> 2. Preta <input type="radio"/> 3. Parda <input type="radio"/> 4. Amarela <input type="radio"/> 5. Indígena	
Nacionalidade:	Pais de Nascimento:	UF Nascimento:*
<input type="radio"/> Brasileira <input type="radio"/> Estrangeira		Município Nascimento:*
Frequenta ou frequentou escola ou creche?* <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		
Qual é o curso mais elevado que frequenta ou frequentou?		
<input type="radio"/> Creche <input type="radio"/> Pré-escola (exceto CA) <input type="radio"/> Classe de Alfabetização - CA <input type="radio"/> Ensino Fundamental 1ª a 4ª séries <input type="radio"/> Ensino Fundamental 5ª a 8ª séries <input type="radio"/> Ensino Fundamental Completo	<input type="radio"/> Ensino Fundamental Especial <input type="radio"/> Ensino Fundamental EJA - séries iniciais (Supletivo 1ª a 4ª) <input type="radio"/> Ensino Fundamental EJA - séries finais (Supletivo 5ª a 8ª) <input type="radio"/> Ensino Médio, Médio 2º Ciclo (Científico, Técnico e etc) <input type="radio"/> Ensino Médio Especial	<input type="radio"/> Ensino Médio EJA (Supletivo) <input type="radio"/> Superior, Aperfeiçoamento, Especialização, Mestrado, Doutorado <input type="radio"/> Alfabetização para Adultos (Mobral, etc) <input type="radio"/> Nenhum <input type="radio"/> Sem informação

PROGRAMAS VINCULADOS

<input type="checkbox"/> Programa Bolsa Família <input type="checkbox"/> SISVAN <input type="checkbox"/> PSE	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
--	--

CADASTRO DE DOMICÍLIO

Endereço completo (tipo de logradouro, nome do logradouro, número, complemento):			
Bairro:	CEP:	DDD:	Telefone:

ACOMPANHAMENTO NUTRICIONAL

Criança < 10 anos (peso em kg):*	Altura (em cm):*	Peso ao nascer (em gramas):	
Adolescente ≥ 10 e < 20 anos (peso em kg):*	Altura (em cm):*		
Adulto ≥ 20 e < 60 anos (peso em kg):*	Altura (em cm):*	Perímetro da cintura (em cm):	
Idoso ≥ 60 anos (peso em kg):*	Altura (em cm):*	Perímetro da panturrilha (em cm):	
Gestante (peso em kg):*	Altura (em cm):*	Peso pré-gestacional (em kg):	DUM:*/ /
Doenças* <input type="checkbox"/> Anemia falciforme <input type="checkbox"/> Osteoporose <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus <input type="checkbox"/> Outras doenças <input type="checkbox"/> Doenças cardiovasculares <input type="checkbox"/> Sem doenças <input type="checkbox"/> Hipertensão Arterial Sistêmica		Deficiências e/ou intercorrências* <input type="checkbox"/> Anemia ferropriva <input type="checkbox"/> IRA (Infecção Respiratória Aguda) <input type="checkbox"/> DDI (Distúrbio por Deficiência de Iodo) <input type="checkbox"/> Hipovitaminose A <input type="checkbox"/> Diarreia <input type="checkbox"/> Outras deficiências e/ou intercorrências <input type="checkbox"/> Infecções intestinais virais <input type="checkbox"/> Sem deficiências e/ou intercorrências	
Tipo de Acompanhamento* <input type="radio"/> Atendimento na Atenção Básica <input type="radio"/> <input type="radio"/> Chamada Nutricional <input type="radio"/> <input type="radio"/> Saúde na Escola		Grupos <input type="checkbox"/> Hipertensos <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Diabéticos <input type="checkbox"/>	

Fonte: Brasil, 2015c.

*Campo Obrigatório.

**Campo obrigatório apenas para crianças menores de 2 anos.

Legenda: (1) Povo / Comunidade tradicional, (2) Escolaridade, (3) Situação familiar, (4) Aleitamento materno.



Figura 6.4 – Mapa de acompanhamento nutricional do SISVAN

Ministério da Saúde / SAS / DAB / CGPAN

 SISVAN - Mapa de Acompanhamento Nutricional		Estabelecimento de Assistência à Saúde		Crianças					Gestante		Adulto				
		Nº CNES*:		Sexo (M/F)*	Data de Nascimento*	Data do Acompanhamento*	Peso (kg)*	Altura (cm)*	Índice de Massa Corporal (IMC)*	Peso ao nascer (g)	Peso Pré-natal (kg)	Data da última mensuração*	Gravíd. C/risco (em Risco aumentado (em AmB))	Diagnóstic (2)*	Intercorrênci (3)*
Nome*	Identificação (TP2017)*														
Endereço*															
Nome*															
Endereço*															
Nome*															
Endereço*															
Nome*															
Endereço*															

Fonte: Brasil, 2015c.

Além dos instrumentos ofertados pelos sistemas de informação do SUS, existem outros que podem ser úteis no registro e monitoramento das atividades coletivas. Veja:

- **Diário de Bordo (Figura 6.5)** – material **para o usuário** registrar informações, dúvidas e percepções sobre sua vivência no grupo. Atua como extensão dos encontros, incentivando a reflexão sobre as discussões do grupo para compartilhamento posterior (BRASIL; UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS, 2016). Para este registro, pode ser utilizado caderno ou bloco de notas. Nos roteiros do **Caderno de Atividades Educativas** são fornecidas sugestões para o seu uso.
- **Diário de Campo** – material voltado **para os profissionais de saúde** para a compilação das informações e percepções sobre as atividades coletivas. Nele registram-se pontos críticos das atividades, percepções sobre o andamento do grupo, dúvidas dos participantes, etc. Para esse registro também pode ser usado caderno ou bloco de notas.
- **Telemonitoramento** – uso de tecnologias de comunicação para fornecer suporte contínuo, seja por telefone, aplicativos/redes sociais ou computador, de forma a melhorar a adesão e gerar reflexão entre os encontros (GRAVES *et al.*, 2009; VANWORMER; BOUCHER; PRONK, 2006). Pelo telemonitoramento pode-se avaliar as atividades desenvolvidas, a compreensão do tema, o alcance das mudanças de comportamento, a intenção de permanecer e a satisfação com o grupo, etc. Pode ser útil também para facilitar a adesão de usuários que residem em regiões de difícil acesso, reforçando o vínculo e propiciando o monitoramento contínuo (SUKSOMBOON; POOLSUP; NGE, 2014).

Para escolher o melhor método é importante avaliar as tecnologias de comunicação usadas cotidianamente pelos participantes. No **Caderno de Atividades Educativas** constam algumas sugestões.

Figura 6.5 – Exemplo de Diário de Bordo



Fonte: Brasil; Universidade Federal de Minas Gerais, 2016.

6.2 Avaliação das atividades coletivas

A avaliação é um processo sistemático de análise qualitativa e/ou quantitativa da relevância, eficácia⁵, efetividade⁶ e eficiência⁷ das atividades, relacionando os resultados aos objetivos propostos. É útil para indicar dificuldades e propor alternativas para corrigir erros e remodelar a atividade. Por isso, deve ser realizada continuamente (BRASIL, 2013).

Avaliar não é vigiar ou fiscalizar. A avaliação não deve ser fundamentada em juízos subjetivos ou pessoais, mas em métodos e técnicas que permitam determinar se o que foi planejado foi alcançado e em que nível, e os principais resultados (CORRÊA; SENA, 2009).

Diferentes instrumentos podem ser utilizados simultaneamente para avaliar atividades coletivas. Os quantitativos caracterizam-se por perguntas objetivas, realizadas por questionário estruturado ou semiestruturado (BRASIL, 2016; CARVALHO *et al.*, 2016). Já os qualitativos constam de perguntas subjetivas de aspecto reflexivo, conduzidas por falas e impressões, obtidas em roteiros de entrevista, utilizados para guiar a conversa com o participante (CARVALHO *et al.*, 2016; DIAS; SILVEIRA; WITT, 2009).

⁵ Eficácia: o melhor que se pode fazer nas condições mais favoráveis.

⁶ Efetividade: melhoria na saúde nas condições usuais da prática cotidiana.

⁷ Eficiência: custo com o qual dada melhoria na saúde é alcançada.



Recomenda-se que a avaliação de atividades coletivas contemple as três etapas: 1) **observação da estrutura e do processo de trabalho**; 2) **avaliação do perfil dos usuários** (Ex.: sexo, idade, escolaridade, prontidão para mudanças, etc.) e **dos desfechos de interesse**; e 3) **avaliação pelos participantes dos encontros e atividades desenvolvidas**.

A primeira etapa do processo de avaliação – **observação da estrutura e do processo de trabalho do serviço de saúde** - favorece a compreensão do contexto da unidade de saúde e a adequação da proposta à realidade do serviço, permitindo identificar adaptações necessárias. Essa etapa pode ser baseada nos instrumentos de avaliação do PMAQ e da AMAQ (**Box 6.2**), e realizada antes de iniciar as atividades coletivas. Seus indicadores abordam desde recursos humanos, materiais e organização do trabalho, até a existência de atividades intersetoriais e interdisciplinares no território. Veja nas **Figuras 6.6 e 6.7** exemplos de avaliação quantitativa do processo de trabalho e das atividades coletivas construídas a partir do PMAQ e da AMAQ.

BOX 6.2 INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO

- **PMAQ:** tem como objetivo incentivar gestores e equipes a melhorarem o acesso e a qualidade dos serviços de saúde na APS. Para isso, propõe estratégias de qualificação, acompanhamento e avaliação do trabalho das equipes de saúde, mediante incentivo financeiro. Os resultados da avaliação do primeiro e segundo ciclo do PMAQ podem ser acessados no site da Secretaria de Atenção Primária à Saúde: <http://aps.saude.gov.br/>
- **AMAQ:** integra a segunda fase do PMAQ. Fornece um modelo de matriz de intervenção para melhoria da qualidade do serviço. É considerada como dispositivo de reorganização da equipe e da gestão mediante autoanálise, autogestão e identificação dos problemas, bem como na formulação das estratégias de intervenção para melhoria dos serviços, relações e processos de trabalho.

Fonte: Brasil, 2017.

A segunda etapa recomendada é a **avaliação das características dos participantes** (Ex.: idade, sexo, escolaridade, uso de tecnologias de comunicação, etc.) e **dos desfechos de interesse** (Ex.: antropometria, consumo alimentar, prontidão e autoeficácia para mudança, etc.). Esses dados são essenciais para guiar o tipo de abordagem e materiais utilizados para realizar adaptações necessárias e verificar os resultados. Na APS, o Mapa

de Acompanhamento Nutricional do SISVAN pode ser usado nesta etapa, e complementado por outros questionários quantitativos, se julgar necessário.

Figura 6.6 – Exemplo de questionário estruturado baseado no PMAQ e AMAQ

- 1. A equipe recebe apoio de outros profissionais para auxiliar ou apoiar na resolução de casos considerados complexos?**
a) Sim b) Não
- 2. Os profissionais que realizam o apoio matricial são:**
a) Do NASF-AB
b) Da vigilância em saúde
c) Da atenção especializada da rede
d) De hospitais
e) Do Programa Academia da Saúde
f) De Centros especializados (reabilitação, idoso, obesidade e outros)
- 3. A equipe realiza alguma atividade para o planejamento das atividades coletivas?**
a) Sim b) Não
- 4. A equipe realiza monitoramento e análise dos indicadores e informações de saúde?**
a) Sim b) Não
- 5. Com que frequência os profissionais da APS entram em contato com profissionais da atenção especializada para trocar informações sobre os usuários encaminhados?**
a) Sempre b) Algumas vezes c) Nunca
- 6. Com que frequência os profissionais da atenção especializada entram em contato com profissionais da APS para trocar informações sobre os usuários encaminhados pela ABS?**
a) Sempre b) Algumas vezes c) Nunca
- 7. A equipe realiza avaliação antropométrica (peso e altura) dos usuários atendidos?**
a) Sim b) Não
- 8. Após a identificação de usuário com obesidade, a equipe realiza alguma ação?**
a) Sim b) Não
- 9. A equipe desenvolve atividades voltadas à promoção da saúde?**
a) Sim b) Não
- 10. A equipe utiliza o “Guia Alimentar para a População Brasileira” de 2014 do Ministério da Saúde?**
a) Sim b) Não
- 11. A equipe desenvolve ações de atenção nutricional?**
a) Sim b) Não
- 12. A equipe desenvolve ações conjuntas com os profissionais do Programa Academia da Saúde?**
a) Sim b) Não

Fonte: Brasil, 2017.



Figura 6.7 – Exemplo de questionário semiestruturado baseado no PMAQ e na AMAQ

1. Quando um usuário é atendido na unidade de saúde e necessita ser encaminhado para uma consulta com profissionais da atenção especializada, quais são as possibilidades?
2. Quais ações de promoção da saúde são desenvolvidas?
3. Quais ações para o tratamento da obesidade a equipe realiza?
4. Quais ações de práticas corporais e atividade física são desenvolvidas?
5. Quais ações o NASF-AB apoia e/ou desenvolve com as equipes de APS?

Fonte: Brasil, 2017.

A terceira etapa é a **avaliação pelos participantes** dos encontros e atividades. É importante evitar perguntas indutivas ou com opções de resposta restritas (Ex.: sim ou não), visando obter a percepção do usuário. Alguns pontos importantes dessa etapa são avaliar (BRASIL; UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS, 2016):

- Compreensão da atividade pelo grupo;
- Participação - a metodologia propiciou a construção dialógica do conhecimento?;
- Empoderamento - os temas discutidos faziam parte da vida dos participantes e possuíam potencial para impactar suas escolhas de forma reflexiva?;
- Atividade alcançou o objetivo principal.

As fichas propostas pelos sistemas de informação do SUS fornecem dados para essa etapa. Por exemplo, na Ficha de Atividade Coletiva do e-SUS AB pode-se obter o número de participantes nos encontros (participação), as medidas antropométricas (alcance do objetivo principal no caso da obesidade). Nos relatórios de acompanhamento do SISVAN (**Figura 6.4**) pode-se analisar o desfecho de interesse: mudanças no estado nutricional.

Outro tipo de avaliação que pode também ser usado nessa etapa é a qualitativa (**Figura 6.8**) (CARVALHO *et al.*, 2016; DIAS; SILVEIRA; WITT, 2009).

Figura 6.8 – Sugestão de avaliação qualitativa a ser aplicada ao final de um encontro

1. Como vocês se sentiram com a atividade desenvolvida hoje?
2. Na opinião de vocês, qual é a importância do tema trabalhado?
3. O que vocês sabiam sobre o tema que discutimos?
4. O que as nossas discussões de hoje agregaram para a vida de vocês?
5. Sobre o tema que abordamos, quais são as dúvidas que restaram?
6. Quais são as mudanças que vocês consideram possíveis de realizar a partir do que conversamos?

Fonte: Brasil; Universidade Federal de Minas Gerais, 2016.

Lembre-se que, ainda que o resultado principal das atividades coletivas voltadas para o manejo da obesidade seja a redução de peso, é importante avaliar os desfechos intermediários, visando motivar novas conquistas e valorizar os ganhos obtidos (**Box 6.3**).

BOX 6.3**SUGESTÕES DE DESFECHOS INTERMEDIÁRIOS EM ATIVIDADES COLETIVAS DE MANEJO DA OBESIDADE**

- Evolução da motivação (estágios de mudança) e da confiança para mudar (autoeficácia)
- Marcadores de consumo alimentar da Ficha de Acompanhamento Nutricional do SISVAN (**Figura 6.2**) ou Avaliação do consumo alimentar. Sugere-se o teste “*Como está a sua alimentação?*”, baseado nas diretrizes do *Guia Alimentar para a População Brasileira* (BRASIL, 2014a, 2018b)
- Desfechos em saúde e qualidade de vida: prática de atividade e/ou exercício físico; função intestinal; adiposidade abdominal; pressão arterial; controle glicêmico; qualidade do sono; bem-estar; autoestima; humor; percepção de saúde e de qualidade de vida, etc. (BRASIL, 2014b)

A avaliação do resultado principal - redução ou manutenção do peso corporal - deve ser periódica (**Capítulo 7**) (BRASIL, 2014b). As metas propostas devem ser realistas, não oferecer riscos à saúde, negligenciar outros ganhos (BRASIL, 2014b) sem oferecer ou serem tratadas como objetivo estético.

Neste processo de avaliação, também é importante a autoavaliação da equipe. Refletir sobre o papel dos facilitadores e de cada um dos profissionais envolvidos, incluindo o gestor, na condução das atividades coletivas; o processo de trabalho empreendido; e o planejamento realizado pode contribuir para aprimorar as atividades coletivas de forma a melhor atender às necessidades dos usuários, famílias e comunidade.

Por fim, reforça-se a importância de realizar a avaliação desde o planejamento até o encerramento das atividades com instrumentos previamente definidos pela equipe (PAVA-CÁRDENAS *et al.*, 2017). A avaliação deve ser capaz de analisar os insumos disponíveis e atividades, produtos, desfechos intermediários e principais, de forma a serem condizentes com a realidade local. Veja no **Quadro 6.1** alguns parâmetros que podem ser utilizados.



Quadro 6.1 – Questões para o planejamento das atividades coletivas voltadas para o manejo da obesidade baseadas nos indicadores do PMAQ e da AMAQ

Itens de avaliação	Questões	
Recursos	<i>Humanos</i>	Quais são os profissionais disponíveis para atuar no manejo da obesidade no território? Há nutricionista?
		Há necessidade de capacitar os profissionais?
		De quais atividades estes profissionais podem participar?
		Quais serão os responsáveis pela condução das atividades?
	<i>Físicos</i>	Quais espaços da unidade podem ser usados para as atividades?
		Quais são os outros espaços disponíveis no território para executar as atividades?
	<i>Materiais</i>	Quais são os materiais disponíveis para as atividades?
		Há equipamentos antropométricos adequados para avaliação de usuários com obesidade (balanças de 150kg e 200kg, antropômetro e fita métrica inelástica)?
		É possível obter materiais de papelaria, de escritório e de apoio?
		Há computador e internet para registro das atividades nos sistemas de informação em saúde?
<i>Financeiros</i>	Há recursos financeiros para a compra de materiais para as atividades?	
Atividades	<i>Abordagem inicial</i>	Quais são as características da população com obesidade no território?
	<i>Grupos*</i>	Há demanda para realização do Grupo Motivacional?
		Há demanda para realização do Grupo Terapêutico 1?
		Há demanda para realização do Grupo Terapêutico 2?
		Há demanda para realização do Grupo Terapêutico 3?
	<i>Ações longitudinais</i>	A eSF realiza acompanhamento individual dos usuários com obesidade?
		Existe oferta de atividade e/ou exercício físico no território?
Quais outras ações são realizadas no território e que podem contribuir para o adequado manejo da obesidade?		

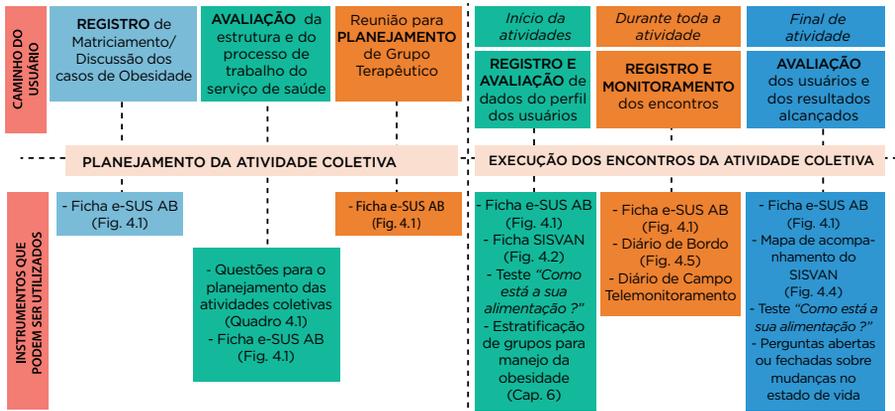
Fonte: Brasil, 2011.

Nota: eSF = equipe de Saúde da Família.

* Ver informações sobre os diferentes tipos de grupo no **Capítulo 7**.

Considerando a importância do registro, monitoramento e avaliação, e as dificuldades de uso dos instrumentos disponíveis no cotidiano de trabalho, apresentamos a seguir um fluxograma para apoiar a implementação do registro, monitoramento e avaliação das atividades coletivas (**Figura 6.9**).

Figura 6.9 – Fluxograma de utilização dos instrumentos de avaliação abordados neste capítulo



Fonte: Elaborado pelos autores.

O alinhamento com os sistemas de informações do SUS e os programas de avaliação da qualidade dos serviços de saúde é essencial para compreender a epidemia da obesidade e avaliar a efetividade das estratégias. Mas a escolha do melhor tipo de instrumento para registro, monitoramento e avaliação e os momentos de sua aplicação (planejamento, início, meio e/ou final da atividade) dependerão do contexto local (BRASIL, 2016; DIAS; SILVEIRA; WITT, 2009). Então, junto com as equipes, reflita e escolha o melhor método para a sua realidade!



MENSAGENS CENTRAIS DO CAPÍTULO

- Registro, monitoramento e avaliação são etapas essenciais no desenvolvimento de atividades coletivas por permitirem desenvolver e aprimorar as atividades e adequá-las às necessidades da população
- O registro das atividades coletivas deve ser realizado em alinhamento com sistemas nacionais
- O monitoramento permite observar se as atividades estão sendo desenvolvidas como planejado e se estão alcançando os resultados esperados, auxiliando na tomada de decisão quanto à sua manutenção ou alteração
- A avaliação deve ser realizada em todas as etapas, do planejamento à finalização das atividades coletivas, possibilitando compreender a estrutura e o processo de trabalho da unidade, perfil dos participantes e resultados alcançados, de forma a propor alternativas para remodelar a atividade, se necessário
- Os melhores instrumentos para registro, monitoramento e avaliação das atividades coletivas são aqueles aplicáveis à sua realidade!



