

MINISTÉRIO DA SAÚDE
UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

MATERIAL TEÓRICO PARA SUPORTE AO MANEJO DA OBESIDADE NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE



Brasília - DF
2021



MINISTÉRIO DA SAÚDE
UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

MATERIAL TEÓRICO PARA SUPORTE AO MANEJO DA OBESIDADE NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Brasília - DF
2021



2021 Ministério da Saúde. Universidade Federal de Minas Gerais.



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: bvsms.saude.gov.br.

Tiragem: 1ª edição – 2021 – 5000 exemplares.

Elaboração, distribuição e informações:

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Atenção Primária à Saúde
Departamento de Promoção da Saúde
Esplanada dos Ministérios, bloco G, 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
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.enfufmg.br/>

Revisão técnica geral:

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

Supervisão-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
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)
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 – 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 – Departamento de 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)
Raquel de Deus Mendonça – Departamento de Nutrição Clínica e Social da Universidade Federal de Ouro Preto (UFOP)

Rayane Jeniffer Rodrigues Marques – NASF-AB da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte/MG
Sarah Liduário Rocha Silva – Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG)
Suellen Fabiane Campos – Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) e NASF-AB da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte/MG

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/Departamento de Promoção da Saúde/Secretaria de Atenção Primária à Saúde/Ministério da Saúde
Glauceine Aninha 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
Thais Fonseca Veloso de Oliveira – Coordenação-geral de Alimentação e Nutrição do Ministério da Saúde

Projeto Gráfico e Diagramação:

Robson Santos – Tikinet

Crédito de imagens:

Freepik
Istock

Normalização:

Daniela Ferreira Barros da Silva – Editora MS/CGDI

Impresso no Brasil / Printed in Brazil

Ficha Catalográfica

Brasil. Ministério da Saúde.

Material teórico para suporte ao manejo da obesidade no Sistema Único de Saúde / Ministério da Saúde. Universidade Federal de Minas Gerais. – Brasília : Ministério da Saúde, 2021.
54 p. : il.

ISBN 978-65-5993-038-8

1. Obesidade. 2. Educação alimentar e nutricional. 3. Sistema Único de Saúde. I. Universidade Federal de Minas Gerais. II. Título.

CDU 616.39

Catalogação na fonte – Coordenação-Geral de Documentação e Informação – Editora MS – OS 2020/0187

Título para indexação:

Theoretical material to support obesity management in the Unified Health System

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	4
2 ABORDAGENS TRANSVERSAIS	6
2.1 Educação Alimentar e Nutricional (EAN)	8
2.2 Aconselhamento em Saúde	10
Referências	11
3 REFERENCIAIS TEÓRICOS	12
3.1 Entrevista Motivacional (EM)	14
3.2 Modelo Transteórico (MT).....	18
3.3 Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC)	20
3.4 Abordagem Crítico-Reflexiva.....	21
3.5 Autocuidado Apoiado.....	