PARA SABER MAIS

1. **Avaliação das ações de alimentação e nutrição na Atenção Básica:**
BRASIL. Ministério da Saúde. UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. *Avaliando as ações*. In: BRASIL. Ministério da Saúde, UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. **Instrutivo: metodologia de trabalho em grupos para ações de alimentação e nutrição na Atenção Básica**. Brasília, DF: MS, 2016.
2. **Avaliação em saúde:**
HARTZ, Z. M. A. **Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997. 132 p.
3. **Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional - SISVAN:**
BRASIL. Ministério da Saúde. **Orientações para avaliação de marcadores de consumo alimentar na atenção básica**. Brasília, DF: MS, 2015.
BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolos do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional - SISVAN na assistência à saúde**. Brasília, DF: MS, 2008.
BRASIL. Ministério da Saúde. **Orientações para a coleta e análise de dados antropométricos em serviços de saúde: Norma Técnica do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional - SISVAN**. Brasília, DF: MS, 2011. 76 p.
4. **e-SUS AB:**
BRASIL. **Série PEC Sem Dúvidas:**
<http://dab.saude.gov.br/portaldab/esus.php?conteudo=documentos&id=videos>.
5. **PMAQ:**
BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa nacional de melhoria do acesso e da qualidade da Atenção Básica - PMAQ**. Brasília, DF: MS, 2011.
PINTO, H. A.; SOUSA, A. N. A.; FERLA, A. A. O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: várias faces de uma política inovadora. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. esp., p. 358-372, 2014.
6. **AMAQ:**
BRASIL. Ministério da Saúde. **Autoavaliação para melhoria do acesso e da qualidade da Atenção Básica: AMAQ**. Brasília, DF: MS, 2017.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Avaliação na atenção básica em saúde: caminhos da institucionalização**. Brasília, DF: MS, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa nacional de melhoria de acesso e da qualidade da atenção básica - PMAQ**. Brasília, DF: MS, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.412, de 10 de julho de 2013**. Institui o Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB). Brasília, DF: MS, 2013. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prtl412_10_07_2013.html. Acesso em: 17 jul. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia alimentar para a população brasileira**. Brasília, DF: MS, 2014a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: obesidade**. Brasília, DF: MS, 2014b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Perguntas frequentes da estratégia e-SUS AB**. Brasília, DF: MS, 2015a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Registro de atividades coletivas permite reorientar ações e melhorar processos de trabalho**. Brasília, DF: MS, 2015b. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/noticias.php?conteudo=_&cod=2008. Acesso em: 15 nov. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Vigilância Alimentar e Nutricional**: documentos SISVAN Web. Brasília, DF: MS, 2015c. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_vigilancia_alimentar.php. Acesso em: 12 jan. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Autoavaliação para melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica**: Amaq. 2. ed. Brasília, DF: MS, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual instrutivo para as equipes de atenção básica e NASF**: Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ): Terceiro ciclo (2015-2017). Brasília, DF: MS, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **e-SUS Atenção Básica**: manual de uso do sistema com Prontuário Eletrônico do Cidadão – PEC (versão 3.1). Brasília, DF: MS, 2018a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Teste como está sua alimentação**. Brasília, DF: MS, 2018b. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/guadebolso_folder.pdf. Acesso em: 13 jan. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **e-SUS AB**: materiais de apoio (documentos, fichas e outros): ficha de atividade coletiva. Brasília, DF: MS, 2019a. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/ficha_atividade.pdf. Acesso em: 12 jan. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS. **SIA**: Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS. Brasília, DF: MS, 2019b. Disponível em: <http://datasus.saude.gov.br/sistemas-e-aplicativos/ambulatoriais/sia>. Acesso em: 18 jan. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS. **SIGTAP**: Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS: procedimento. Brasília, DF: MS, 2019c. Disponível em:



<http://sigtap.datasus.gov.br/tabela-unificada/app/sec/procedimento/exibir/0101010028/03/2019>. Acesso em: 4 mar. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde; UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. **Instrutivo**: metodologia de trabalho em grupos para ações de alimentação e nutrição na atenção básica. Brasília, DF: MS, 2016.

CARVALHO, M. C. V. S. *et al.* **Avaliação de ações de educação alimentar e nutricional (EAN) na escola**: Projeto MDS/SESAN/CNPq. Rio de Janeiro: UFRJ, 2016. Disponível em: <http://www4.planalto.gov.br/consea/publicacoes/avaliacao-de-aco-es-de-ean/avaliacao-de-aco-es-de-ean-na-escola/1-avaliacao-de-aco-es-de-ean-na-escola.pdf>. Acesso em: 5 dez. 2018.

CORRÊA, E. J.; SENA, R. R. **Planejamento e elaboração de projetos para grupos comunitários**. 2. ed. Belo Horizonte: Núcleo de Educação em Saúde Coletiva, 2009.

DIAS, V. P.; SILVEIRA, D. T.; WITT, R. R. Educação em saúde: o trabalho de grupos em atenção primária. **Revista da Atenção Básica**, Juiz de Fora, v. 12, n. 2, p. 221-227, 2009.

GRAVES, N. *et al.* Cost-effectiveness of a telephone-delivered intervention for physical activity and diet. **PloS One**, California, v. 4, n. 9, p. e7135, 2009.

PAVA-CÁRDENAS, A. *et al.* Concepções e aplicações da avaliação de processo educativo. *In*: DIEZ-GARCIA, R. W.; CERVATO-MANCUSO, A. M. (ed.). **Mudanças alimentares e educação alimentar e nutricional**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017. p. 373-382.

SELLERA, P. E. G. *et al.* A implantação do Sistema de Monitoramento e Avaliação da Secretaria Estadual de Saúde do Distrito Federal (SES/DF). **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 6, p. 2085-2094, 2019. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v24n6/1413-8123-csc-24-06-2085.pdf>. Acesso em: 8 set. 2019.

SUKSOMBOON, N.; POOLSUP, N.; NGE, Y. L. Impact of phone call intervention on glycemic control in diabetes patients: a systematic review and meta-analysis of randomized, controlled trials. **PloS One**, California, v. 9, n. 2, p. e89207, 2014.

VANWORMER, J. J.; BOUCHER, J. L.; PRONK, N. P. Telephone-based counseling improves dietary fat, fruit, and vegetable consumption: a best-evidence synthesis. **Journal of the American Dietetic Association**, Philadelphia, v. 106, n. 9, p. 1434-1444, 2006.

METODOLOGIA DE GRUPOS PARA CUIDADO DA PESSOA COM OBESIDADE

As atividades deste Instrutivo foram planejadas para que diferentes categorias profissionais possam executá-las. Mas, sempre que necessário, a equipe deverá buscar o apoio de categorias específicas. A seguir, apresentamos a metodologia de grupos proposta para o cuidado de pessoas com obesidade no SUS, a partir dos seguintes tópicos:



- Estratégias educativas
- Abordagem inicial dos usuários com obesidade: quem participa dos grupos?
- Tipos de grupos

7.1 Estratégias educativas

O grupo é um espaço objetivo e subjetivo que possibilita a criação de redes sociais e compartilhamento de vivências (BRASIL; UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS, 2016; DIAS; SILVEIRA; WITTI, 2009; VINCHA *et al.*, 2017). Os participantes experimentam diferentes contatos que possibilitam construções coletivas e novas vivências, mediadas pela experiência dos profissionais. Este processo modifica tanto os usuários quanto os profissionais (BRASIL; UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS, 2016; DIAS; SILVEIRA; WITTI, 2009; FREIRE, 1970; ZANELLA; PEREIRA, 2001).

Para facilitar a construção da identidade grupal é importante que os participantes tenham características em comum, como a condição de obesidade e o pertencimento ao mesmo território, de forma a aproximá-los (BRASIL, 2014b).

Um grupo pode ser aberto ou fechado. A escolha depende de fatores como demanda, objetivos terapêuticos, infraestrutura e tempo disponível (BRASIL, 2014a, 2014b). O **grupo fechado** tem sido indicado para o cuidado de pessoas com



obesidade (VINCHA *et al.*, 2017), sendo, por isto, adotado neste Instrutivo. Este tipo de grupo possui um número pré-estabelecido de encontros, e inicia e termina com os mesmos participantes. Devido ao maior convívio dos envolvidos, o grupo fechado favorece o vínculo, reforça a confiança mútua e o compartilhamento de experiências. Além disso, reduz a necessidade de repetição de informações, sendo a cada encontro discutidos novos temas, evitando a desmotivação. Entretanto, exige maior cuidado no planejamento e condução pela equipe.

Para garantir a participação ativa no grupo, o número de participantes deve garantir que todos se manifestem e se sintam assistidos, sem colocar em risco a comunicação visual e auditiva. Sugere-se que os encontros tenham no máximo 20 participantes (BRASIL; UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS, 2016).

Neste Instrutivo é utilizada como estratégia educativa principal o método de **oficinas**. Este método objetiva promover a construção de conhecimento pela reflexão sobre um tema central, inserido em um contexto social, congregando informações e reflexões e relacionando-as com significados afetivos e vivências, de forma a envolver as pessoas integralmente. A oficina contempla três momentos distintos (AFONSO, 2010; BRASIL; UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS, 2016):

- Inicial – preparação dos participantes com apresentação dos objetivos e atividades. Pode incluir técnicas de “relaxamento” e/ou “aquecimento”;
- Intermediário – realização de atividades que facilitem a reflexão e a elaboração do tema. Este momento pode ser subdividido em: a) Utilização de técnicas para sensibilização, motivação, reflexão e comunicação; b) Conversa e reflexão sobre os sentimentos e ideias do grupo sobre as situações vividas; c) Expansão das vivências, relacionando-as com o cotidiano; d) Exposição e análise de informações sobre o tema, comparadas às experiências dos participantes, para esclarecimentos;
- Sistematização e avaliação – visualização, pelos participantes, da produção do grupo, acompanhado do desenvolvimento da reflexão e síntese.

Além do método de oficinas, neste Instrutivo são trabalhadas outras estratégias educativas de forma a promover encontros dinâmicos, participativos, e que possibilitem a construção do vínculo e da autonomia. Se você já conhece o “*Instrutivo - Metodologia de Trabalho em Grupos para Ações de Alimentação e Nutrição na Atenção Básica*” (BRASIL; UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS, 2016), possivelmente já terá utilizado algumas das estratégias educativas aqui propostas. Mas, também temos novidades.

- **Oficina:** com até 60 minutos, visa possibilitar a reflexão sobre um tema. No Instrutivo estão inclusos os roteiros detalhados

(**Caderno de Atividades Educativas**) com: Objetivos; Referencial teórico; Leitura adicional; Descrição das atividades educativas; etc.

- **Ação no ambiente:** com até 20 minutos de duração, é uma estratégia coletiva que propõe a modificação visual do ambiente (Ex.: exposição de objetos, alimentos, figuras, etc.) mediante a inclusão de objetos estranhos à rotina do espaço físico, de forma a promover a curiosidade, o afeto (do verbo afetar) e a reflexão crítica;
- **Mensagem por aplicativo:** tecnologia de comunicação individual não presencial, utilizada nos intervalos dos encontros para integrar e acolher os participantes mediante o convite e a motivação para participação, aprofundar os temas e promover a reflexão para além do grupo. Para sua aplicação, é preciso verificar a alfabetização dos participantes e a utilização do celular (celular deve ser do participante, evitando usar o número de familiares), pois deverá ser adotada apenas se todos utilizarem aplicativo de mensagem. Para envio, o profissional poderá criar um grupo ou enviar individualmente;
- **Ligação telefônica:** estratégia individual não presencial, com duração de cerca de 2 minutos, sugerida para quando não for possível usar aplicativo de mensagens;
- **Mensagem escrita:** alternativa para quando não for possível efetuar ligação telefônica;
- **Cartão postal:** visa motivar a participação no grupo e promover a reflexão sobre os temas trabalhados nos encontros. Devem ser entregues pelos ACS, dado o seu vínculo com os usuários. Caso não seja possível entregar o Cartão pessoalmente, poderá ser enviado por aplicativo de mensagens;
- **Diário de Bordo:** caderno de anotações do usuário para o registro de sentimentos, emoções, experiências, reflexões, construções e comentários sobre a participação no grupo, bem como barreiras à mudança e manutenção de novos comportamentos. Ele visa promover a reflexão sobre a mudança, motivando a participação ativa do usuário no cuidado da saúde. O registro poderá ser feito por anotações, colagens, desenhos ou adesivos.

7.2 Abordagem inicial dos usuários com obesidade: quem participa dos grupos?

Este Instrutivo foi planejado para pessoas com 20 anos ou mais, com obesidade (para obter diagnóstico, consultar **Box 7.1**). Singularidades



deverão ser consideradas pela equipe de saúde, assim como adaptações para outros ciclos de vida.

BOX 7.1

SUGESTÃO DE LEITURA PARA DIAGNÓSTICO DA OBESIDADE

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Orientações para a coleta e análise de dados antropométricos em serviços de saúde:** Norma Técnica do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional. Brasília, DF: MS, 2011. 76 p.

Para definir o caminho a ser percorrido pela pessoa com obesidade nos grupos, foi proposto um instrumento rápido e simples, denominado ***Estratificação de Grupos para Manejo da Obesidade*** (Apêndice A - final do capítulo e do Instrutivo). Esse instrumento deverá ser aplicado pelo profissional de primeiro contato do usuário, preferencialmente médico ou enfermeiro, mas suas informações também podem ser obtidas a partir do prontuário, em outros atendimentos, no acolhimento, via ACS, etc. Ele inclui informações sobre os estágios de mudança e a autoeficácia para redução de peso, tempo disponível e desejo para participar de grupos com 6 meses ou mais de duração, e se o usuário atende aos critérios para realizar cirurgia bariátrica.

A primeira parte do instrumento ***Estratificação de Grupos para Manejo da Obesidade*** deverá ser aplicada em todos os usuários (identificação do usuário, medidas de peso e altura). Caso o usuário não possua obesidade, ele deverá ser convidado para participar das ações de promoção da alimentação adequada e saudável disponíveis na unidade ou no território (Ex.: grupos da unidade, do Programa Academia da Saúde, etc.). Para aqueles com obesidade, o profissional deverá perguntar sobre sua disponibilidade de tempo e desejo de participar de grupos com seis ou mais meses de duração. A seguir, deve verificar se o usuário atende aos critérios de cirurgia bariátrica mediante consulta ao prontuário ou outros registros da unidade. E, por fim, identificar o estágio de mudança e o grau de autoeficácia do usuário para redução do peso (**Box 7.2**). A partir destas informações, será possível definir o grupo que o usuário participará, consultando a ***Estratégia para Cuidado da Pessoa com Obesidade*** (**Figura 7.1 e 7.2**) e os grupos disponíveis na unidade.

Caso o usuário não deseje participar do grupo, é importante trabalhar durante os atendimentos individuais a motivação para o cuidado, esclarecendo que a obesidade é uma doença e que a unidade oferece tratamento. Algumas

vezes, o usuário também mostra-se desinteressado na participação de grupos por desconhecer a metodologia de trabalho e o seu potencial. Desta forma, é importante esclarecer que a atividade em grupo possibilita a troca de informações sobre situações de vida e alternativas para situações-problema, bem como potencializa o apoio para mudanças. Além disso, deverá ser apresentado para o usuário o funcionamento do grupo, com informações sobre dia, local dos encontros, horário, duração, metas e temas abordados.

BOX 7.2 PASSOS PARA A DEFINIÇÃO DOS GRUPOS

- 1 - Profissional de primeiro contato aplica a ***Estratificação de Grupos para Manejo da Obesidade***
- 2 - Usuário sem obesidade: direcionar para ações de promoção da alimentação adequada e saudável
- 3 - Usuário com obesidade: continuar a responder o instrumento
- 4 - A partir dos resultados, consultar a ***Estratégia para Cuidado da Pessoa com Obesidade*** para definir o grupo que o usuário participará segundo prontidão para mudança, gravidade da doença e disponibilidade de tempo e desejo de participar de grupos com 6 meses ou mais de duração
- 5 - Usuário é encaminhado para o grupo, com informação de dia, horário e local

Fonte: Elaborado pelos autores.

7.2.1 Estratégia para o Cuidado da Pessoa com Obesidade

As atividades deste Instrutivo foram baseadas em evidências científicas (BRASIL, 2014a, 2014b; CARVALHO *et al.*, 2018; REIS; PASSOS; SANTOS, 2018) e na experiência da equipe de pesquisa sobre o cuidado de pessoas com obesidade, com o objetivo de propor grupos efetivos, alcançar manutenção dos ganhos obtidos e favorecer a continuidade do cuidado.

Para isto, foi proposta uma ***Estratégia para o Cuidado da Pessoa com Obesidade*** segundo o nível de atenção - APS (Figura 7.1) e AE (Figura 7.2). São instrumentos simples e rápidos, que norteiam o fluxo do usuário com obesidade na unidade a partir de diferentes propostas terapêuticas, que consideram a organização do serviço, prontidão para mudança, autoeficácia, gravidade da doença, tempo e desejo de participar de grupos e evolução do usuário. É importante enfatizar que os grupos deverão ser factíveis com a realidade local, ou seja, a ***Estratégia para o cuidado*** proposta deve e pode ser modificada. Caso haja dificuldades para ofertar simultaneamente os diferentes tipos de grupos propostos, uma boa alternativa é a condução compartilhada dos



grupos por todas as equipes da unidade de saúde, assim o grupo deixa de ser de determinada equipe e passa a ser de responsabilidade de toda a unidade.

A seguir, alguns esclarecimentos sobre a **Estratégia para o Cuidado da Pessoa com Obesidade**:

- Está alinhada à Portaria nº 424, que redefine as diretrizes para a organização da prevenção e do tratamento do sobrepeso e obesidade como linha de cuidado prioritária da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas; portanto, pessoas com sobrepeso (IMC=25,0 kg/m² a 29,9 kg/m²) não são público alvo (BRASIL, 2013);
- Equipes deverão avaliar a necessidade da oferta de farmacoterapia (BRASIL, 2014a);
- O acompanhamento individual e a prática de atividade e/ou exercício físico são estratégias transversais que deverão ser desenvolvidas longitudinalmente, inclusive nos casos de alta;
- Casos mais complexos ou com IMC≥40 kg/m² deverão ser assistidos na AE (ambulatorial ou hospitalar), se disponíveis, cabendo à APS a coordenação do cuidado (BRASIL, 2014a);
- Os grupos apresentam metas específicas segundo as modalidades. A redução ponderal é a meta central para o tratamento da obesidade, e neste Instrutivo, varia de 5% a 10% do peso corporal, identificado na abordagem inicial considerando que a redução de pelo menos 5% promove melhorias na saúde (Ex.: pressão arterial e glicemia) (BRASIL, 2014a, 2014b), e é utilizada pela maioria das diretrizes de tratamento para obesidade no mundo (ARGENTINA, 2014; BRASIL, 2014a, 2014b; NATIONAL HEALTH AND MEDICAL RESEARCH COUNCIL, 2013; NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CARE EXCELLENCE, 2014);
- Usuários sem tempo ou que não desejam participar de grupos com 6 ou mais meses de duração, poderão ser convidados para o **Grupo Motivacional (GM)**, uma vez que este grupo inclui apenas três encontros com intervalos de 30 dias, o que pode ser mais facilmente adaptado à rotina do usuário. Na AE, usuários com este perfil poderão ser contrarreferenciados para a APS, caso haja o grupo disponível na unidade de saúde. Mas, caso considerem pertinente, poderão implementar o GM;
- Usuários que realizaram cirurgia bariátrica deverão ser acompanhados de forma individual e longitudinal na APS, e caso haja ganho de peso, deverão ser convidados para o GT1.

No **Quadro 7.1** estão descritas as características dos participantes, as metas e as condutas recomendadas após a reavaliação.

Quadro 7.1 (PARTE 1) – Descrição dos grupos propostos no Instrutivo

Grupo e Atividades	Participantes	Metas	Encaminhamento após reavaliação
Grupo Motivacional (GM) , acompanhamen- to individual longitudinal e prática regular de atividade e/ou exercício físico orientado	<ul style="list-style-type: none"> - Estágios de <i>pré-contemplação ou con-templação</i> para redução do peso, inde- pendente da autoeficácia - Estágio de <i>preparação e baixa auto-eficácia</i> - Sem tempo ou desejo de participar de grupos por 6 ou mais meses, indepen- dentemente do estágio de mudança ou da autoeficácia 	<ul style="list-style-type: none"> - Despertar para importância de mudar (evolução dos estágios de mudança e autoeficácia) 	<ul style="list-style-type: none"> - Usuário sem evolução: continuar em acom- panhamento individual longitudinal na APS e motivar para prática regular de atividade ou exercício físico orientado - Usuário evoluiu para estágios de <i>preparação com alta autoeficácia</i> ou <i>ação/manutenção</i> e possui tempo e desejo de participar de grupos com maior tempo de duração: encaminhar para GT conforme <i>Estratégia de Cuidado</i>
Grupo Terapêutico (GT) 1 , acompanhamen- to individual longitudinal e prática regular de atividade e/ou exercício físico orientado	<ul style="list-style-type: none"> - Usuários sem indicação de cirurgia bariátrica (Box 7.3): * Nos estágios de mudança de <i>preparação com alta autoeficácia</i>; * Nos estágios de mudança de <i>ação ou manutenção</i> - Usuários após cirurgia bariátrica que apresentam reganho de peso 	<ul style="list-style-type: none"> - Reduzir 5% do peso corporal 	<ul style="list-style-type: none"> - Se alcançar meta: encaminhar para GT3 - Se não alcançar meta: novo ciclo do GT1 + AI com nutrição - Após segundo ciclo do GT1 não alcançou a meta: encaminhar para PTS - Após segundo ciclo do GT1 alcançou a meta: encaminhar para GT3

continua



conclusão

Grupo e Atividades	Participantes	Metas	Encaminhamento após reavaliação
<p>GT2, acompanhamento individual compartilhado e de Nutrição, se disponível, e prática regular de atividade e/ou exercício físico orientado</p> <p>GT3, acompanhamento individual longitudinal e prática regular de atividade e/ou exercício físico orientado</p> <p>Fonte: Elaborado pelos autores.</p>	<p>- Usuários com indicação de cirurgia bariátrica (Box 7.3):</p> <ul style="list-style-type: none"> * Nos estágios de <i>preparação com alta autoeficácia</i> * Nos estágios de <i>ação ou manutenção</i> 	<p>Reduzir 10% do peso corporal</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Se não alcançar meta: encaminhar para PTS - Se alcançar meta, verificar se cirurgia bariátrica está agendada para data próxima: * Se NÃO, iniciar novo ciclo do GT2 * Se SIM, encaminhar para GT3
<p>- Com sucesso no GT1 ou GT2</p>	<p>Manter ganhos obtidos</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Se não alcançar meta: encaminhar para Atendimento Compartilhado, e elaborar novo Plano de Ação - Se alcançar meta: encaminhar para alta 	

Nota: PTS = Projeto Terapêutico Singular. GT = Grupo Terapêutico. AI = Atendimento individual.

BOX 7.3

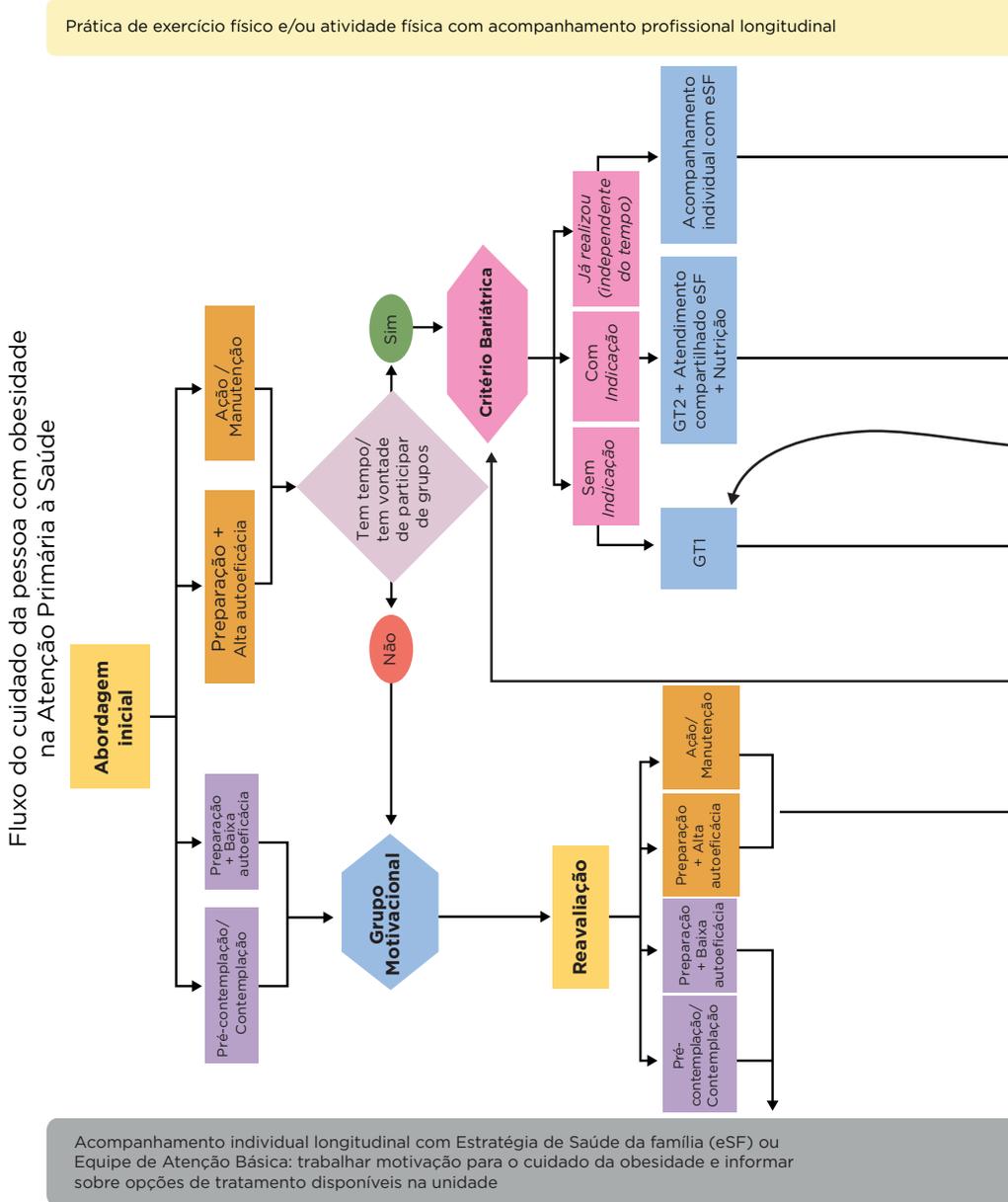
CRITÉRIOS PARA INDICAÇÃO DE CIRURGIA BARIÁTRICA

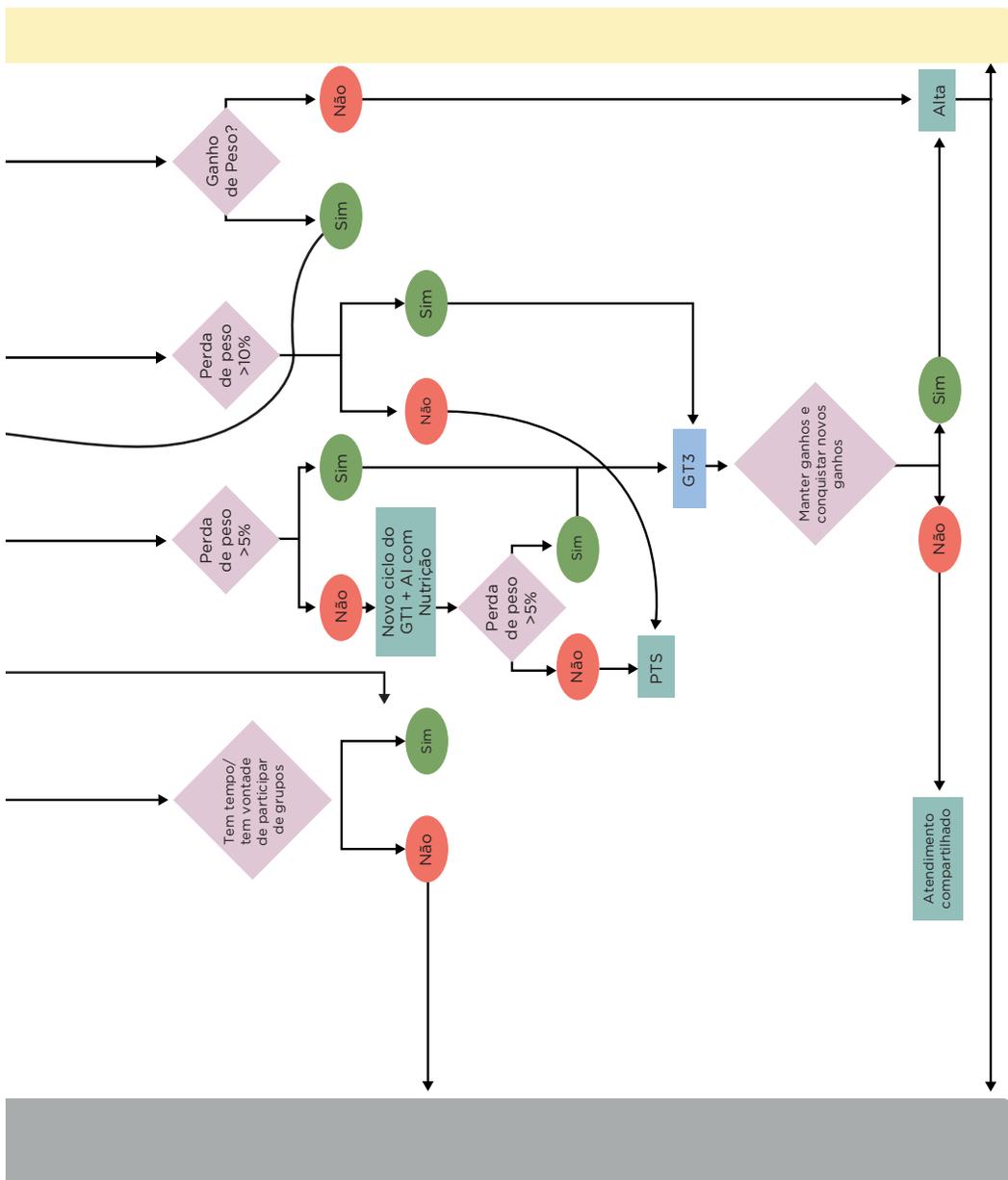
- Indivíduos que apresentem $IMC \geq 50 \text{ Kg/m}^2$
- Indivíduos que apresentem $IMC \geq 40 \text{ Kg/m}^2$, com ou sem comorbidades, sem sucesso no tratamento clínico longitudinal realizado, na Atenção Primária à Saúde e/ou na Atenção Especializada, por no mínimo dois anos e que tenham seguido protocolos clínicos
- Indivíduos com $IMC \geq 35 \text{ kg/m}^2$ e com comorbidades (alto risco cardiovascular, diabetes *mellitus* e/ou hipertensão arterial de difícil controle, apneia do sono, doenças articulares degenerativas), sem sucesso no tratamento clínico longitudinal realizado por no mínimo dois anos e que tenham seguido protocolos clínicos

Fonte: Brasil, 2013.



Figura 7.1 – Estratégia para o Cuidado da Pessoa com Obesidade na Atenção Primária à Saúde





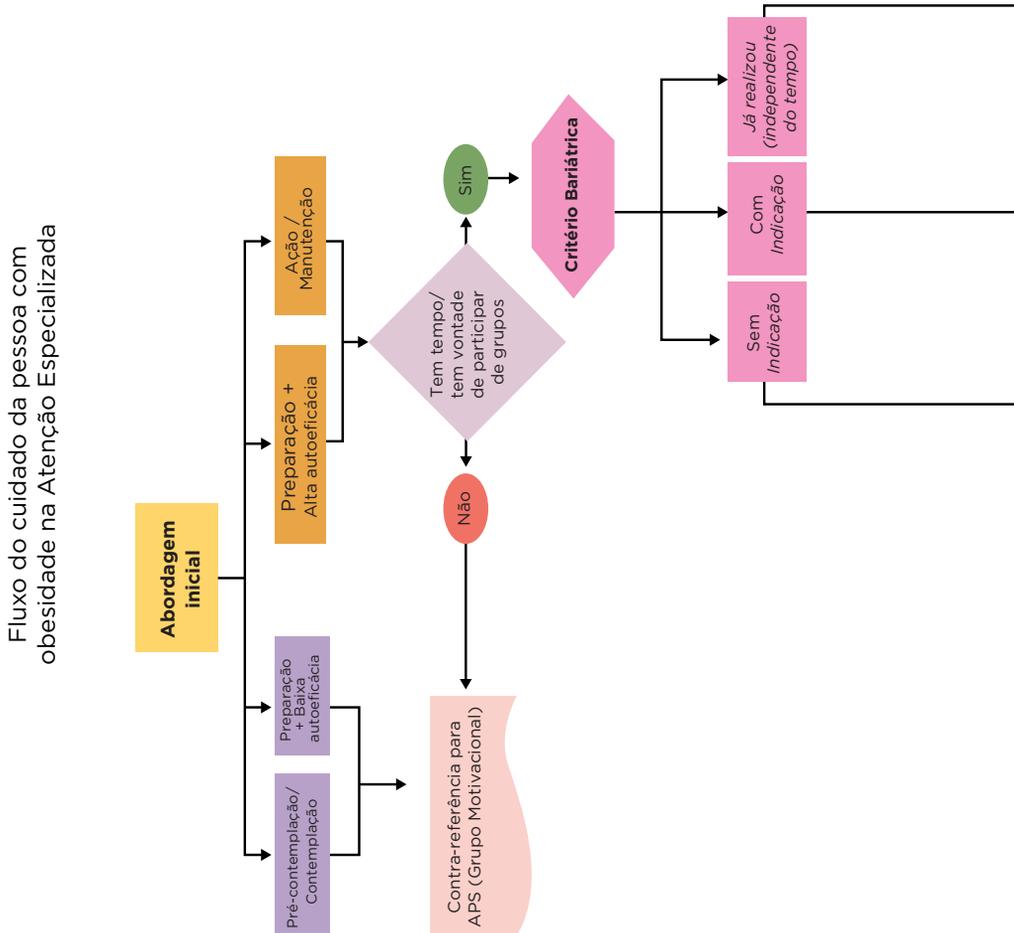
Fonte: Elaborado pelos autores.

Nota: AI = Atendimento Individual; PTS= Projeto Terapêutico Singular; GT= Grupo Terapêutico. Para mais detalhes sobre o PTS e o Atendimento compartilhado consulte o **Material Teórico para Suporte ao Manejo da Obesidade no Sistema Único de Saúde**

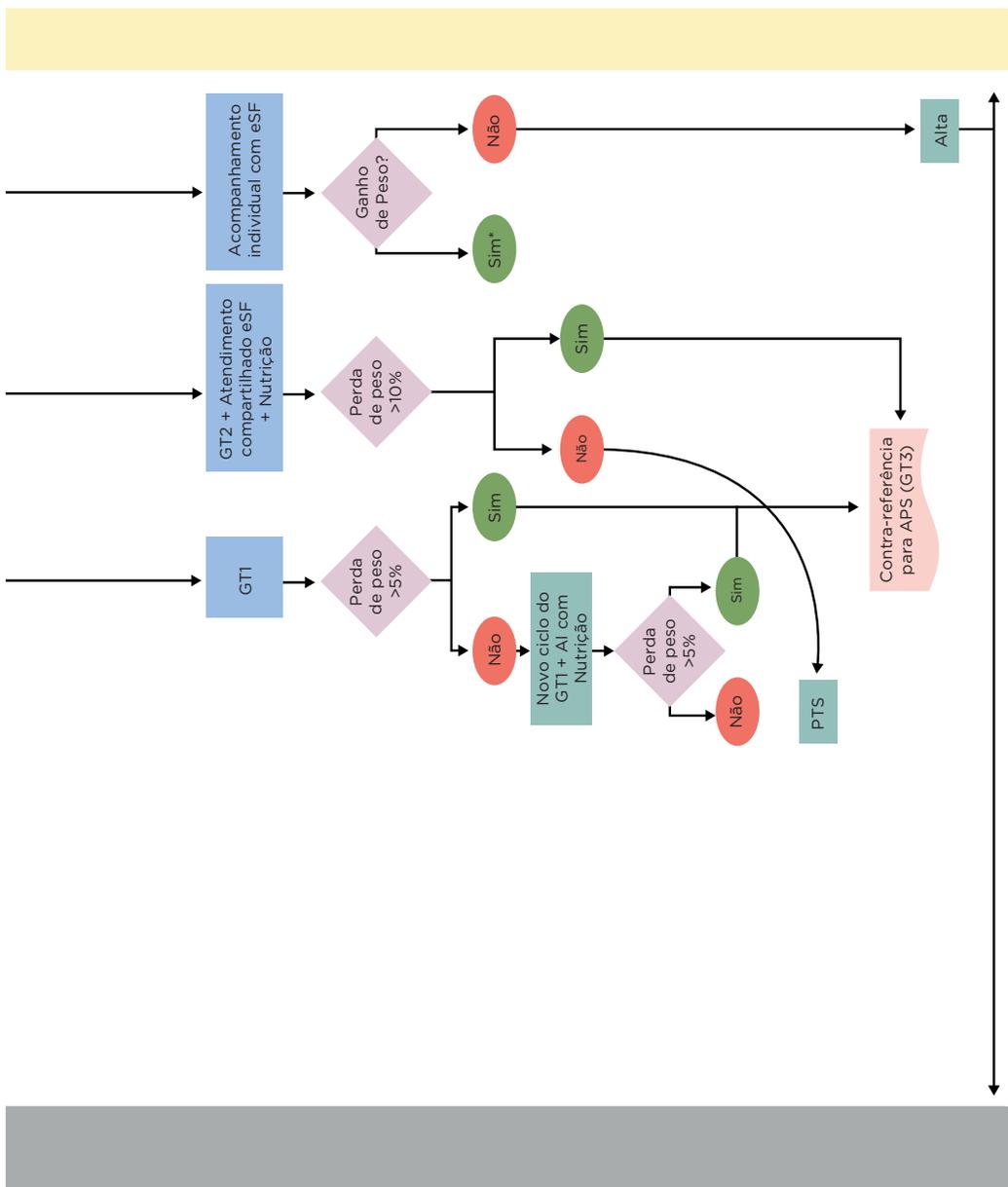


Figura 7.2 – Estratégia para o Cuidado da Pessoa com Obesidade na Atenção Especializada

Prática de exercício físico e/ou atividade física com acompanhamento profissional longitudinal



Acompanhamento individual longitudinal com Estratégia de Saúde da família (eSF) ou Equipe de Atenção Básica: trabalhar motivação para o cuidado da obesidade e informar sobre opções de tratamento disponíveis na unidade



Fonte: Elaborado pelos autores.

Nota: AI = Atendimento Individual; APS = Atenção Primária à Saúde; PTS= Projeto Terapêutico Singular; GT= Grupo Terapêutico. *GT1 da Atenção Primária à Saúde. Para mais detalhes sobre o PTS e o Atendimento compartilhado consulte o **Material Teórico para Suporte ao Manejo da Obesidade no Sistema Único de Saúde**



7.3 Tipos de grupos

Evidências científicas mostram que a frequência de contato com o usuário amplia a efetividade do grupo, seja presencial ou não, com ou sem direito de resposta (CARVALHO *et al.*, 2018; ZWICKERT *et al.* 2016), corroborando o uso de tecnologias de comunicação em intervenções (AREM; IRWIN, 2010; DIETZ *et al.*, 2015). Ademais, o contato regressivo em estratégias coletivas voltadas para o manejo da obesidade, ou seja, menor frequência entre os encontros no início do grupo, com aumento do espaçamento à medida do seu desenvolvimento, é importante para estimular a autonomia do usuário (CARVALHO *et al.*, 2018). Considerando estes aspectos, a metodologia de grupo proposta no Instrutivo contempla estes dois aspectos.

Entretanto, a metodologia proposta poderá necessitar de adaptações para ser aplicável à sua realidade, seja por dificuldades com infraestrutura, disponibilidade de profissionais, demanda existente, etc. Frisamos que é a metodologia é uma proposta, que deve ser analisada e adaptada pela equipe. Ademais, nem todas as modalidades de grupo precisam ser ofertadas simultaneamente, assim como as atividades educativas poderão ser suprimidas e a ordem modificada segundo as necessidades do serviço e dos usuários.

7.3.1 Grupo Motivacional (GM)

O GM objetiva discutir os aspectos que dificultam e interferem na mudança de comportamento, de forma que os participantes compreendam, caso considerem pertinente, a obesidade como um problema a ser solucionado e estabeleçam compromisso para mudar (BRASIL, 2014a). Para isto, o grupo busca desenvolver habilidades⁸ e competências⁹ relacionadas ao impacto do peso corporal na saúde e nas atividades cotidianas (**Quadro 7.2**).

⁸ Habilidades: capacidade para desempenhar determinado papel ou função; deve ser pensada como uma das três partes que compõem uma competência, as outras duas são os conhecimentos e a atitude.

⁹ Competência: capacidade de atender a demandas complexas, recorrendo e mobilizando conhecimentos, valores e decisões, em contextos particulares. Para que uma competência seja desenvolvida são necessários conhecimentos teóricos e práticos; desta forma, competências são qualidades, capacidades, habilidades e atitudes relacionadas a esses conhecimentos teóricos e práticos, que permitem ao sujeito desenvolver determinado comportamento.

Quadro 7.2 – Conhecimentos, habilidades e competências do Grupo Motivacional

Conhecimentos	Habilidades e competências
<ul style="list-style-type: none"> - Identificar a obesidade como doença - Compreender o tratamento da obesidade 	<ul style="list-style-type: none"> - Refletir sobre o alimento como algo além da alimentação e nutrição - Reconhecer os elementos do cotidiano que impactam na saúde e na vida - Reconhecer os diferentes significados de um corpo saudável - Reconhecer o estágio de mudança que se encontra para o cuidado da obesidade - Desenvolver a autoeficácia relacionada ao cuidado da obesidade - Planejar para intervir nos elementos cotidianos que impactam na saúde - Identificar dificuldades individuais que impedem de aderir ao tratamento

Fonte: Elaborado pelos autores.

Dada as características dos participantes do GM (**Quadro 7.1**), o número de encontros é reduzido (3 encontros presenciais) e espaçados. Este delineamento favorece a inclusão de usuários sem disponibilidade de tempo ou desejo de participar de grupos.

O grupo conta com **3 atividades presenciais**, intercaladas por **2 não presenciais (Quadro 7.3)**. Sugere-se que o intervalo entre as atividades presenciais seja de 30 dias, visando a reflexão sobre os temas trabalhados. As atividades não presenciais, realizadas 15 dias após a atividade presencial, visam favorecer o vínculo e a motivação para a continuidade no grupo. No último encontro, os participantes deverão ser reavaliados (identificar estágio de mudança e grau de autoeficácia), e se compatível, encaminhados para os grupos terapêuticos.

No **Quadro 7.3** são apresentadas as atividades propostas para o **GM**. A partir dos números de páginas do quadro, você encontra o roteiro detalhado no **Caderno de Atividades Educativas**. Lembre-se, é apenas uma sugestão, a equipe deverá realizar as adaptações necessárias conforme sua realidade e características dos participantes.



Quadro 7.3 – Descrição das estratégias educativas, objetivos e atividades do Grupo Motivacional

Estratégia	Objetivos	Atividades	Pág.
P 1	<ul style="list-style-type: none"> - Refletir sobre elementos que compõem o cotidiano e a relação com a saúde e a doença - Expressar artisticamente a relação entre cotidiano e processo saúde e doença - Pensar para além do alimento para o corpo, como algo que movimentava ações cotidianas 	<ul style="list-style-type: none"> - Integração do grupo - Significados dos diferentes modos de nutrir e alimentar - Instalação Artística “Do Que Você se Alimentava?” 	11
NP 1	<ul style="list-style-type: none"> - (Re)conhecer os assuntos abordados - Sentir-se motivado a participar do grupo e estar presente no próximo encontro 	-	174
P 2	<ul style="list-style-type: none"> - Expressar os sentimentos vivenciados na Instalação Artística - Identificar os elementos que compõem o cotidiano, quais pesam e quais dão leveza à vida 	<ul style="list-style-type: none"> - “A discussão do encontro pesou ou gerou leveza?” - “Balança da Vida” - Mudar para ter maior leveza na vida 	16
NP 2	<ul style="list-style-type: none"> - (Re)conhecer os assuntos abordados - Sentir-se motivado a participar do grupo e estar presente ao próximo encontro 	-	174
P 3	<ul style="list-style-type: none"> - Conhecer sua alimentação - Rever o estágio de mudança e o nível de autoeficácia para reduzir o peso corporal - Elaborar Plano de Ação para reduzir o que pesa e potencializar o que dá leveza 	<ul style="list-style-type: none"> - Coleta de dados - Plano de Ação 	20

Fonte: Elaborado pelos autores.
Nota: P = Presencial; NP = Não presencial

O **GM** é um espaço de reflexão sobre a importância de cuidar da saúde, de forma a fortalecer a tomada de decisão, considerando que participantes encontram-se nos estágios iniciais de mudança de comportamento. Conduzir este tipo de grupo é um grande desafio para a equipe de saúde, pois ele conta com participantes que possuem grande resistência e identificam inúmeras barreiras para mudar, o que pode resultar em faltas frequentes. Dessa forma, deve-se privilegiar a escuta, o acolhimento e o apoio visando o vínculo; e caso o usuário falte a mais de um encontro, entrar em contato e reavaliar o interesse e a disponibilidade de participação na atividade.

7.3.2 Grupos terapêuticos

Grupos Terapêuticos (GTs) se caracterizam pela inclusão de usuários com mesmo diagnóstico para tratamento, com o estabelecimento de metas terapêuticas específicas, como a redução de peso, alívio de sintomas e melhoria da saúde (BRASIL, 2014b).

Os grupos terapêuticos trabalham as relações interpessoais aliadas ao reconhecimento e respeito das diversidades. São espaços de comunicação e integração para refletir sobre emoções e atitudes a partir de um novo e diferente vértice, gerado pelas interações no grupo, criando possibilidades de mudança (BENEVIDES *et al.*, 2010; GOULART; SANTOS, 2012). Para isto, deve-se promover o desenvolvimento pessoal e autoconhecimento pela troca dialógica; compartilhamento de experiências e construção colaborativa de estratégias de motivação e de enfrentamento dos problemas; e compromisso com o autocuidado (BENEVIDES *et al.*, 2010; BRASIL, 2014a, 2014b). São grupos especialmente úteis quando é preciso adquirir e fortalecer o compromisso e ampliar o desejo de mudar, como no manejo da obesidade (BRASIL, 2014b).

7.3.2.1 Grupo Terapêutico 1 (GT1)

No GT1 são trabalhados conceitos, habilidades e competências relacionadas ao impacto do peso corporal na saúde e estratégias para reduzir peso (**Quadro 7.4**).



Quadro 7.4 – Conhecimentos, habilidades e competências do Grupo Terapêutico 1

Conhecimentos	Habilidades e competências
<ul style="list-style-type: none"> - Construir conceitos sobre o ato de comer e a alimentação - Compreender mecanismo de fome e saciedade - Construir conceitos relativos à classificação de alimentos segundo o grau de processamento (Classificação NOVA) - Esclarecer dúvidas sobre o tratamento da obesidade e controle saudável do peso - Diferenciar atividade física de exercício físico - Conceituar balanço energético - Conhecer tamanhos de porções comercializadas e consumidas 	<ul style="list-style-type: none"> - Reconhecer o estágio de mudança que se encontra relativo à redução de peso - Valorizar importância do apoio físico e social no enfrentamento da obesidade - Desenvolver autoeficácia relacionada à redução de peso - Exercitar a autonomia nas escolhas das práticas alimentares e corporais - Desenvolver capacidade de: <ul style="list-style-type: none"> • Planejar ações relacionadas ao autocuidado • Buscar em experiências anteriores de mudança, e reforço para promover novas mudanças • Construir, de forma partilhada, saberes, práticas e soluções para o enfrentamento da obesidade • Identificar estratégias de enfrentamento da obesidade contextualizadas e sintonizadas com valores e significados pessoais • Adotar atitudes e realizar ações voltadas para a atenção plena e consciente relacionada ao ato de comer • Desenvolver habilidades culinárias que favoreçam o autocuidado - Reconhecer a culinária como prática emancipatória, direcionada à produção de modos de agir autônomos e ancorados na subjetividade - Potencializar modos de agir voltados para o cuidado da obesidade - Desenvolver capacidade de identificar barreiras objetivas e subjetivas à redução do peso corporal

Fonte: Elaborado pelos autores.

Dadas as características dos participantes do **GT1 (Quadro 7.1)**, a sua meta é **reduzir 5% do peso corporal**. Para isso, possui duração de **6 meses**, com encontros regressivos: **1º mês semanal, e 2º ao 6º mês, quinzenal**.

O Grupo inclui **14 atividades presenciais**, com cerca de 60 minutos cada, e **7 não presenciais**. No GT1, assim como nos demais grupos deste Instrutivo, os participantes deverão receber acompanhamento individual longitudinal, e serem motivados à prática regular de atividade ou exercício físico orientado por profissional de educação física.

No GT1 são propostas **2 avaliações** (segundo e último encontro) e o participante é motivado a automonitorar o seu peso corporal. A abordagem empregada, de forma implícita, trabalha com uma restrição calórica de 500 a 1000 kcal, com redução de alimentos fontes de carboidratos e lipídeos mediante a redução do consumo de alimentos ultraprocessados (AUP) e substituição por alimentos *in natura* e minimamente processados; redução de ingredientes culinários; controle do tamanho das porções dos alimentos; entre outras estratégias.

O **Quadro 7.5** apresenta as atividades propostas para o GT1. A partir dos números de páginas do quadro você encontra o roteiro detalhado no **Caderno de Atividades Educativas**.



Quadro 7.5 – Descrição das estratégias educativas, objetivos e atividades do GT1

Estratégia	Objetivos	Atividades	Pág.
P 1	<p>Oficina: O que me traz aqui?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Promover a integração do grupo - Refletir sobre o cotidiano e como ele afeta a saúde - Reconhecer motivações e expectativas relacionadas à participação no grupo - Definir o nome do grupo - Construir contrato de convivência do grupo 	<ul style="list-style-type: none"> - Expressão dos participantes sobre "O que me traz aqui?" - Construção de texto coletivo: expectativas com o grupo - Apresentação da proposta do grupo - Contrato de Convivência 	27
P 2	<p>Oficina: Instalação autoral</p> <ul style="list-style-type: none"> - Refletir sobre como eu me vejo - Refletir sobre a construção da minha autoimagem - Conhecer o meu peso corporal 	<ul style="list-style-type: none"> - Produção de uma pintura livre "Como eu me vejo" - Socialização das produções - Coleta de dados 	140
NP 1	<p>Mensagem por aplicativo OU Ligação telefônica OU Mensagem escrita: Você é importante</p> <ul style="list-style-type: none"> - (Re)conhecer os assuntos abordados - Sentir-se motivado para participar do grupo e do próximo encontro 	-	174
P 3	<p>Oficina: O que pode e convém ao meu corpo?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Refletir sobre o corpo - Identificar o que alimenta o corpo do ponto de vista biológico e emocional - Refletir sobre a distância entre falar e fazer referente às práticas alimentares e corporais - Propor estratégias para reduzir distância entre falar e fazer - Conhecer a prontidão para mudança 	<ul style="list-style-type: none"> - Explicando os estágios de dança - Roda de conversa sobre o corpo obeso - Confeção de <i>Apillera</i> 	32
P 4	<p>Oficina: Como eu sei se o meu corpo está com fome?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Compreender os mecanismos biológicos responsáveis pela fome e a saciedade - Realizar analogia entre esses mecanismos e sensações de vazio e plenitude - Reconhecer que alimentos preenchem necessidades biológicas e psicológicas pelos significados simbólicos e prazer que proporcionam - Verificar estratégias que alimentam corpo e emoções 	<ul style="list-style-type: none"> - Vivência de atenção ao ato de comer - Demonstração do mecanismo de esvaziamento gástrico - Formas de comer e saciedade 	37

continua

continuação

	Estratégia	Objetivos	Atividades	Pág.
NP 2	Mensagem por aplicativo OU Ligação telefónica OU Mensagem escrita: Atenção aos sinais	<ul style="list-style-type: none"> - (Re)conhecer os assuntos abordados - Sentir-se motivado para participar do grupo e do próximo encontro 	-	174
P 5	Oficina: Por que reduzir o peso?	<ul style="list-style-type: none"> - Discutir as relações entre peso corporal e saúde - Expressar aspectos da vida e do cotidiano que mais dificultam ou ajudam a reduzir peso - Refletir sobre o que mais dificulta ou ajuda na redução de peso 	- “Balança das Escolhas”	41
NP 3	Mensagem por aplicativo OU Ligação telefónica OU Mensagem escrita: Parabéns pelo esforço	<ul style="list-style-type: none"> - Re(conhecer) os assuntos abordados - Sentir-se motivado para participar do grupo e do próximo encontro 	-	175
P 6	Oficina: Mitos e verdades	<ul style="list-style-type: none"> - Identificar mitos e verdades sobre redução ou manutenção do peso corporal saudável - Esclarecer dúvidas sobre tratamento da obesidade - Conhecer a importância de buscar informações confiáveis para tratar a obesidade 	<ul style="list-style-type: none"> - Jogo do concordo, discordo e tenho dúvidas - Desmistificando dúvidas sobre redução do peso - Fontes seguras de informação 	44
NP 4	Cartão postal: Sua presença importa!	<ul style="list-style-type: none"> - Re(conhecer) os assuntos abordados - Sentir-se motivado para participar do grupo e do próximo encontro 	-	164
P 7	Oficina: Movimentando o corpo e a vida na comunidade	<ul style="list-style-type: none"> - Diferenciar atividade física de exercício físico - Reconhecer a importância do movimento para o corpo - Mapear, no território, espaços para prática de atividade e/ou exercício físico - Identificar apoio físico e social no território para prática de atividade e/ou exercício físico - Relacionar sentimentos, memórias e afetos com equipamentos do território visando o apoio social para prática de atividade e/ou exercício físico 	<ul style="list-style-type: none"> - Reconhecendo o território para prática de atividade e/ou exercício físico - Mapa afetivo para a prática de atividade e/ou exercício físico 	49

continua



continuação

Estratégia	Objetivos	Atividades	Pág.
P 8	<ul style="list-style-type: none"> - Construir os conceitos de alimentos <i>in natura</i>, minimamente processados, processados e AUP, e ingredientes culinários - Reconhecer o ato de cozinhar como estratégia para redução de peso saudável 	<ul style="list-style-type: none"> - Grau de processamento dos alimentos - Oficina culinária 	54
P 5	<p>Mensagem por aplicativo OU Ligação telefônica OU Mensagem escrita: Experimente cozinhar mais</p> <ul style="list-style-type: none"> - (Re)conhecer os assuntos abordados - Sentir-se motivado para participar do grupo e do próximo encontro 	-	175
P 9	<p>Oficina: Mercado energético</p> <ul style="list-style-type: none"> - Conceituar balanço energético - Identificar fatores envolvidos no balanço energético - Relacionar gasto energético e redução de peso - Conhecer formas de potencializar o gasto energético na rotina diária 	<ul style="list-style-type: none"> - Balanço energético - Mercado energético 	60
P 10	<p>Oficina: Planejar para acertar o alvo</p> <ul style="list-style-type: none"> - Construir estratégias para alcançar metas e superar obstáculos - Reconhecer importância de planejar para mudar - Construir metas individuais para reduzir peso - Identificar obstáculos que dificultam alcançar metas 	<ul style="list-style-type: none"> - Montagem de quebra cabeça com e sem planejamento - Plano de Ação 	66
P 6	<p>Mensagem por aplicativo OU Ligação telefônica OU Mensagem escrita: Nossas metas</p> <ul style="list-style-type: none"> - Re(conhecer) os assuntos abordados - Sentir-se motivado para participar do grupo e do próximo encontro 	-	175
P 11	<ul style="list-style-type: none"> - Estimular habilidades culinárias - Identificar alternativas para a maior palatabilidade de preparações culinárias com reduzidas quantidades de óleo, sal ou açúcar - Ampliar o repertório culinário 	<ul style="list-style-type: none"> - Preparações culinárias rotineiras da família - Reduzindo as quantidades de açúcar, óleo/gordura e sal das preparações culinárias 	73

continua

conclusão

Estratégia	Objetivos	Atividades	Pág.
P 12	<ul style="list-style-type: none"> - Discutir opções de adaptação de preparações com quantidades reduzidas de ingredientes culinários - Conhecer tamanhos de porções de alimentos comumente comercializadas e consumidas - Discutir estratégias para reduzir as quantidades de alimentos consumidos 	<ul style="list-style-type: none"> - Culinária e medidas caseiras - Porcionamento das preparações culinárias - Degustação das preparações culinárias 	79
NP 7	<ul style="list-style-type: none"> - Re(conhecer) os assuntos abordados - Sentir-se motivado para participar do grupo e do próximo encontro 	-	164
P 13	<ul style="list-style-type: none"> - Desenvolver atitude positiva frente às recaídas e lapsos - Identificar estratégias para aumentar a autoeficácia - Refletir sobre necessidade de equilibrar decisões 	<ul style="list-style-type: none"> - Situações frequentes de recaídas - Criando uma estória - Plano de Prevenção de Recaídas 	84
P 14	<ul style="list-style-type: none"> - Conhecer a evolução do peso corporal - Compartilhar resultados alcançados - Valorizar os resultados intermediários - Reforçar a importância dos grupos como estratégia de apoio social <p>Ação no Ambiente: O que eu levo daqui?</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Coleta dos dados - Compartilhando o automonitoramento do peso - “O que me traz aqui?” vs. “O que eu levo daqui?” 	150

Fonte: Elaborado pelos autores.

Nota: AUP = alimentos ultraprocessados; P = Presencial; NP = Não presencial.



7.3.2.2 Grupo Terapêutico 2 (GT2)

As atividades do GT2 foram planejadas para desenvolver habilidades e competências relativas ao impacto do peso na saúde e trabalhar estratégias para redução do peso (**Quadro 7.6**).

Quadro 7.6 – Conhecimentos, habilidades e competências do Grupo Terapêutico 2

Conhecimentos	Habilidades e Competências
<ul style="list-style-type: none"> - Conceitos sobre o comer e a alimentação - Caráter dinâmico da autoimagem - Atividade física - Percepção e sabor dos alimentos - Controle saudável do peso - Obesidade como doença - Tratamento da obesidade - Balanço energético - Grau de processamento industrial dos alimentos - Fome e saciedade - Superação de obstáculos e enfrentamento de recaídas - Autocuidado apoiado 	<ul style="list-style-type: none"> - Desenvolver capacidade de planejar ações de autocuidado - Reconhecer estágio de mudança para reduzir peso - Desenvolver autoeficácia relativa ao cuidado da obesidade - Reconhecer o caráter dinâmico da autoimagem - Valorizar o apoio físico e social no enfrentamento da obesidade - Desenvolver autonomia para escolher práticas alimentares e corporais - Desenvolver capacidade de construir, de forma partilhada, saberes, práticas e soluções para enfrentar a obesidade - Desenvolver formas de potencializar o gasto energético - Desenvolver capacidade de identificar estratégias de enfrentamento da obesidade que sejam contextualizadas e sintonizadas com os valores e significados pessoais - Reconhecer a culinária como prática emancipatória de produção de modos de agir autônomos e ancorados na subjetividade

Fonte: Elaborado pelos autores.

De acordo com as características dos participantes do **GT2 (Quadro 7.1)**, a meta do grupo é a **redução ponderal de 10% ou mais, durante 12 meses**, com encontros regressivos: **1º e 2º mês, semanais; 3º ao 9º mês, quinzenais; e 10º ao 12º mês, mensais.**

O GT2 inclui **25 atividades presenciais**, com duração aproximada de 60 minutos cada, intercaladas por **11 não presenciais (Quadro 7.7)**. É imprescindível que os participantes estejam em acompanhamento individual longitudinal e sejam motivados à prática regular de atividade e/ou exercício físico

orientado por profissional de educação física. Ademais, deve-se trabalhar o controle de comorbidades, garantindo a atenção interdisciplinar e o apoio ao cuidado na RAS.

Propõe-se que os usuários participem de **3 avaliações** (início, meio e final dos encontros) e sejam motivados a automonitorar mensalmente o peso corporal. É possível que o usuário participe de até dois ciclos do **GT2** para obter a redução ponderal de 10% ou mais, totalizando dois anos de acompanhamento, como preconizado pela Portaria nº 424 (BRASIL, 2013). A abordagem empregada no grupo, trabalha de forma implícita com uma restrição calórica de 500 a 1000 kcal, pela redução de alimentos fontes de carboidratos e lipídeos mediante: redução do consumo de AUP e substituição por alimentos *in natura* e minimamente processados; redução de ingredientes culinários; controle do tamanho das porções dos alimentos; entre outras estratégias.

O **Quadro 7.7** apresenta as atividades propostas para o grupo. A partir dos números de páginas do quadro você encontra o roteiro detalhado no **Caderno de Atividades Educativas**.



Quadro 7.7 – Descrição das estratégias educativas, objetivos e atividades do GT2

Estratégia	Objetivos	Atividades	Pág.
P 1	<ul style="list-style-type: none"> - Promover a integração do grupo - Refletir sobre o cotidiano e como ele afeta a saúde - Reconhecer motivações e expectativas relacionadas à participação no grupo - Definir o nome do grupo - Construir contrato de convivência do grupo 	<ul style="list-style-type: none"> - Expressão dos participantes sobre "O que me traz aqui?" - Construção de texto coletivo: expectativas com o grupo - Apresentação da proposta do grupo - Contrato de Convivência 	27
P 2	<ul style="list-style-type: none"> - Construir a autoimagem - Refletir sobre conflitos, desejos, autoestima e possibilidade de mudança - Reconhecer caráter provisório e dinâmico da autoimagem - Conhecer o peso corporal atual 	<ul style="list-style-type: none"> - Produção de autorretrato - Coleta de dados 	144
NP 1	<p>Mensagem por aplicativo OU Ligação telefônica OU Mensagem escrita: Você é importante</p> <ul style="list-style-type: none"> - (Re)conhecer os assuntos abordados - Sentir-se motivado a participar do grupo e estar presente ao próximo encontro 	-	174
P 3	<ul style="list-style-type: none"> - Refletir sobre como me vejo e algumas das minhas características - Contrapor minha autoimagem à percepção do outro sobre mim - Reconhecer que a autoimagem não é estática - Reconhecer que a autoimagem é fruto de nossas vivências conosco, com o outro e o mundo 	<ul style="list-style-type: none"> - Descrição de "Como eu me vejo" - Teatro imagem: como o outro me vê 	89
P 4	<ul style="list-style-type: none"> - Refletir sobre o corpo - Identificar o que alimenta o corpo do ponto de vista biológico e emocional - Refletir sobre a distância entre falar e fazer referente às práticas alimentares e corporais - Criar estratégias para reduzir distância entre falar e fazer - Conhecer a prontidão para mudança 	<ul style="list-style-type: none"> - Explicando os estágios de mudança. - Roda de conversa sobre o corpo obeso. - Confeção de <i>Arpillera</i>. 	32

continua

continuação

Estratégia	Objetivos	Atividades	Pág.
NP 2	<ul style="list-style-type: none"> - Re(conhecer) os assuntos abordados - Sentir-se motivado a participar do grupo e estar presente no próximo encontro 	-	165 e 166
P 5	<p>Oficina: Por que reduzir o peso?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Discutir a relação entre o peso e a saúde - Expressar aspectos da vida e do cotidiano que mais dificultam ou ajudam a reduzir peso - Refletir sobre o que dificulta ou ajuda a reduzir peso 	<ul style="list-style-type: none"> - “Balança das Escolhas” 	41
P 6	<p>Oficina: Mitos e verdades</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identificar mitos e verdades relativos à redução ou manutenção do peso corporal saudável - Esclarecer dúvidas sobre tratamento da obesidade - Conhecer a importância de buscar informações confiáveis para o tratamento da obesidade 	<ul style="list-style-type: none"> - Jogo do concordo, discordo e tenho dúvidas - Desmistificando dúvidas sobre redução do peso corporal - Fontes seguras de informação 	44
NP 3	<p>Mensagem por aplicativo OU Ligação telefônica OU Mensagem escrita: Senso crítico frente à mídia</p> <ul style="list-style-type: none"> - (Re)conhecer os assuntos abordados - Sentir-se motivado para participar do grupo e do próximo encontro 	-	176
P 7	<p>Oficina: Gerenciando a saúde</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identificar a obesidade como condição crônica - Identificar comorbidades - Discutir o cuidado à saúde na presença de comorbidades associadas à obesidade - Verificar importância da realização de exames e consultas periódicas - Verificar a pressão arterial 	<ul style="list-style-type: none"> - A obesidade e o cuidado à saúde - Mudando hábitos de vida - Aferindo a pressão arterial 	122

continua



continuação

	Estratégia	Objetivos	Atividades	Pág.
P 8	<p>Oficina: Como eu sei se o meu corpo está com fome?</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Compreender mecanismos biológicos responsáveis pela fome e a saciedade - Realizar analogia entre esses mecanismos e sensações de vazio e plenitude - Reconhecer que os alimentos preenchem necessidades biológicas e psicológicas pelos significados simbólicos e prazer que proporcionam - Identificar estratégias que alimentam corpo e emoções 	<ul style="list-style-type: none"> - Vivência de atenção ao ato de comer - Demonstração do mecanismo de esvaziamento gástrico - Formas de comer e saciedade 	37
P 9	<p>Oficina: Planejar para acertar o alvo</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Construir estratégias para alcançar metas e superar obstáculos - Reconhecer importância de planejar para mudar - Construir metas individuais para reduzir peso - Identificar obstáculos que dificultam alcançar metas 	<ul style="list-style-type: none"> - Montagem de quebra cabeça com e sem planejamento - Plano de Ação 	66
NP 4	<p>Mensagem por aplicativo OU Ligação telefônica OU Mensagem escrita: Plano de Ação em marcha</p>	<ul style="list-style-type: none"> - (Re)conhecer os assuntos abordados - Sentir-se motivado para participar do grupo e do próximo encontro 	<ul style="list-style-type: none"> - 	176
P 10	<p>Oficina: Cozinhar: a base de uma alimentação saudável</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Construir os conceitos de alimentos <i>in natura</i>, minimamente processados, processados e alimentos ultraprocessados (AUP); e ingredientes culinários - Reconhecer o ato de cozinhar como estratégia para redução de peso saudável 	<ul style="list-style-type: none"> - Grau de processamento dos alimentos - Oficina culinária 	54
P 11	<p>Oficina: Alimentos Ultraprocessados: o que você come de verdade?</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Reforçar o conceito de AUP - Discutir sobre a influência da indústria e da publicidade sobre a alimentação 	<ul style="list-style-type: none"> - Identificando os AUP - Trabalhando com os rótulos: você sabe o que você come? 	92
NP 5	<p>Cartão postal: Importância de mudar</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Re(conhecer) os assuntos abordados - Sentir-se motivado para participar do grupo e do próximo encontro 	<ul style="list-style-type: none"> - 	165 e 166

continua

continuação

	Estratégia	Objetivos	Atividades	Pág.
P 12	<p>Oficina: Movimentando o corpo e a vida na comunidade</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Diferenciar atividade física de exercício físico - Reconhecer importância do movimento para o corpo - Mapear, no território, espaços para prática de atividade e/ou exercício físico - Identificar apoio físico e social no território para prática de atividade e/ou exercício físico - Relacionar sentimentos, memórias e afetos com equipamentos do território visando o apoio social para prática de atividade e/ou exercício físico 	<ul style="list-style-type: none"> - Reconhecendo o território para prática de atividade e/ou exercício físico - Mapa afetivo para a prática de atividade e/ou exercício físico 	49
P 13	<p>Oficina: Mercado energético</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Conceituar balanço energético - Identificar fatores envolvidos no balanço energético - Relacionar gasto energético e redução de peso - Conhecer formas de potencializar gasto energético na rotina 	<ul style="list-style-type: none"> - Balanço energético - Mercado energético 	60
NP 6	<p>Mensagem por aplicativo OU Ligação telefônica OU Mensagem escrita: Rotina ativa</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Re (conhecer) os assuntos abordados - Sentir-se motivado para participar do grupo e do próximo encontro 	-	176
P 14	<p>Oficina: Conhecendo as porções dos alimentos</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Discutir adaptações de preparações culinárias para reduzir quantidades de ingredientes culinários - Conhecer tamanhos de porções de alimentos comercializados e consumidas - Discutir estratégias para reduzir as quantidades de alimentos consumidos 	<ul style="list-style-type: none"> - Culinária e medidas caseiras - Porcionamento das preparações culinárias - Degustação das preparações culinárias 	79
P 15	<p>Oficina: Entre o que eu gosto e o que eu como</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Refletir sobre as práticas alimentares sob a perspectiva da preferência e da necessidade - Refletir sobre os obstáculos para novas experiências alimentares - Discutir sobre a base das preferências alimentares: alimentos frescos vs. industrializados - Identificar fatores que influenciam as práticas alimentares: socio-culturais, econômicos, biológicos, etc. 	<ul style="list-style-type: none"> - Construção do Comidograma individual - Construção do Comidograma do grupo - “Por que não como”? 	97

continua



continuação

Estratégia	Objetivos	Atividades	Pág.
NP 7	<p>Mensagem por aplicativo OU Ligação telefônica OU Mensagem escrita: Experimente algo novo</p> <ul style="list-style-type: none"> - (Re)conhecer os assuntos abordados - Sentir-se motivado para participar do grupo e do próximo encontro 	-	175
P 16	<p>Oficina: Planejando a compra de alimentos</p> <ul style="list-style-type: none"> - Refletir sobre a importância de planejar a compra de alimentos - Discutir estratégias para melhor organizar a compra de alimentos - Analisar os alimentos que normalmente são incluídos nas compras da família - Discutir envolvimento da família na compra de alimentos - Rever a lista de compras de alimentos 	<ul style="list-style-type: none"> - (Re)construção da lista de compras de alimentos - Planejando a compra dos alimentos 	101
P 17	<p>Oficina: Gosto e aroma dos alimentos</p> <ul style="list-style-type: none"> - Conceituar percepção dos alimentos (paladar, tato e olfato) - Conceituar gosto dos alimentos - Distinguir os gostos dos alimentos (doce, salgado, azedo, amargo e umami) - Identificar os aspectos relativos às percepções e sensações dos alimentos, sabor e aroma 	<ul style="list-style-type: none"> - Estação temática “Percepções e Sensações” - Estação temática “Gosto e Aroma dos Alimentos” - Roda de conversa 	104
NP 8	<p>Cartão Postal: Saúde + Sabor</p> <ul style="list-style-type: none"> - Re(conhecer) os assuntos abordados - Sentir-se motivado para participar do grupo e do próximo encontro 	-	169 e 170
P 18	<p>Ação no ambiente: Como estamos agora?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Refletir sobre a importância de pequenas mudanças ao longo do caminho - Refletir sobre o efeito das mudanças sobre nós - Verificar evolução das medidas corporais e hábitos alimentares 	<ul style="list-style-type: none"> - Modificação no ambiente com objeto, frases, música ou aroma inesperados - Reavaliação 	154

continua

continuação

Estratégia	Objetivos	Atividades	Pág.
P 19	<p>Oficina: (Re)planejamento para melhores resultados</p> <ul style="list-style-type: none"> - Refletir sobre a trajetória percorrida - Refletir sobre ganhos e dificuldades vivenciadas ao praticar seu Plano de Ação - Avaliar a trajetória para redução do peso e rever caminhos, se necessário - Rever o Plano de Ação 	<ul style="list-style-type: none"> - Refletindo sobre a trilha do tesouro - Revendo o Plano de Ação 	108
P 20	<p>Oficina: Viver com apoio</p> <ul style="list-style-type: none"> - Refletir sobre a responsabilidade do autocuidado - Propor soluções/estratégias para as barreiras vivenciadas na redução do peso corporal - Reconhecer a importância do autocuidado - Refletir sobre a prevenção de recaídas - Motivar autoavaliação do processo de mudança 	<ul style="list-style-type: none"> - Obstáculos vivenciados na redução do peso corporal - Construção de Cartão Postal 	113
P 21	<p>Oficina: Colocando na balança a cirurgia bariátrica</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identificar a importância de mudar antes e após de realizar a cirurgia bariátrica - Conhecer as mudanças no volume do estômago e das porções de alimentos toleradas no pós-operatório - Conhecer indicações de cirurgia bariátrica - Esclarecer riscos e benefícios da cirurgia 	<ul style="list-style-type: none"> - Demonstração do volume do estômago antes e após a cirurgia bariátrica - Mostra de porções de alimentos toleradas após a cirurgia bariátrica - Balança dos prós e contras da cirurgia bariátrica 	116
NP 9	<p>Mensagem por aplicativo OU Ligação telefônica OU Mensagem escrita: parabéns pelo esforço</p> <ul style="list-style-type: none"> - Re(conhecer) os assuntos abordados - Sentir-se motivado para participar do grupo e do próximo encontro 	<ul style="list-style-type: none"> - 	175
P 22	<p>Oficina: Como agir nas recaídas</p> <ul style="list-style-type: none"> - Desenvolver atitude positiva frente às recaídas e lapsos - Identificar estratégias para aumentar a autoeficácia - Refletir sobre a necessidade de realizar o equilíbrio de decisões 	<ul style="list-style-type: none"> - Situações frequentes de recaídas - Criando uma história. - Plano de Prevenção de Recaídas 	84

continua



conclusão

Estratégia	Objetivos	Atividades	Pág.
P 23	<ul style="list-style-type: none"> - Estimular habilidades culinárias - Identificar alternativas para a maior palatabilidade de preparações culinárias com reduzidas quantidades de óleo, sal ou açúcar - Ampliar o repertório culinário 	<ul style="list-style-type: none"> - Preparações culinárias rotineiras da família - Reduzindo as quantidades de açúcar, óleo/gordura e sal das preparações culinárias 	73
NP 10	<p>Cartão postal: Cuide de você: hoje e sempre!</p> <ul style="list-style-type: none"> - Re(conhecer) os assuntos abordados - Sentir-se motivado para participar do grupo e do próximo encontro 	-	169 e 170
P 24	<p>Oficina: Dé à alimentação a atenção que ela merece</p> <ul style="list-style-type: none"> - Discutir sobre a importância de comer com regularidade e atenção para a saciedade - Refletir sobre a importância de dar atenção ao ato de comer - Discutir a importância do comer em companhia - Refletir sobre uso de aparatos tecnológicos nas refeições e como interfere na alimentação 	<ul style="list-style-type: none"> - Dramatização de situações cotidianas - Roda de conversa sobre comensalidade 	127
NP 11	<p>Cartão Postal: Ganhos e desafios do caminho</p> <ul style="list-style-type: none"> - (Re)conhecer os assuntos abordados - Sentir-se motivado para participar do grupo e do próximo encontro 	-	167 e 168
P 25	<p>Ação no ambiente: Compartilhando comida de verdade</p> <ul style="list-style-type: none"> - Conhecer mudanças no peso, nas práticas alimentares e corporais - Compreender o território como espaço de vivência para a alimentação, o lazer e o prazer - Valorizar a comensalidade e comida de verdade 	<ul style="list-style-type: none"> - Reavaliação - Piquenique 	158

Fonte: Elaborado pelos autores.

Nota: AUP = alimentos ultraprocessados; P = Presencial; NP = Não presencial.

7.3.2.3 Grupo Terapêutico 3 (GT3)

O **GT3** propõe a construção de conhecimentos, habilidades e competências de forma a ampliar a confiança dos participantes e instrumentalizá-los para manter os ganhos alcançados (**Quadro 7.8**).

Quadro 7.8 – Conhecimentos, habilidades e competências do GT3

Conhecimentos	Habilidades e competências
<ul style="list-style-type: none"> - Distinguir mitos e verdades relacionados à manutenção do peso - Construir conceitos de: recaída, lapso e colapso, preferências alimentares, classificação dos alimentos, porções de alimentos, e comensalidade 	<ul style="list-style-type: none"> - Desenvolver capacidade de planejar ações relacionadas ao autocuidado - Reconhecer motivações e expectativas para o tratamento da obesidade - Desenvolver capacidade de buscar em experiências anteriores de mudança um reforço para a promoção de novas mudanças - Desenvolver atitudes positivas para atuar nas recaídas - Valorizar a importância do apoio físico e social para manter os ganhos obtidos e prevenir recaídas - Desenvolver capacidade de construir, de forma partilhada, saberes, práticas e soluções para o enfrentamento da obesidade - Desenvolver capacidade de identificar barreiras objetivas e subjetivas à manutenção do peso e propor ações para evitar e superar recaídas - Desenvolver a competência de exercitar a culinária como estratégia saudável de cuidado da saúde e do corpo, e exercício da autonomia

Fonte: Elaborado pelos autores.

De acordo com o perfil dos participantes do **GT3** (**Quadro 7.1**), a meta do grupo é a **manutenção dos ganhos alcançados: peso corporal e comportamentos saudáveis** (Ex.: hábitos alimentares e prática de atividade física, etc.), sendo também importante a continuidade das mudanças. Possui duração de **6 meses**, com encontros regressivos: **1º e 2º mês, quinzenais; 3º e 4º mês: mensal; 5º e 6º mês: bimestral**, que incluem **8 atividades presenciais**, com duração máxima de 60 minutos, intercaladas por **4 não presenciais**. Como nos demais grupos, os participantes devem estar em acompanhamento individual longitudinal e serem motivados à prática regular de atividade e/ou exercício físico orientado por profissional de educação física.

São propostas **2 avaliações** (início e final dos encontros). Aqueles que atingirem as metas deverão receber alta das atividades coletivas e permanecer em acompanhamento longitudinal pela eSF ou equivalente, e manter a prática de exercício físico e/ou atividade física.

O **Quadro 7.9** apresenta as atividades propostas para o GT3. A partir dos números de páginas do quadro você encontra o roteiro detalhado no **Caderno de Atividades Educativas**.



Quadro 7.9 – Descrição das estratégias educativas, objetivos e atividades do GT3

Estratégia	Objetivos	Atividades	Pág.
P 1	<ul style="list-style-type: none"> - Promover a integração do grupo - Refletir sobre o cotidiano e como ele afeta a saúde - Reconhecer motivações e expectativas relacionadas à participação no grupo - Definir o nome do grupo - Construir contrato de convivência do grupo <p>Oficina: O que me traz aqui?</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Expressão dos participantes sobre “O que me traz aqui?” - Construção de texto coletivo: expectativas com o grupo - Apresentação da proposta do grupo - Contrato de Convivência 	27
P 2	<ul style="list-style-type: none"> - Relatar situações de vida em que, após recaída, adotou-se estratégias exitosas para retomada do comportamento - Conhecer conceito de recaída, lapso e colapso - Compreender aspectos relativos às recaídas perante a adoção de novo comportamento - Reconhecer que a recaída faz parte do processo de aprender um novo comportamento - Desenvolver atitude positiva frente às recaídas <p>Oficina: Todo corpo se move</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Movimentando o corpo - Superei recaídas na vida 	132
Np 1	<p>Mensagem por aplicativo OU Ligação telefônica OU Mensagem escrita: Reagir às recaídas</p> <ul style="list-style-type: none"> - (Re)conhecer os assuntos abordados - Sentir-se motivado para participar do grupo e do próximo encontro 	-	176
P 3	<ul style="list-style-type: none"> - Refletir sobre as práticas alimentares sob a perspectiva da preferência e da necessidade - Refletir sobre obstáculos para novas experiências alimentares - Discutir sobre a base das preferências alimentares: alimentos frescos vs. industrializados - Identificar fatores que influenciam práticas alimentares: socioculturais, econômicos, biológicos, etc. <p>Oficina: Entre o que eu gosto e o que eu como</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Construção do Comidograma individual. - Construção do Comidograma do grupo. - “Por que não como”? 	97
Np 2	<p>Mensagem por aplicativo OU Ligação telefônica OU Mensagem escrita: Experimentar algo novo</p> <ul style="list-style-type: none"> - (Re)conhecer os assuntos abordados - Sentir-se motivado para participar do grupo e do próximo encontro 	-	175

continua

conclusão

	Estratégia	Objetivos	Atividades	Pág.
4	Oficina: Mitos e verdades	<ul style="list-style-type: none"> - Identificar mitos e verdades relativos à redução ou manutenção do peso corporal saudável - Esclarecer dúvidas sobre tratamento da obesidade - Conhecer a importância de buscar informações confiáveis para o tratamento da obesidade 	<ul style="list-style-type: none"> - Jogo do concordo, discordo e tenho dúvidas - Desmistificando dúvidas sobre redução do peso - Fontes seguras de informação 	44
5	Cartão postal: Notícia do dia: "Ciência descobre um superalimento"	<ul style="list-style-type: none"> - Re(conhecer) os assuntos abordados - Sentir-se motivado para participar do grupo e do próximo encontro 	-	167 e 168
5	Oficina: Planejar para acertar o alvo	<ul style="list-style-type: none"> - Construir estratégias para alcançar metas e superar obstáculos - Reconhecer a importância de planejar para mudar - Construir metas individuais para redução do peso - Identificar obstáculos que dificultam alcançar metas 	<ul style="list-style-type: none"> - Montagem de quebra cabeça com e sem planejamento - Plano de Ação 	66
6	Oficina: Redescobrir sabores	<ul style="list-style-type: none"> - Refletir sobre quantidades de ingredientes culinários - Experimentar alimentos com diferentes quantidades de ingredientes culinários - Conhecer mudanças que podem ser feitas na alimentação 	<ul style="list-style-type: none"> - Percepção do sabor - Saboreando alimentos com diferentes quantidades de ingredientes culinários 	136
7	Oficina: Conhecendo as porções dos alimentos	<ul style="list-style-type: none"> - Discutir adaptação de preparações culinárias para reduzir as quantidades de ingredientes culinários - Conhecer os tamanhos de porções de alimentos comumente comercializados e consumidos - Discutir estratégias para reduzir as quantidades de alimentos consumidos 	<ul style="list-style-type: none"> - Culinária e medidas caseiras - Porcionamento das preparações culinárias - Degustação das preparações culinárias 	79
NP 4	Cartão postal: Comida com afeto	<ul style="list-style-type: none"> - Re(conhecer) os assuntos abordados - Sentir-se motivado para participar do grupo e do próximo encontro 	-	171 e 172
8	Ação no ambiente: Compartilhando comida de verdade	<ul style="list-style-type: none"> - Conhecer mudanças feitas no peso e nas práticas alimentares e corporais - Compreender o território como espaço de vivência para a alimentação, o lazer e o prazer - Valorizar a comensalidade e a comida de verdade 	<ul style="list-style-type: none"> - Reavaliação - Piquenique 	158

Fonte: Elaborado pelos autores.

Nota: P = Presencial; NP = Não presencial.



No **Caderno de Atividades Educativas** do Instrutivo estão os roteiros detalhados das atividades presenciais e não presenciais aqui apresentadas. Não se esqueça de que tudo é uma proposta que deverá ser adaptada conforme a realidade local. Construir uma metodologia de grupo, baseada em evidências científicas e em teorias, só irá atender aos diferentes municípios brasileiros se for adaptada às distintas realidades vivenciadas.



MENSAGENS CENTRAIS DO CAPÍTULO

- A metodologia de grupo apresentada no Instrutivo é uma proposta a ser adaptada conforme a realidade local e as necessidades dos usuários
- São propostos quatro tipos de grupos conforme prontidão para mudança, autoeficácia, tempo e desejo para participar de grupos, e critérios para cirurgia bariátrica
- Para identificar o perfil do participante, use a **Estratificação de Grupos para Manejo da Obesidade**
- Para definir o grupo que o usuário deverá participar, use a **Estratégia para o Cuidado da Pessoa com Obesidade na APS e na AE**, conforme o tipo de serviço de saúde
- A abordagem individual e a prática de atividade física devem ser longitudinais e transversais aos grupos, e, se possível, o usuário deverá praticar exercício físico

REFERÊNCIAS

AFONSO, M. L. M. **Oficinas em dinâmica de grupo na área da saúde**. 3. ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2010.

AREM, H.; IRWIN, M. A review of web-based weight loss interventions in adults. **Obesity Review**, [s. /], v. 12, n. 5, p. e236-e243, 2010.

ARGENTINA. Ministerio de Salud de la Nación. **Guía de práctica clínica nacional sobre diagnóstico y tratamiento de la obesidad en adultos**. Buenos Aires, Ministerio de Salud, 2014.

BENEVIDES, D. S. *et al.* Cuidado em saúde mental por meio de grupos terapêuticos de um hospital-dia: perspectivas dos trabalhadores de saúde. **Interface**, Botucatu, v. 14, n. 32, p. 127-138, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 424, de 19 de março de 2013**. Redefine as diretrizes para a organização da prevenção e do tratamento do sobrepeso e obesidade como linha de cuidado prioritária da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas. Brasília, DF: MS, 2013. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0424_19_03_2013.html. Acesso em: 18 jul. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica:** obesidade. Brasília, DF: MS, 2014a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Núcleo de Apoio à Saúde da Família.** Brasília, DF: MS, 2014b.

BRASIL. Ministério da Saúde; UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. **Instrutivo:** metodologia de trabalho em grupos para ações de alimentação e nutrição na atenção básica. Brasília, DF: MS, 2016.

CARVALHO, M. *et al.* Potentialities and limitations of nutritional interventions for the management of obesity in primary and secondary health care: a systematic review of randomized controlled trials. **Prospero:** international prospective register of systematic reviews, 2018. Disponível em: https://www.crd.york.ac.uk/prospero/display_record.php?ID=CRD42018103691. Acesso em: 4 set. 2019.

DIAS, V. P.; SILVEIRA, D. T.; WITT, R. R. Educação em saúde: o trabalho de grupos em atenção primária. **Revista de APS,** Juiz de Fora, v. 2, n. 2, p. 221-227, 2009.

DIETZ, W. H. *et al.* Management of obesity: improvement of health-care training and systems for prevention and care. **Lancet,** Reino Unido, v. 385, n. 9986, p. 2521-2533, 2015.

FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido.** Rio de Janeiro: Paz e terra, 1970.

GOULART, D. M.; SANTOS, M. A. Corpo e palavra: grupo terapêutico para pessoas com transtornos alimentares. **Psicologia em Estudo,** Maringá, v. 17, n. 4, p. 607-617, 2012.

NATIONAL HEALTH AND MEDICAL RESEARCH COUNCIL. **Clinical practice guidelines for the management of overweight and obesity in adults, adolescents and children in Australia.** Melbourne: NHMRC, 2013.

NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CARE EXCELLENCE. **Obesity:** identification, assessment and management: clinical guideline CG189. London: National Institute for Health and Care Excellence, 2014.

REIS, E. C.; PASSOS, S. R. L.; SANTOS, M. A. B. Quality assessment of clinical guidelines for the treatment of obesity in adults: application of the AGREE II instrument. **Cadernos de Saúde Pública,** Rio de Janeiro, v. 34, n. 6, p. e00050517, 2018.

VINCHA, K. R. R. *et al.* Prática educativa em grupo: respondendo a inquietações. *In:* DIEZ-GARCIA, R. W.; CERVATO-MANCUSO, A. M. **Mudanças alimentares e educação alimentar e nutricional.** 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017. p. 318-326.

ZANELLA, A. V.; PEREIRA, R. S. Constituir-se enquanto grupo: a ação de sujeitos na produção do coletivo. **Estudos de Psicologia,** Florianópolis, v. 6, n. 1, p. 105-114, 2001.

ZWICKERT, K. *et al.* High or low intensity text-messaging combined with group treatment equally promote weight loss maintenance in obese adults. **Obesity Research & Clinical Practice,** [s. l.], v. 10, n. 6, p. 680-691, 2016.



FRENTE

Apêndice A – Estratificação de Grupos para Manejo da Obesidade

Parte 1 – Realizada com TODOS os usuários		
Nome completo:		
Número do prontuário ou do Cartão Nacional de Saúde:		
Telefone de contato: ()		Equipe de saúde:
Peso (aferir): _____ kg	Altura (aferir): _____ m	IMC: _____ Kg/m ² IMC=peso/(altura*altura)
Classificação do IMC adultos (WHO, 2000): ____ Baixo peso (IMC < 18,5 kg/m ²) ____ Peso normal (IMC ≥ 18,5 e < 24,9 kg/m ²) ____ Sobrepeso (IMC ≥ 25,0 e < 29,9 kg/m ²) ____ Obesidade (IMC ≥ 30,0 kg/m²)	Classificação do IMC idosos (NSI, 1994): ____ Magreza (IMC ≤ 22,0 kg/m ²) ____ Eutrofia (IMC > 22,0 e < 27,0 kg/m ²) ____ Sobrepeso (IMC ≥ 27,0 kg/m²)	
Se o usuário não for identificado com obesidade, indique as ações pertinentes ofertadas na unidade de saúde, sobretudo as de promoção da alimentação adequada e saudável.		
Parte 2: Realizada apenas com usuários COM obesidade		
Disponibilidade para grupos		
Você quer participar de grupos com duração de 6 meses ou mais? () Sim () Não		
Você tem tempo para participar de grupos com duração de 6 meses ou mais? () Sim () Não		
Indicação para cirurgia bariátrica		
Usuário fez cirurgia bariátrica: <input type="checkbox"/> Profissional, não pergunte estas questões ao usuário, busque as informações no prontuário e registros na unidade () Sim () Não Se sim, há quanto tempo? _____ Está em acompanhamento em algum serviço de saúde: () Sim () Não Houve reganho de peso: () Sim () Não		
Indicações para cirurgia bariátrica: (1) Usuários que apresentem IMC ≥ 50 kg/m ² (2) Usuários que apresentem IMC ≥ 40 kg/m ² , com ou sem comorbidades, sem sucesso no tratamento clínico longitudinal realizado na Atenção Primária e/ou na Atenção Especializada, por no mínimo 2 anos e que tenham seguido protocolos clínicos; (3) Usuários com IMC ≥ 35 kg/m ² e comorbidades, como com alto risco cardiovascular; diabetes mellitus e/ou hipertensão arterial de difícil controle; apneia do sono, doenças articulares degenerativas; sem sucesso no tratamento clínico longitudinal realizado por no mínimo 2 anos e que tenham seguido protocolos clínicos		

Fonte: Elaborado pelos autores.

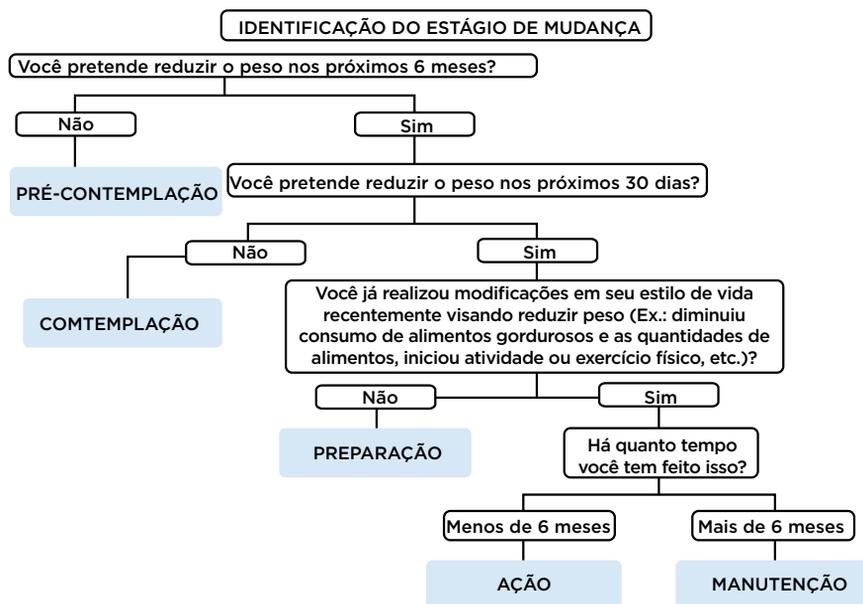
REFERÊNCIAS:

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of a World Health Organization Consultation. Geneva: World Health Organization, 2000. p. 256. WHO Obesity Technical Report Series, n. 284.

THE NUTRITION SCREENING INITIATIVE - NSI. Incorporating nutrition screening and interventions into medical practice: a monograph for physicians. Washington, D. C. US: American Academy of Family Physicians. The American Dietetic Association. National Council on Aging Inc, 1994.

VERSO

Apêndice A – Estratificação de Grupos para Manejo da Obesidade



Fonte: Adaptado de Brasil, 2014.

Identificação da autoeficácia para reduzir peso

Quão confiante você está para perder peso mesmo que...	1. Nada confiante	2. Pouco confiante	3. Moderadamente confiante	4. Muito confiante	5. Completamente confiante
...precise de muito tempo para melhorar suas práticas?					
...precise de muitas tentativas até que consiga?					
...precise repensar suas estratégias?					

Fonte: Validação transcultural a partir de Wilson *et al.* Brief Self-Efficacy Scales for use in Weight-Loss Trials: Preliminary Evidence of Validity. *Psychological Assessment*, [s. l.], v. 28, n. 10, p. 1255-1264, 2016. doi:10.1037/pas0000249.

Autoeficácia elevada: se pelo menos DUAS questões forem avaliadas como 4 (muito confiante) ou 5 (completamente confiante)



Atenção: para norrear o fluxo do usuário na unidade de saúde após a aplicação desse instrumento, veja a **Estratégia para o Cuidado da Pessoa com Obesidade (Apêndices B e C)** no final do Instrutivo.



IMPLEMENTANDO O INSTRUTIVO NA UNIDADE DE SAÚDE

Nos capítulos anteriores você recebeu informações sobre o cuidado da pessoa com obesidade e a importância das atividades coletivas. Mas, como utilizar o Instrutivo em sua unidade de saúde? Se você identifica a obesidade como um problema no território em que atua, então, chegou o momento de planejar e agir.

Neste capítulo abordaremos o momento que antecede a execução das atividades coletivas: o Plano de Ação da equipe! Primeiro, você deve verificar quais são as demandas de cuidado relacionadas à obesidade no território. Em seguida, se apropriar do Instrutivo visando verificar se ele possui capacidade de atender à demanda identificada. Para isto, abordaremos:



- Identificando a demanda no território
- Apropriando-se da proposta do Instrutivo
- Construindo o Plano de Ação

8.1 Identificando a demanda do território

O território pode ser compreendido como uma área geograficamente delimitada e ocupada por uma população específica, contextualizada em razão de identidades comuns, sejam elas culturais, sociais, entre outras. Para fins das ações de saúde, ele é delimitado pelas áreas de abrangência dos serviços de saúde da APS e áreas de influência (BRASIL, 2005). Na AE, o território pode ser definido como as áreas de abrangência de origem dos usuários, seus riscos e vulnerabilidades, recursos e equipamentos disponíveis. Entretanto, o território vai bem além das delimitações que impomos; ele expressa as condições em que as pessoas moram, vivem, trabalham, adoecem, amam e se relacionam. Dessa forma, é um espaço vivo, em transformação.

Para conhecer o território é importante analisar o perfil da população, seus riscos e vulnerabilidades, bem como a rede de serviços, pessoas e recur-



tos disponíveis. Na análise territorial podemos identificar problemas, necessidades e vulnerabilidades que permitem o planejamento mais eficiente das ações e do processo de trabalho (GONDIM *et al.*, 2008). Abaixo, listamos alguns indicadores que podem auxiliar na análise do território (**Quadro 8.1**).

Quadro 8.1 – Possíveis indicadores para análise do território em relação à obesidade

Atenção Primária à Saúde	
Dimensões	Variáveis
População – quem são?	Número de pessoas com obesidade e detalhamento por faixa etária e sexo; características socioeconômicas e de escolaridade; estilo de vida; número de usuários que apresentam critérios de encaminhamento para cirurgia bariátrica; rede de apoio para pessoas com obesidade no território; equipamentos disponíveis; etc.
Serviços ofertados para pessoas com obesidade: qual é o foco do serviço?	Consultas programadas, atendimentos individuais específicos e compartilhados, atividades coletivas, encaminhamento para serviço especializado, etc.
Apoio matricial: quais são as demandas e propostas terapêuticas empregadas?	Situações observadas pela eSF ou NASF-AB, apoio técnico-pedagógico e clínico-assistencial empregado na abordagem da alimentação e da prática de exercício físico, encaminhamentos para apoio no manejo da obesidade, pactuações e ações planejadas pela eSF e profissionais de apoio no manejo da obesidade, etc.
Escuta de profissionais, gestores e usuários	Quais são as principais dificuldades encontradas no cuidado da saúde? O que chama atenção no território em relação à alimentação e prática de atividade física? Existem equipamentos no território que propiciem o acesso à alimentação adequada e saudável, e a prática de atividade física? Acredita que o cuidado da obesidade pode influenciar de forma positiva a saúde?
Atenção Especializada	
Dimensões	Variáveis
População – quem são?	Número de pessoas atendidas, grau de obesidade e detalhamento por faixa etária e sexo; características socioeconômicas e de escolaridade; estilo de vida; usuários encaminhados para tratamento da obesidade e que aguardam atendimento; usuários que apresentam critérios para encaminhamento para cirurgia bariátrica; usuários em acompanhamento após cirurgia bariátrica; etc.
Serviços ofertados para pessoas com obesidade	Especialidades envolvidas no cuidado; atendimentos de usuários que apresentam critérios para cirurgia bariátrica; atendimentos de usuários após cirurgia bariátrica; atendimentos de usuários que necessitem de mudanças no estilo de vida; atendimentos compartilhados; atendimentos coletivos; etc.
Apoio	Apoio técnico-pedagógico e clínico-assistencial oferecido para serviços da APS; demandas e propostas terapêuticas discutidas nas reuniões de equipe; encaminhamentos para cirurgia bariátrica; pactuações e ações planejadas; etc.
Escuta de profissionais, gestores e usuários	Quais são as principais dificuldades encontradas no cuidado da pessoa com obesidade? A obesidade é uma característica predominante nos usuários que acessam a rede especializada? Como está a alimentação e a prática de atividade física? Acredita que o cuidado da obesidade pode influenciar a saúde?

Fonte: Elaborado pelos autores.

Nota: eSF = estratégia Saúde da Família; NASF-AB = Núcleo Ampliado de Saúde da Família da Atenção Básica; APS = Atenção Primária à Saúde.

Então, após a análise dos indicadores do território e do serviço de saúde em que atua, é importante fazer algumas perguntas: *Você considera a obesidade como um problema a ser enfrentado? As ações até então desenvolvidas são efetivas? O que mais pode ser feito? O que pode ser aprimorado? Qual é o maior desafio relacionado à obesidade que o serviço e os profissionais de saúde enfrentam?*

O Instrutivo traz uma proposta inovadora para o cuidado da pessoa com obesidade e pode ser utilizado na unidade de saúde, desde que devidamente adaptado à realidade local e, se possível, com o engajamento de todos da unidade, sobretudo do gestor. Dessa forma, o próximo passo é compartilhar com o gestor e com os colegas.

8.2 Apropriando-se da proposta do Instrutivo

De acordo com as características locais, cada unidade poderá escolher seu espaço de compartilhamento do Instrutivo. Os espaços coletivos construídos para educação permanente democratizam as relações e ampliam o acesso à informação e o envolvimento com o trabalho (BRASIL, 2014a). As reuniões de equipe, da unidade e de matriciamento, no caso da APS, são algumas das formas de compartilhar o Instrutivo com os colegas, praticando a educação permanente e sensibilizando a todos para mudanças no processo de trabalho e para o aprimoramento do cuidado ofertado. A partir do compartilhamento, é possível favorecer o protagonismo das equipes na identificação e atendimento das necessidades locais, e na reflexão da prática apoiada em fontes confiáveis e científicas de informação.

Sugerimos que se utilize os espaços de reunião da unidade de saúde para que os profissionais possam conhecer o Instrutivo. Para tanto, é imprescindível sensibilizar antes o gestor para que ele apoie os profissionais na organização dos encontros e na proteção das agendas, de forma que outras demandas não interfiram na educação permanente e apropriação do Instrutivo.

8.3 Construindo o Plano de Ação

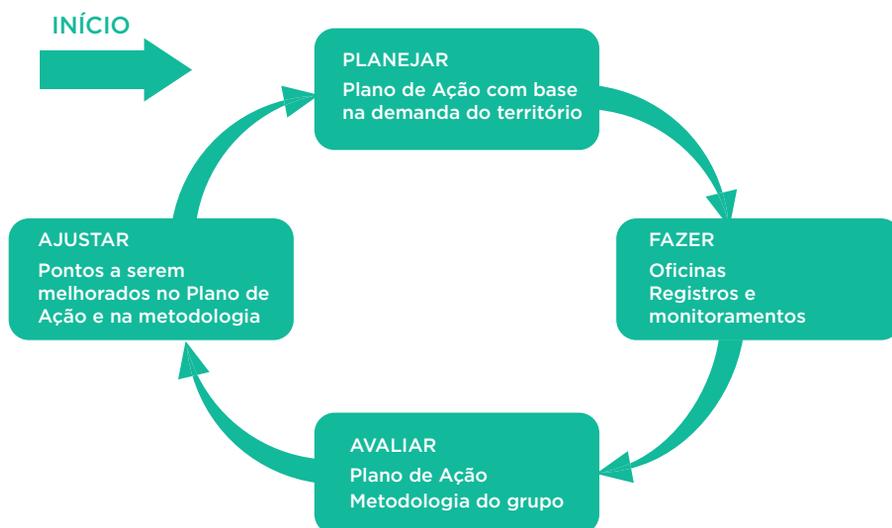
O próximo passo para aplicação do Instrutivo na unidade é ter um Plano de Ação. Adotar o Instrutivo no cotidiano de trabalho pode significar mudar o cuidado ofertado aos usuários e os processos de trabalho. Mudanças nem sempre são fáceis, mas são necessárias e devem sempre objetivar a melhoria da qualidade de vida e de trabalho.



Toda melhoria decorre de mudanças em processos, produtos ou serviços. Mudanças podem ocorrer devido a fatores externos. Entretanto, a melhor forma de mudar é quando parte da análise das necessidades dos usuários, dos profissionais e da comunidade, pois assim, favorece o engajamento dos profissionais no processo de mudança (BELO HORIZONTE, 2016). Ademais, uma gestão compartilhada favorece a autonomia e a corresponsabilidade de trabalhadores e gestores, evitando atribuir a alguns atores a culpa por problemas e dificuldades encontradas, e a responsabilidade solitária pelo enfrentamento da obesidade (BELO HORIZONTE, 2016; BRASIL, 2009).

Para isto, o ciclo de PDSA (“*plan - do - study - act*”, traduzido como “planejar, fazer, avaliar e ajustar”) é uma ferramenta que pode auxiliar no processo de implementação do Instrutivo na unidade. Ele é uma ferramenta de apoio para estruturação de mudanças e melhorias em processos de trabalho. A **Figura 8.1** mostra as etapas do ciclo de PDSA (AMERICAN ACADEMY OF NEUROLOGY, 2019) e o **Quadro 8.2** descreve cada uma destas etapas.

Figura 8.1 – Ciclo PDSA e implementação do Instrutivo na unidade de saúde



Fonte: Adaptado de Belo Horizonte, 2016.

Nota: PDSA = “plan - do - study - act”: “planejar, fazer, avaliar e ajustar”.

Quadro 8.2 – Atividades do ciclo PDSA no manejo da obesidade de sua unidade

Etapas	Atividades
Planejar	<ul style="list-style-type: none"> - Realizar diagnóstico e estabelecer a natureza do problema a ser enfrentado - Estabelecer os objetivos - Identificar grupos a serem ofertados segundo necessidades dos usuários e realidade da equipe - Construir Plano de Ação que poderá conter: profissionais que integrarão a equipe; responsável(eis) por cada atividade; como realizar; prazos e onde ocorrerão; recursos necessários (pessoal, agenda, tempo, material, etc.); duração; cronograma; etc. - Identificar possíveis parceiros no território - Organizar os materiais necessários para realização das oficinas - Definir os métodos de registro, monitoramento e avaliação a serem utilizados (Capítulo 6)
Fazer	<ul style="list-style-type: none"> - Desenvolver as atividades coletivas conforme cronograma - Realizar o registro, monitoramento e avaliação conforme previamente definido - Registrar efeitos não previstos e a percepção dos participantes em relação às atividades - Discutir com a equipe para verificar a necessidade de ajustes no planejamento ainda durante o desenvolvimento das atividades
Avaliar	<ul style="list-style-type: none"> - Verificar se as metas e objetivos do grupo foram alcançados (Capítulo 7) - Verificar se houve impacto no manejo da obesidade para a unidade - Comparar resultados alcançados com aqueles previstos no planejamento - Identificar correções necessárias - Sintetizar o aprendizado obtido para direcionar ajustes e impulsionar o próximo ciclo de PDSA
Ajustar	<ul style="list-style-type: none"> - Pensar e planejar as correções necessárias nas atividades, realizar ajustes para atingir os objetivos de forma mais eficiente - Gerar novo planejamento

Fonte: Elaborado pelos autores.

Nota: PDSA = “plan – do – study – act”: “planejar, fazer, avaliar e ajustar”.

Para auxiliar neste processo, veja uma sugestão simples de Plano de Ação (**pág. 141**) que pode ser útil na sua definição e acompanhamento.

Um ponto importante do Plano de Ação é a definição do que fazer, de qual grupo proposto no Instrutivo implementar na unidade (ver **Capítulo 7**). Na análise territorial foi possível compreender as necessidades dos usuários e confrontar com a realidade da equipe e do serviço de saúde, mas por onde começar? É necessário priorizar, ou seja, definir quais problemas serão enfrentados primeiro. Isto não significa que os demais serão descartados, mas sim



que serão atendidos em outra oportunidade. É necessário avaliar a demanda que será priorizada dentre as possibilidades de intervenção que este Instrutivo oferta: GM, GT1, GT2 ou GT3 (**Capítulo 7**), considerando sua urgência, relevância e viabilidade (CHORNY; KUSCHNIR; TAVEIRA, 2009; TEIXEIRA, 2010).

Lembre-se: o manejo da obesidade deve ser estruturado de forma a priorizar o planejamento e a atuação interdisciplinar, com troca de saberes, capacitação e responsabilidades mútuas. Afinal, a partir do momento que uma equipe que preconiza a prática colaborativa e integrada se responsabiliza pelo cuidado da população, amplia-se a capacidade de resposta aos problemas (BRASIL, 2014b; TEIXEIRA, 2010).



MENSAGENS CENTRAIS DO CAPÍTULO

Passos para implementação do Instrutivo na unidade de saúde:

- Conhecer a demanda da unidade em relação à obesidade – justifica a criação de grupos?
- Compartilhar o Instrutivo com a gestão e os profissionais – apresentar em uma reunião da unidade. A equipe gostou do Instrutivo, agora é apropriar da metodologia – estudo conjunto (educação permanente)
- Definição dos grupos a serem propostos na unidade
- Identificar profissionais que contribuam com diferentes saberes para a implementação do Instrutivo
- Construir Plano de Ação para implementar o(s) grupo(s)
- Avaliar o Plano de Ação e a metodologia de grupos

REFERÊNCIAS

AMERICAN ACADEMY OF NEUROLOGY. **Plan-Do-Study-Act**: IHI model for improvement. 2019. Disponível em: <http://www.ihl.org/resources/pages/howtoimprove/default.aspx>. Acesso em: 26 ago. 2019.

BELO HORIZONTE. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. **Gestão no cuidado do território**. Belo Horizonte, SMSA-BH, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **O SUS de A a Z**: garantindo saúde nos municípios. Brasília, DF: MS, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS**. Brasília, DF: MS, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Subsecretaria de Assuntos Administrativos. **Educação permanente em saúde**: um movimento instituinte de novas práticas no Ministério da Saúde. Brasília, DF: MS, 2014a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Núcleo de Apoio à Saúde da Família**. Brasília, DF: MS, 2014b.

CHORNY, A. H.; KUSCHNIR, R.; TAVEIRA, M. **Planejamento e programação em saúde**: texto para fixação de conteúdos e seminário. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.

GONDIM, G. M. M. *et al.* **O território da saúde**: a organização do sistema de saúde e a territorialização. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008.

TEIXEIRA, C. F. **Planejamento em saúde**: conceitos, métodos e experiências. Salvador: EDUFBA, 2010.



PRINCIPAIS PERGUNTAS SOBRE O INSTRUTIVO

Este capítulo apresenta, de forma prática e objetiva, os principais temas discutidos no Instrutivo. São questões, estudos de caso e simulações apresentados por capítulo, de forma a ajudá-lo a compreender o embasamento teórico da metodologia de grupos proposta no Instrutivo.



QUESTÕES DO CAPÍTULO 3

1. O que é cuidado?

O cuidado é um modo de agir que pode ser entendido como atenção e responsabilização por um usuário. O cuidado deve ser garantido pela integralidade na atenção à saúde do usuário, família e comunidade, mediante ações ordenadas de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação em todos os níveis de atenção, conforme a demanda de saúde.

2. Qual é o papel da APS no cuidado da pessoa com obesidade? Quais são os outros pontos da RAS responsáveis por este cuidado?

A APS é responsável pela coordenação do cuidado e porta de entrada do usuário na RAS, ofertando cuidado de forma integral e longitudinal com resolutividade, responsabilização e comunicação com outros pontos de atenção.

A Atenção Especializada e os hospitais também são responsáveis pelo cuidado da pessoa com obesidade, inclusive em sua captação. Ressalta-se que, considerando a complexidade da obesidade, o manejo dessa condição na RAS deve incorporar outros saberes, serviços e instituições para além do setor saúde, visando um cuidado mais resolutivo.



Exemplo

R.T.F., 45 anos, sexo masculino, desempregado, sem acompanhamento na APS. Compareceu à Unidade de Pronto Atendimento (UPA) devido a uma dor torácica repentina, irradiando para o braço esquerdo. O médico diagnosticou como infarto agudo do miocárdio e realizou a propedêutica necessária. A equipe identificou que o usuário apresentava obesidade grave e fez contato com a UBS para seu acompanhamento longitudinal. A enfermeira da eSF acolheu o usuário e verificou sua prontidão para reduzir peso. Diante disto, realizou o aconselhamento para redução de peso e adoção de modos de vida saudáveis, e o encaminhou para consulta com o médico da eSF, para atividade coletiva de manejo da obesidade desenvolvida com o NASF-AB, e para o Programa Academia da Saúde. Durante este processo, uma dificuldade relatada pelo usuário foi o custo dos alimentos *in natura*. Mas, durante um dos encontros do grupo, a equipe já havia planejado apresentar a horta comunitária próxima à UBS, o que possivelmente facilitará o acesso a estes alimentos. Adicionalmente, a eSF também o encaminhou para o Centro de Referência de Assistência Social para qualificação profissional e assistência social. O usuário permaneceu em acompanhamento na APS, não sendo necessário encaminhá-lo para a AE devido a evolução positiva.

3. Porque basear em um modelo de atenção às condições crônicas de saúde para organizar o cuidado de pessoas com obesidade na RAS?

Dada à complexidade da obesidade é vital que as ações de cuidado considerem a estratificação de riscos e os determinantes sociais de saúde, como preconiza o Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC). Este modelo pode auxiliar os serviços de saúde na construção de estratégias para o manejo da obesidade e promover a evolução de um sistema de atenção à saúde fragmentado, reativo e episódico, para um sistema integrado, proativo e contínuo.

Exemplo

Nas reuniões de matriciamento, a eSF encaminhava para a nutricionista do NASF-AB todos os usuários com sobrepeso e obesidade, independente da estratificação de risco. Como a agenda da profissional estava sempre cheia, ela direcionava os usuários para o grupo de promoção da alimentação saudável. Contudo o grupo ia esvaziando ao longo dos encontros. Além disso, ela observou que os usuários com obesidade grave tinham vergonha de realizar a

pesagem e que outros pareciam desmotivados para mudar. Paralelamente, na reunião de matriciamento, a médica da eSF problematizou com a nutricionista os motivos dos usuários não reduzirem o peso e da população do território apresentar cada vez mais obesidade. Após discussão, a equipe concluiu que a atenção prestada aos usuários não estava adequada às suas necessidades. Então, decidiram por estudar o modelo de atenção proposto para o cuidado de pessoas com DCNT - o MACC - e verificar a pertinência de sua implantação na unidade.

Ao estudarem, verificaram a importância de conhecer a família, o território, os determinantes sociais de saúde e o usuário para estabelecer plano de cuidado adequado. Dessa forma, decidiram pelos seguintes encaminhamentos: a) ofertar ações de promoção da saúde para a população em geral do território; b) ampliar o grupo de promoção da alimentação adequada e saudável, associando com atividade física; c) realizar a estratificação de risco das pessoas com obesidade; d) realizar ações específicas para manejo da obesidade: pessoas com obesidade sem comorbidades seriam indicadas intervenções de autocuidado apoiado, ofertadas pela eSF, com ênfase na atenção multiprofissional, e não só do nutricionista; pessoas com obesidade e comorbidades teriam maior atenção da eSF e de profissionais do NASF-AB, de forma colaborativa e sistemática; pessoas com obesidade e condições crônicas muito complexas, como indicação para cirurgia bariátrica, teriam maior cuidado profissional especializado e coordenado por um gestor de caso, e quando necessário, referenciadas para a AE.

4. O que é educação permanente em saúde? Como ela pode auxiliar no manejo da obesidade?

A educação permanente é a aprendizagem no trabalho, e ocorre no cotidiano das pessoas e organizações, como reuniões de matriciamento, atendimentos compartilhados, atividades coletivas e de qualificação profissional. Por se basear na aprendizagem significativa, favorece a transformação da prática profissional mediante temas de interesse de usuários e profissionais.

Exemplo

Profissionais de uma eSF encaminham todas as pessoas com obesidade para o nutricionista do NASF-AB, sem compreender suas particularidades. Então, na reunião de matriciamento, a equipe do NASF-AB decidiu por esclarecer o papel do nutricionista e a importância de identificar as



necessidades do usuário, bem como as possibilidades de encaminhamento para outros pontos da RAS visando um cuidado integral e mais resolutivo. A partir deste diálogo, os profissionais estabeleceram critérios para o encaminhamento, considerando as necessidades do usuário e do território.

5. O que é a Atenção Centrada na Pessoa?

É o cuidado feito de forma individualizada, singular, auxiliando o usuário a construir conhecimentos, habilidades, atitudes, competências, motivação e autoeficácia para gerir e tomar decisões sobre sua saúde. Nesta perspectiva, o plano de cuidado é construído junto com o usuário, segundo suas necessidades e potencialidades, incluindo o apoio que dispõe na família e no território.

Exemplo

Um plano de cuidado elaborado pela enfermeira da eSF junto com um usuário com obesidade buscou conhecer melhor as possibilidades de apoio do território. Eles verificaram as seguintes fontes de apoio: vizinhos, disponibilidade de alimentos *in natura* na horta comunitária do bairro, unidade do Programa Academia da Saúde próxima ao domicílio e grupos da comunidade. Por outro lado, identificaram como dificultador para o cuidado a falta de apoio familiar. Diante disto, construíram um plano de cuidado ancorado nas fontes de apoio, decidindo trabalhar o apoio familiar posteriormente.



QUESTÕES DO CAPÍTULO 4

1. Não sou nutricionista, posso realizar ações de educação alimentar e nutricional?

Sim. O conceito de educação alimentar e nutricional aponta que se trata de campo transdisciplinar, intersetorial e multiprofissional, uma vez que a alimentação é uma prática que resulta da atuação de inúmeros determinantes: biológicos, sociais, econômicos, físicos, etc. Portanto, não se limita à atuação do nutricionista, apesar de este ser um profissional de importância nas ações de promoção da alimentação adequada e saudável. Já em

situações que envolvem doenças, incluindo a obesidade, é importante, pelo menos, o apoio técnico-pedagógico do nutricionista, conforme preconiza o Conselho Federal de Nutricionistas.

2. O que é o Modelo Transteórico?

É uma teoria da Psicologia, desenvolvida na década de 80, que permite identificar os diferentes níveis de prontidão para a mudança de comportamento. Ele parte do princípio que nem todos estão prontos para mudar, e que a mudança ocorre em estágios, precisando ser trabalhada a confiança da pessoa em si (autoeficácia), seu equilíbrio de decisões e processos de mudança que podem favorecer a decisão por mudar. Acredita-se que a partir da compreensão de como ocorre a mudança de comportamento tem-se maior adesão e êxito nas ações de saúde.

3. Modelo Transteórico (MT) e estágios de mudança são a mesma coisa?

Não. Os estágios de mudança correspondem a um dos pilares do MT, e representam o grau de prontidão para mudança de comportamento. O MT abrange outros três pilares: processos de mudança (estratégias para favorecer a evolução para os estágios), equilíbrio de decisões (balanço dos prós e contras de se adotar um novo comportamento) e autoeficácia (confiança em si mesmo para efetivar a mudança).

4. O que é Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC)?

A TCC é uma das teorias e modelos psicoterápicos usadas no MT. Segundo a TCC, as pessoas desenvolvem e mantêm crenças ao longo da vida, e a partir delas formulam sua visão sobre si, sobre o mundo e o futuro, sendo a modificação de tais crenças o seu principal objetivo.



QUESTÕES DO CAPÍTULO 5

1. O que é o autocuidado apoiado?

São intervenções sistemáticas que buscam empoderar as pessoas para autogerenciarem sua saúde e a atenção prestada pelos serviços; ou seja, busca despertar o olhar da pessoa para si, reconhecendo seu protagonismo no cuidado à saúde, aumentar sua confiança e habilidades para a



co-responsabilização, auxiliando-as a escolher a melhor forma de cuidado. É importante avaliar a capacidade e o grau de confiança para o autocuidado e o conhecimento do usuário sobre sua saúde para analisar a proporção que o cuidado profissional ocupará no tratamento.

2. Como colocar em prática o autocuidado apoiado?

O autocuidado é muito mais que dizer ao usuário o que deve fazer. Ele deve compreender o porquê cuidar de sua saúde e como fazê-lo, desenvolvendo a autorresponsabilidade.

Exemplo

T.G.V., 34 anos, sexo feminino, com obesidade grau I e hipertensão arterial. Ela só comparecia à UBS para renovar a receita médica e buscar o medicamento anti-hipertensivo. Na última consulta, o médico conversou com ela sobre o impacto negativo da obesidade e da pressão arterial alterada em sua saúde, e explicou algumas estratégias para cuidar de si no dia-a-dia. A usuária ficou sensibilizada e desperta para a necessidade de cuidar de si e de buscar apoio dos profissionais da UBS, refletindo que este apoio poder ir além da oferta de medicamentos.

3. Após iniciar grupo para manejo da obesidade, a equipe identificou que a oferta de atividade física seria importante, no entanto, a unidade não possui profissional de Educação Física. Como a eSF pode solucionar esse problema?

A equipe responsável pelo grupo pode conduzir discussão na UBS sobre a importância de ofertar práticas corporais, levantando os profissionais interessados em apoiar (Ex.: profissionais das eSF, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional do NASF-AB, etc.). Essas atividades podem incluir caminhadas, danças, aulas de *Lian Gong* e *Tai chi chuan* (práticas corporais baseadas na Medicina Tradicional Chinesa (http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/glossario_pics.pdf), segundo a aptidão do profissional, as características dos usuários e do território.

Também é importante conhecer o território para identificar locais para realização de atividade física, considerando aspectos como: acessibilidade; estrutura mínima para receber o grupo; se é coberto; se há espaço para guardar materiais, etc.

4. Em um grupo de unidade de saúde localizada em área de elevada vulnerabilidade social, a equipe tem enfrentado dificuldades de comunicação com os participantes e a adesão está baixa. Como melhorar a comunicação visando ampliar a adesão?

- Conhecer a história e hábitos de vida dos usuários, e propor discussões de interesse;
- Criar/reforçar canais de participação da comunidade para definir prioridades de saúde;
- Utilizar tecnologias de comunicação, como ligação telefônica, para lembrar do encontro e motivar a participação; e/ou enviar cartão postal com mensagens motivacionais;
- Reforçar com a equipe a importância de escutar de forma atenta, e não apenas falar;
- Evitar fornecer muitas informações, buscando refletir com os participantes sobre os problemas presentes em sua realidade;
- Atentar para a linguagem não-verbal e melhorar a comunicação. Ex.: sentar no nível dos usuários, se colocar próximo, demonstrar atenção e interesse, olhar para as pessoas, etc.;
- Demonstrar empatia, estando atentos ao que o outro fala;
- Aceitar o que o outro pensa, e não julgar. Aceitar não é concordar, mas acolher. Evitar palavras que envolvam julgamento como: *certo/errado, bem/mal, bom/ruim, suficiente, adequadamente, apropriadamente, problema...* Inverter a forma de dialogar, priorizando perguntas abertas: “*Você está se alimentando bem?*” por: “*Como está sua alimentação?*”;
- Reconhecer e elogiar, valorizar cada ganho, pois não existe ganho pequeno ou grande, existem vitórias;
- Respeitar as dificuldades e auxiliar a superar os desafios;
- Sugerir em vez de ordenar, e evitar muitas sugestões de uma só vez. As metas devem ser alinhadas à realidade dos participantes, factíveis e realistas;
- Promover “bons encontros”, permitindo que os afetos circulem no grupo. A circulação de afetos é capaz de romper rancores, ressentimentos, mistificações, estigmatização, entre outros entraves para mudar.



QUESTÕES DO CAPÍTULO 6

1. Qual é a importância de registrar as atividades coletivas?

O registro contribui para o acompanhamento e monitoramento dos resultados por permitir avaliar o perfil dos usuários, atividades com maior adesão, profissionais envolvidos, etc.

Exemplo

Um município não usava sistemas de informação para registrar os atendimentos individuais e atividades coletivas. As informações eram registradas em prontuário de papel nas cinco UBS. Dessa forma, havia grande dificuldade de realizar o diagnóstico situacional, não se sabendo ao certo o número de pessoas com obesidade, diabetes e hipertensão arterial. A partir da adesão do município ao e-SUS foi possível registrar as atividades e conhecer melhor o perfil da população, e conduzir a classificação de risco daqueles com condições crônicas. Posteriormente, verificou-se a importância de também aderir ao SISVAN para registrar os dados antropométricos e o consumo alimentar. Com o avanço das ações de registro e monitoramento foi possível identificar que 22% da população adulta apresentavam obesidade, mobilizando as equipes das UBS para o planejamento e desenvolvimento de atividades de promoção e cuidado à saúde.

2. Por que e como monitorar atividades coletivas?

O monitoramento permite observar se as atividades estão sendo desenvolvidas como planejado e se alcançaram os resultados esperados, auxiliando na tomada de decisão quanto à manutenção ou alteração das atividades. Ele pode ser realizado de diversas formas, mas uma iniciativa interessante e que vem mostrando bons resultados é o telemonitoramento, seja por uso de aplicativos de mensagens, mensagens curtas (SMS) ou ligações telefônicas.

Exemplo

A nutricionista do NASF-AB que apoia a UBS Laranjeiras estava com dificuldade de realizar os encontros com os usuários do GT2, como proposto no

Instrutivo, devido ao fato de muitos dos participantes residirem do outro lado da rodovia em que a UBS se localiza. Para superar esta dificuldade, ela implementou o telemonitoramento, mantendo os encontros presenciais quinzenais no início do grupo e depois mensais. Para o telemonitoramento, foi criado um grupo em aplicativo de mensagens para compartilhar relatos e avaliar a compreensão do conteúdo. As demais ações não presenciais previstas no GT2 foram mantidas, visando motivar a participação e melhorar a adesão.

3. Por que avaliar atividades coletivas? E o que avaliar?

A avaliação permite analisar a relevância, eficácia, efetividade, eficiência e impacto de ações. Dessa forma, atividades coletivas devem ser avaliadas para determinar se os objetivos e resultados esperados foram alcançados e identificar mudanças necessárias.

No início das atividades, os profissionais de saúde, devem buscar compreender o conhecimento prévio dos usuários e seu contexto social. Durante o seu desenvolvimento, devem ser identificados os conhecimentos construídos que poderão subsidiar mudanças de comportamentos relacionados à obesidade, estratégias educativas e materiais utilizados, duração do encontro, participação e opinião dos usuários, etc. Ao final, podem ser avaliados conhecimentos adquiridos, evolução de comportamentos de saúde e das medidas antropométricas, percepções e satisfação com as atividades, etc.

4. Por que utilizar o SISVAN (Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional) para monitoramento dos participantes das atividades?

Porque é uma ferramenta de apoio para o diagnóstico das condições de alimentação e nutrição, disponível na APS, que permite o registro e disseminação de informações.

Exemplo

Uma eSF identificou, pela análise dos dados do SISVAN, elevada prevalência de sobrepeso e de obesidade em adultos da área de abrangência da UBS. Preocupada com a situação, a equipe se reuniu com o NASF-AB, que conta com nutricionista, para discussão. Foram identificadas algumas ações possíveis, como: a) estratificação de risco e vulnerabilidade dos usuários; b) planejamento e realização de atividades coletivas a partir de análise e discussão do **“Instrutivo de Abordagem Coletiva para Manejo da Obesidade**



no SUS.”; c) discussão e análise da equipe com o NASF-AB de casos graves visando maior resolutividade.

5. Como utilizar o e-SUS AB no monitoramento das atividades coletivas?

O e-SUS pode ser usado no registro dos encontros e informações sobre os participantes. Os dados serão úteis no planejamento das atividades durante o matriciamento com o NASF-AB.

Exemplo

Em uma UBS, os profissionais da eSF irão iniciar o GT1 para o cuidado dos usuários com obesidade. Para realizarem o registro das datas, período dos encontros, local da reunião, usuários presentes, dados antropométricos e ocorrência de alterações nas avaliações, decidiram usar a Ficha de Atividade Coletiva do e-SUS AB. Mas, como a UBS não dispõe de computadores em número suficiente, eles fizeram o registro manual para posterior lançamento no módulo CDS do e-SUS AB. Com a utilização do sistema, monitoraram melhor a participação dos usuários, as alterações nas avaliações e medidas antropométricas, além de alimentarem o sistema nacional, auxiliando no aprimoramento das políticas públicas de enfrentamento da obesidade.



QUESTÕES DO CAPÍTULO 7

1. Como nortear de forma simples e rápida o fluxo do usuário com obesidade na unidade a partir das diferentes propostas terapêuticas do Instrutivo?

Para nortear o fluxo de usuários com obesidade na unidade veja as **Figuras 1 e 2 – Estratégia para o Cuidado da Pessoa com Obesidade na APS e na AE (págs. 85 a 88)**. A triagem para grupos pode ser feita a partir dos prontuários, atendimentos, acolhimento ou identificação pelos ACS no território.

2. É obrigatório organizar na unidade todos os grupos propostos no Instrutivo?

Não, de forma alguma. Pode ser que nem todas as propostas de grupo do Instrutivo sejam factíveis com a sua realidade, ou a unidade pode não

comportar tantos grupos. Você e as equipes deverão estabelecer o melhor caminho para o manejo da obesidade na unidade.

Mas uma boa alternativa para ofertar simultaneamente diferentes modalidades de grupos é a condução compartilhada pelas equipes das UBS e do NASF-B, assim o grupo deixa de ser de uma equipe para ser de responsabilidade da unidade.

3. Não consigo realizar na unidade todos os grupos propostos no Instrutivo, qual tipo de grupo devo priorizar? Como definir qual é a melhor opção?

Primeiro, você deverá ter o diagnóstico da unidade e das necessidades dos usuários. Utilize a **Estratificação de Grupos para Manejo da Obesidade (págs. 138 a 139)** para definir o perfil dos usuários e discuta com o gestor e com a equipe a capacidade da unidade de atender a esta demanda. Logo, o grupo prioritário será aquele que melhor atenda à demanda dos usuários e seja compatível com a capacidade da sua unidade. Mas é importante que todos os usuários com obesidade sejam direcionados para algum tipo de tratamento (coletivo e/ou individual). Veja alguns casos a seguir.

Estudo de Caso 1

Em uma UBS, verificou-se elevada demanda de adultos e idosos com excesso de peso, em sua maioria sem critérios para cirurgia bariátrica. Entretanto, boa parte possuía comorbidades, como hipertensão arterial, diabetes *mellitus*, dislipidemia e esteatose hepática. Tal unidade conta com 4 eSF, além de equipe do NASF-AB com nutricionista, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, farmacêutico, educador físico e terapeuta ocupacional. O território conta com uma unidade do Programa Academia da Saúde e um centro comunitário que realiza atividades variadas como grupo de mulheres.

A nutricionista sugeriu implementar estratégias coletivas para apoiar o tratamento da obesidade baseadas no **Instrutivo de Abordagem Coletiva para Manejo da Obesidade no SUS**. Na reunião de matriciamento, ela apresentou o Instrutivo e as equipes concordaram. Para isto, os profissionais se organizaram da seguinte forma:

- Médicos, enfermeiros e a nutricionista irão aplicar a **Estratificação de Grupos para Manejo da Obesidade**, disponível no Instrutivo, para triagem dos usuários;



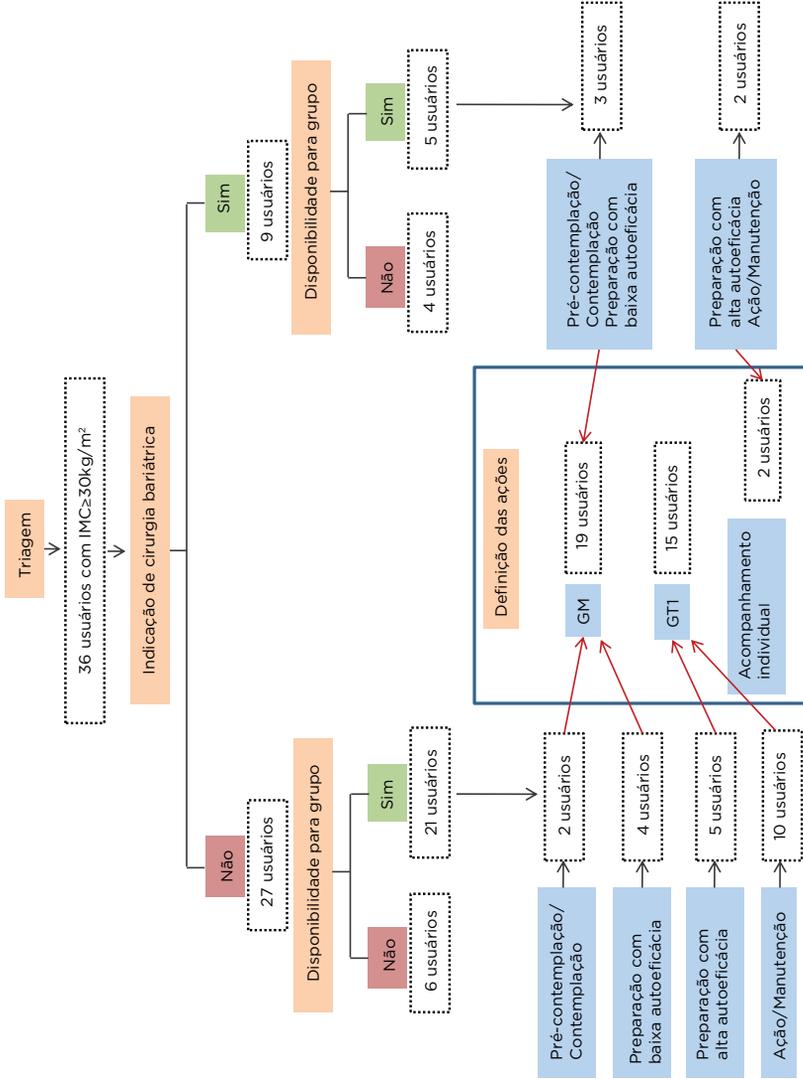
- Os ACS irão realizar a busca ativa de usuários com obesidade para a triagem;
- Os profissionais conhecerão melhor o Instrutivo para colaborar nos encontros.

Ao final do período de triagem foram avaliados 36 usuários com obesidade, com o seguinte perfil:

- Sexo: 25 mulheres e 11 homens
- Idade: 27 a 72 anos
- 9 pessoas com indicação para cirurgia bariátrica e 27 sem indicação
- 26 pessoas com disponibilidade para grupos; sendo 21 sem critério para cirurgia bariátrica
- Prontidão de mudança para reduzir peso: daqueles sem critério de cirurgia bariátrica e com disponibilidade para grupos, 5 estavam nos estágios de “preparação com alta autoeficácia” e 10 em “ação/manutenção”; e o restante em “pré-contemplação e contemplação” (n=2) e “preparação e baixa autoeficácia” (n=4)
- Prontidão de mudança para reduzir peso: dos 5 usuários com indicação para cirurgia bariátrica com disponibilidade para grupos, 2 estavam em “preparação com alta autoeficácia” e “ação/manutenção”; e 3 em “pré-contemplação e contemplação” e “preparação e baixa autoeficácia”.

Para estabelecer qual grupo será desenvolvido na unidade, durante a reunião de matriciamento a equipe construiu um fluxograma com a identificação dos usuários triados (Figura 1). A equipe decidiu criar um GM e um GT1 que serão coordenados pela nutricionista, com o apoio de profissionais da eSF e do NASF-AB. No GM serão atendidos 19 usuários (aqueles em pré-contemplação e contemplação, preparação com baixa autoeficácia e sem disponibilidade para grupos). Para o GT1 serão encaminhados os 15 usuários sem critério de cirurgia bariátrica e classificados nos estágios de preparação com alta autoeficácia, ação e manutenção. Os usuários com indicação para bariátrica serão acompanhados individualmente e encaminhados para a AE.

Figura 9.1 – Fluxograma de definição das ações que serão implementadas na UBS



Fonte: Elaborado pelos autores.

Nota: USB = Unidade Básica de Saúde; GM = Grupo Motivacional; GT = Grupo Terapêutico; IMC = Índice de Massa Corporal.



Estudo de Caso 2

Em UBS localizada em uma cidade de médio porte no interior do estado, verificou-se elevada demanda de pessoas com mais de 20 anos de idade com obesidade e, em sua maioria, com critérios para cirurgia bariátrica. A unidade conta com 2 eSF e NASF-AB com nutricionista, fisioterapeuta, farmacêutico, assistente social e psicólogo. A nutricionista, na reunião de matriciamento”, apresentou o Instrutivo e sugeriu implementar um dos grupos terapêuticos. As equipes concordaram em implementar a abordagem.

Os enfermeiros, ao aplicarem a **Estratificação de Grupos para Manejo da Obesidade**, identificaram 31 usuários com indicação para cirurgia bariátrica com o seguinte perfil:

- Sexo: 21 mulheres e 10 homens
- Idade: 20 a 65 anos
- Disponibilidade para participar de grupos: 25 usuários
- Prontidão de mudança para reduzir peso: dos 25 usuários com disponibilidade para grupos, 18 estavam nos estágios de “preparação com alta autoeficácia” e “ação/manutenção”; e o restante (n=7) em “pré-contemplação e contemplação” e “preparação e baixa autoeficácia”.

A equipe decidiu criar o GM e o GT2, coordenados pelo psicólogo e a nutricionista, respectivamente. Os 6 usuários sem disponibilidade para grupo e os 7 em pré-contemplação, contemplação e preparação com baixa autoeficácia serão encaminhados para o GM. No GT2 serão incluídos os 18 usuários em preparação com alta autoeficácia, e aqueles em ação e manutenção.

Estudo de Caso 3

Em um Ambulatório de Obesidade localizado em uma capital brasileira, cujo foco é o cuidado de pessoas com obesidade grave e com indicação para realização de cirurgia bariátrica, os profissionais decidiram propor um grupo para o cuidado destes usuários baseado no Instrutivo. Tal Ambulatório conta com médicos, enfermeiros, nutricionista, fisioterapeuta e psicólogo.

Após a aplicação do instrumento de **Estratificação de Grupos para Manejo da Obesidade**, verificou-se o seguinte perfil dos 26 usuários:

- Sexo: 18 mulheres e 8 homens
- Idade: 21 a 65 anos
- Disponibilidade para participar de grupos: 21 usuários
- Prontidão de mudança para reduzir peso: dos 21 usuários com disponibilidade para grupos, 9 estavam nos estágios de “preparação com alta autoeficácia” e “ação/manutenção”; e o restante (n=6) em “pré-contemplação e contemplação” e “preparação e baixa autoeficácia”

Optou-se por criar o GT2 com os usuários nos estágios de preparação com alta autoeficácia e ação e manutenção. E a nutricionista ficou de entrar em contato com as UBS de referência para verificar a existência do GM para aqueles em pré-contemplação, contemplação e preparação com baixa autoeficácia, sendo mantido o acompanhamento individual no Ambulatório.

Estudo de Caso 4

Em uma unidade da AE que oferece atendimento especializado para pessoas com obesidade com e sem indicação para cirurgia bariátrica, a demanda é bastante elevada. Neste serviço, dois médicos endocrinologistas gostariam de implementar algum tipo de abordagem coletiva de forma a melhor desenvolver o cuidado. Conversaram com os cardiologistas (n=4), enfermeiros (n=2) e técnicos de enfermagem (n=4) e decidiram criar um grupo baseado no Instrutivo.

Os enfermeiros e auxiliares de enfermagem, ao aplicarem o instrumento de **Estratificação de Grupos para Manejo da Obesidade**, identificaram o seguinte perfil dos 62 usuários:

- Sexo: 44 mulheres e 18 homens
- Idade: 21 a 71 anos
- Disponibilidade para participar de grupos: 41 usuários
- Prontidão de mudança para reduzir peso: dos 41 usuários com disponibilidade para grupos, 28 estavam nos estágios de “preparação com alta autoeficácia” e “ação ou manutenção”; e destas (28), 17 não tinham indicação para cirurgia bariátrica. Dos 13 usuários em “pré-contemplação e contemplação” e “preparação e baixa autoeficácia”, 6 não tinham indicação para cirurgia bariátrica

Após o diagnóstico da unidade, a equipe decidiu criar o GM, que será coordenado por um enfermeiro e irá receber os 13 usuários nos estágios de pré-contemplação, contemplação e preparação com baixa autoeficácia. Também serão encaminhados para esse grupo os 21 usuários sem disponibilidade para participar de grupos. Após a finalização desse grupo será iniciado um GT1, coordenado pelo enfermeiro e apoiado pelos demais



profissionais. Para este grupo serão encaminhados os 17 participantes sem critério de cirurgia bariátrica e em preparação com alta autoeficácia, ação e manutenção, e aqueles do GM que evoluíram de estágio.



QUESTÕES DO CAPÍTULO 8

1. Por que é importante conhecer o território, antes de implementar o Instrutivo?

Na análise territorial podemos identificar problemas, necessidades e vulnerabilidades que permitem o planejamento mais eficiente das ações e do processo de trabalho. Para isto, deve-se verificar parâmetros como: quem são as pessoas do território, quais são as situações observadas nas reuniões de matriciamento, quais são as principais dificuldades identificadas pelos profissionais, quais são os serviços mais ofertados ou utilizados pela comunidade, etc.

A partir disto, a equipe deve se questionar: a obesidade é um problema a ser enfrentado nessa unidade? Se sim, proceder a implementação do Instrutivo!

2. Quais espaços da unidade de saúde que podem ser utilizados para o compartilhamento do Instrutivo com os demais profissionais de saúde?

Na APS, as reuniões de equipe e de matriciamento são oportunidades importantes para isso. Na AE, o Instrutivo pode ser compartilhado nas reuniões de equipe. Cada unidade deverá eleger o melhor espaço de compartilhamento do Instrutivo, mas é fundamental buscar o apoio do gestor para a organização destes encontros e a proteção das agendas.

3. Quais são as etapas do Plano de Ação para implementar o Instrutivo?

Sugere-se o uso do ciclo de PDSA (planejar – fazer – avaliar – ajustar), que é uma ferramenta de apoio para estruturação de mudanças e melhorias em processos de trabalho. No planejamento, ocorre a análise territorial e a priorização das dificuldades a serem enfrentadas, com a construção do Plano de Ação. No fazer, tem-se a realização das atividades, com o devido registro e monitoramento. Ao avaliar o processo, identifica-se o alcance das metas e dos objetivos, sendo possível realizar correções caso sejam necessárias. Os ajustes geram novo Plano de Ação, visando alcançar os objetivos de forma mais eficiente.

FRENTE

Apêndice A - Estratificação de Grupos para Manejo da Obesidade

Parte 1 - Realizada com TODOS os usuários		
Nome completo:		
Número do prontuário ou do Cartão Nacional de Saúde:		
Telefone de contato: ()		Equipe de saúde:
Peso (aferir): _____ kg	Altura (aferir): _____ m	IMC: _____ Kg/m ² IMC=peso/(altura*altura)
Classificação do IMC adultos (WHO, 2000): ____ Baixo peso (IMC < 18,5 kg/m ²) ____ Peso normal (IMC ≥ 18,5 e < 24,9 kg/m ²) ____ Sobrepeso (IMC ≥ 25,0 e < 29,9 kg/m ²) ____ Obesidade (IMC ≥ 30,0 kg/m²)	Classificação do IMC idosos (NSI, 2000): ____ Magreza (IMC ≤ 22,0 kg/m ²) ____ Eutrofia (IMC > 22,0 e < 27,0 kg/m ²) ____ Sobrepeso (IMC ≥ 27,0 kg/m²)	
Se o usuário não for identificado com obesidade, indique as ações pertinentes ofertadas na unidade de saúde, sobretudo as de promoção da alimentação adequada e saudável.		
Parte 2: Realizada apenas com usuários COM obesidade		
Disponibilidade para grupos		
Você quer participar de grupos com duração de 6 meses ou mais? () Sim () Não		
Você tem tempo para participar de grupos com duração de 6 meses ou mais? () Sim () Não		
Indicação para cirurgia bariátrica		
Usuário fez cirurgia bariátrica: ⇨ <i>Profissional, não pergunte estas questões ao usuário, busque as informações no prontuário e registros na unidade</i> () Sim () Não Se sim, há quanto tempo? _____ Está em acompanhamento em algum serviço de saúde: () Sim () Não Houve reganho de peso: () Sim () Não		
Indicações para cirurgia bariátrica: (1) Usuários que apresentem IMC ≥ 50 kg/m ² (2) Usuários que apresentem IMC ≥ 40 kg/m ² , com ou sem comorbidades, sem sucesso no tratamento clínico longitudinal realizado na Atenção Primária e/ou na Atenção Especializada, por no mínimo 2 anos e que tenham seguido protocolos clínicos; (3) Usuários com IMC ≥ 35 kg/m ² e comorbidades, como com alto risco cardiovascular; diabetes mellitus e/ou hipertensão arterial de difícil controle; apneia do sono, doenças articulares degenerativas; sem sucesso no tratamento clínico longitudinal realizado por no mínimo 2 anos e que tenham seguido protocolos clínicos		

Fonte: Elaborado pelos autores.

REFERÊNCIAS:

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of a World Health Organization Consultation. Geneva: World Health Organization, 2000. p. 256. WHO Obesity Technical Report Series, n. 284.

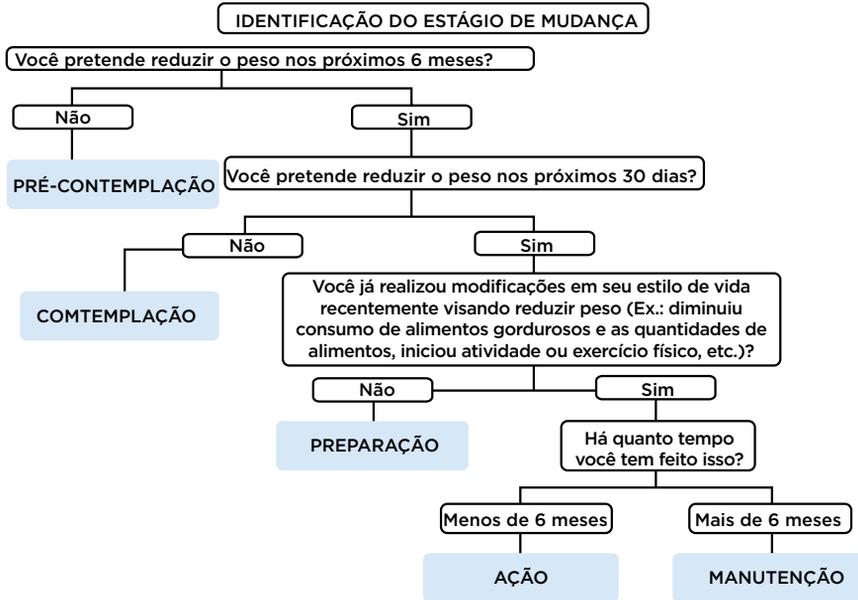
THE NUTRITION SCREENING INITIATIVE - NSI. Incorporating nutrition screening and interventions into medical practice: a monograph for physicians. Washington, D. C. US: American Academy of Family Physicians. The American Dietetic Association. National Council on Aging Inc, 1994.





VERSO

Apêndice A - Estratificação de Grupos para Manejo da Obesidade



Fonte: Adaptado de Brasil, 2014.

Identificação da autoeficácia para reduzir peso

Quão confiante você está para perder peso mesmo que...	1. Nada confiante	2. Pouco confiante	3. Moderadamente confiante	4. Muito confiante	5. Completamente confiante
...precise de muito tempo para melhorar suas práticas?					
...precise de muitas tentativas até que consiga?					
...precise repensar suas estratégias?					

Fonte: Validação transcultural a partir de Wilson *et al.* Brief Self-Efficacy Scales for use in Weight-Loss Trials: Preliminary Evidence of Validity. *Psychological Assessment*, [s. l.], v. 28, n. 10, p. 1255-1264, 2016. doi:10.1037/pas0000249.

Autoeficácia elevada: se pelo menos DUAS questões forem avaliadas como 4 (muito confiante) ou 5 (completamente confiante)



Atenção: para nortear o fluxo do usuário na unidade de saúde após a aplicação desse instrumento, veja a **Estratégia para o Cuidado da Pessoa com Obesidade**.

Figura 8.2 - Proposta de modelo de Plano de Ação

Plano de Ação: _____ (nome do grupo)					
Por que fazer?	Como? (etapas)	Quem? (responsáveis)	Quando?	Como medir (acompanhamento)	Recursos necessários

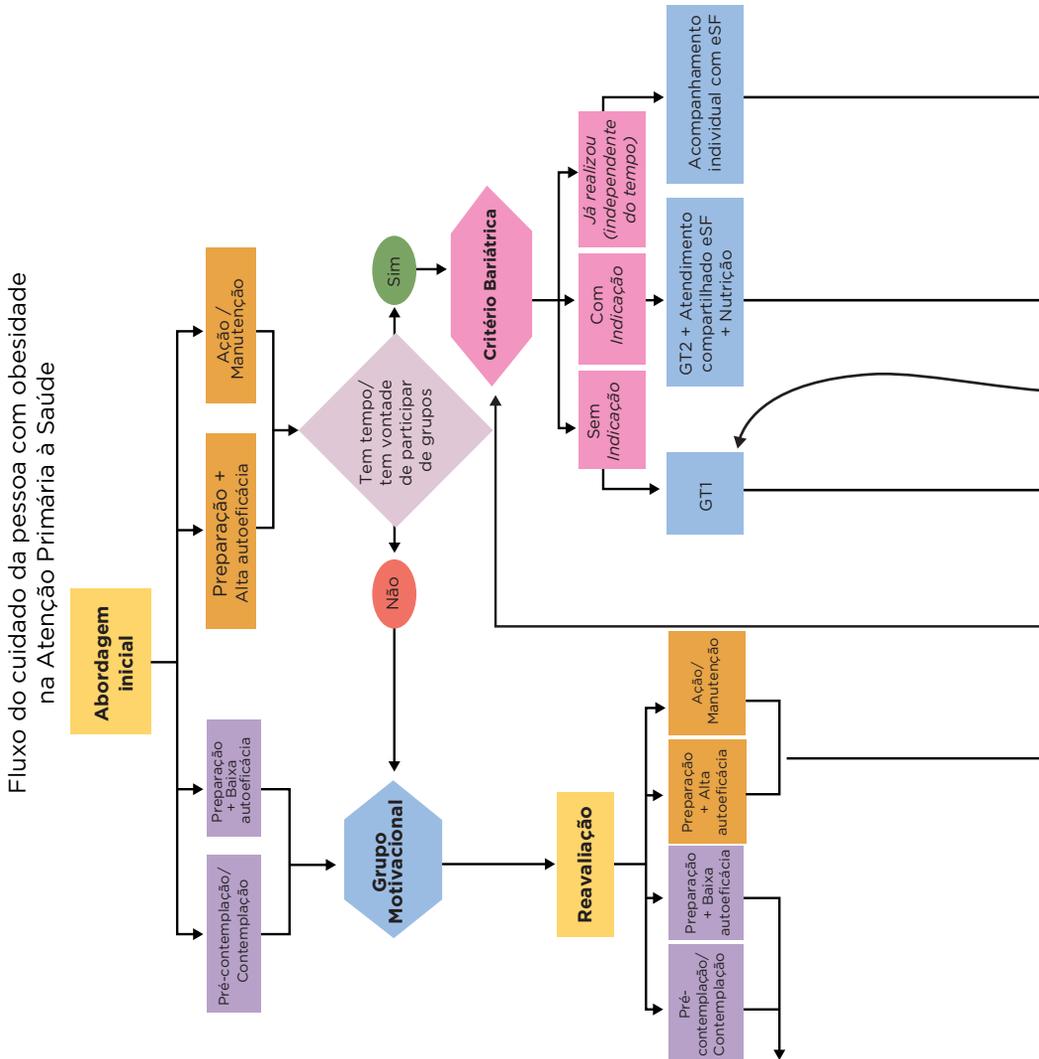
Fonte: Elaborado pelos autores.





Apêndice B – Estratégia para o Cuidado da Pessoa com Obesidade na Atenção Primária à Saúde

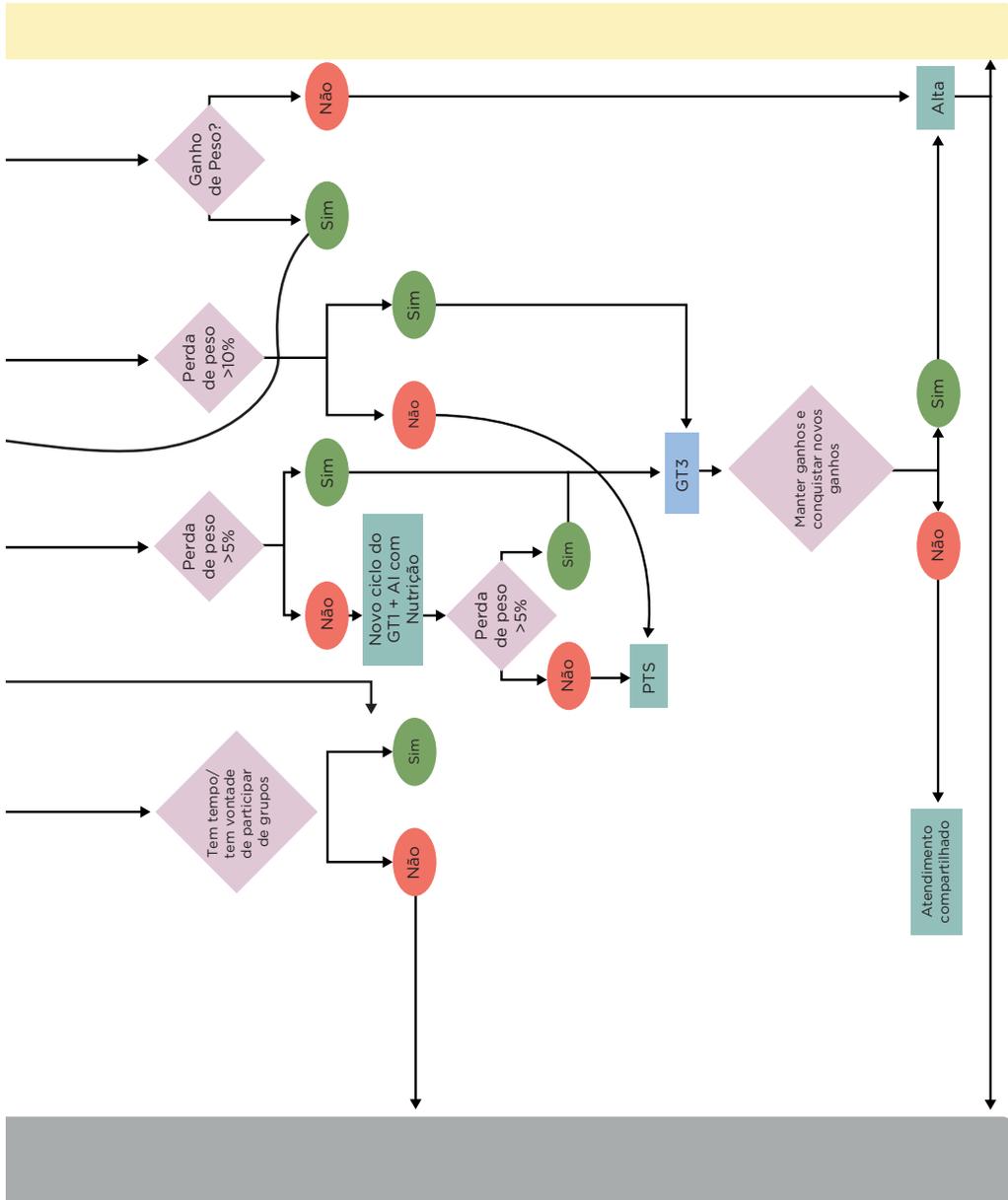
Prática de exercício físico e/ou atividade física com acompanhamento profissional longitudinal



Acompanhamento individual longitudinal com Estratégia de Saúde da família (eSF) ou Equipe de Atenção Básica: trabalhar motivação para o cuidado da obesidade e informar sobre opções de tratamento disponíveis na unidade

Fonte: Elaborado pelos autores.

Nota: AI = Atendimento Individual; PTS= Projeto Terapêutico Singular; GT= Grupo Terapêutico. Para mais detalhes sobre o PTS e o Atendimento compartilhado consulte o **Material Teórico para Suporte ao Manejo da Obesidade no Sistema Único de Saúde**.

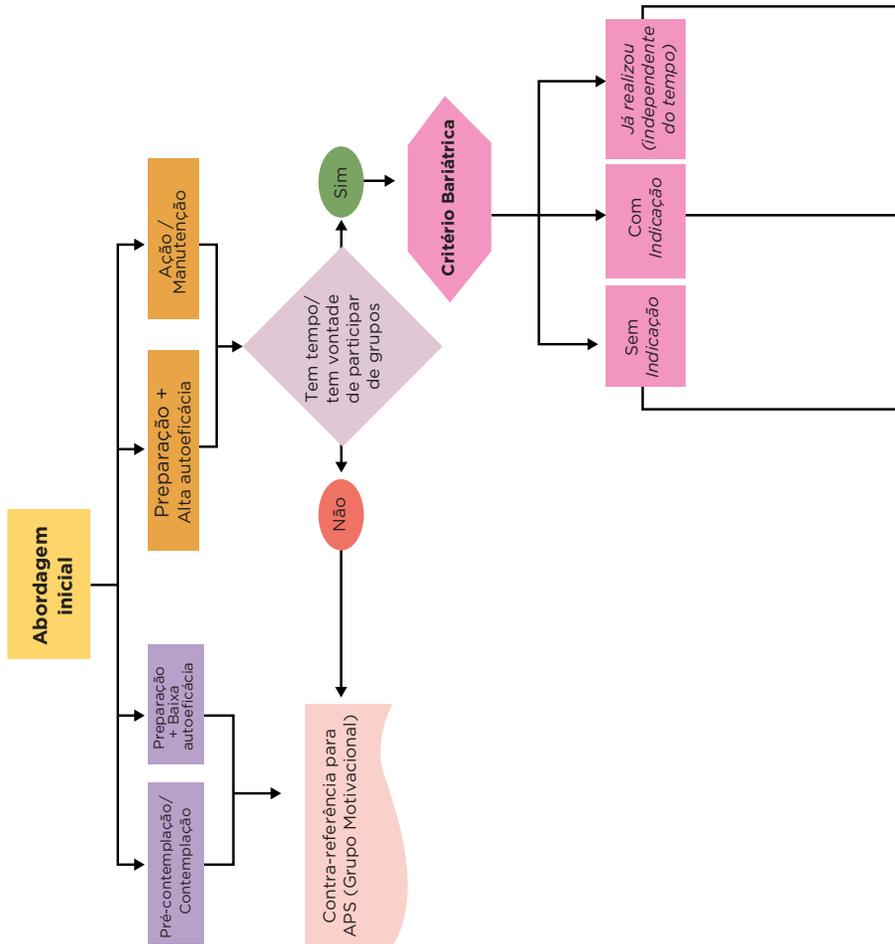




Apêndice C - Estratégia para o Cuidado da Pessoa com Obesidade na Atenção Especializada

Prática de exercício físico e/ou atividade física com acompanhamento profissional longitudinal

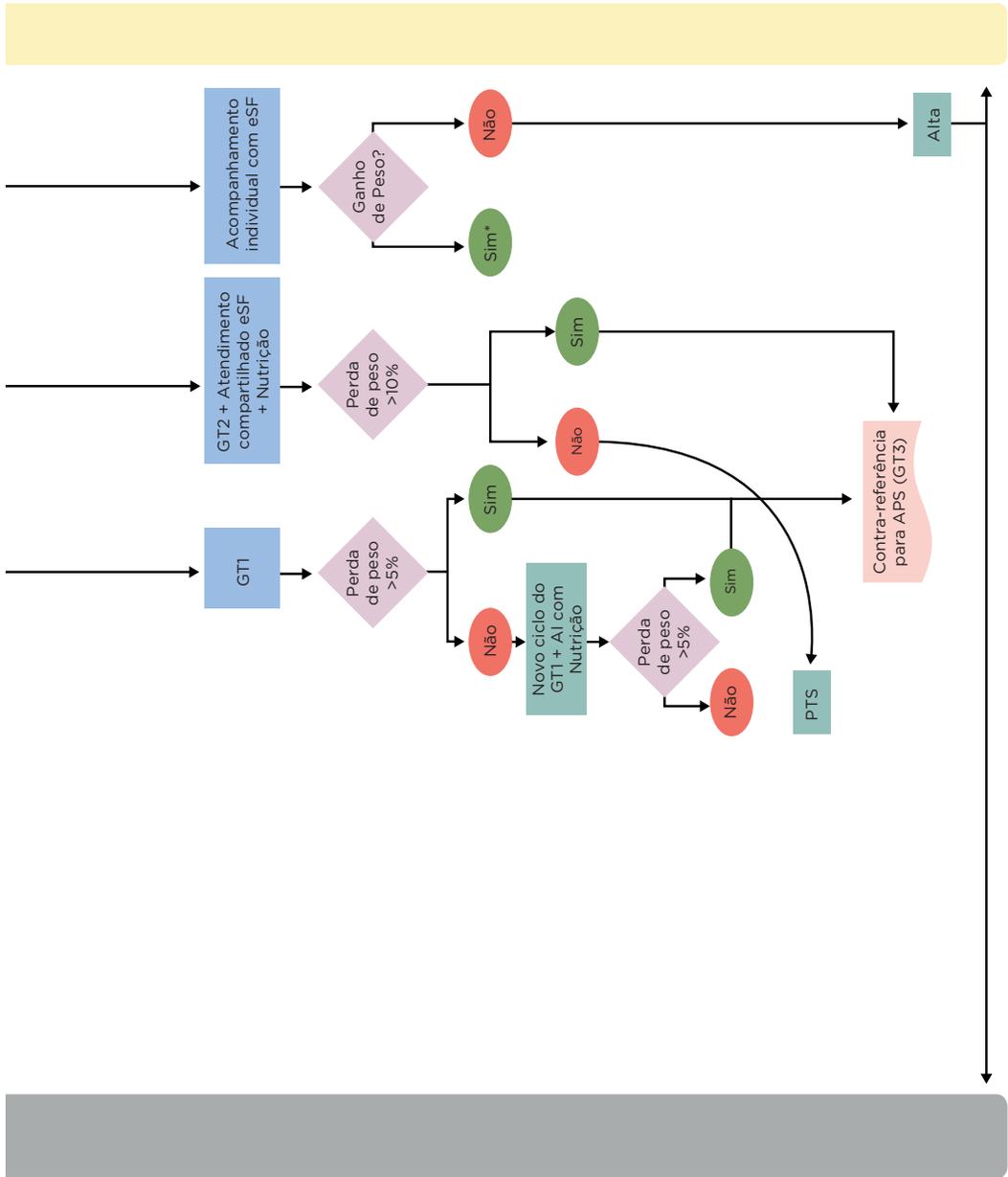
Fluxo do cuidado da pessoa com obesidade na Atenção Especializada



Acompanhamento individual longitudinal com Estratégia de Saúde da família (eSF) ou Equipe de Atenção Básica: trabalhar motivação para o cuidado da obesidade e informar sobre opções de tratamento disponíveis na unidade

Fonte: Elaborado pelos autores.

Nota: AI = Atendimento Individual; APS = Atenção Primária à Saúde; PTS= Projeto Terapêutico Singular; GT= Grupo Terapêutico. *GT1 da Atenção Primária à Saúde. Para mais detalhes sobre o PTS e o Atendimento compartilhado consulte o **Material Teórico para Suporte ao Manejo da Obesidade no Sistema Único de Saúde**.





Conte-nos o que pensa sobre esta publicação. Responda a pesquisa disponível por meio do QR Code abaixo:









CUIDADO DA PESSOA
COM OBESIDADE NO SUS

DISQUE SAÚDE 136

Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde
bvsmms.saude.gov.br



MINISTÉRIO DA
SAÚDE

GOVERNO
FEDERAL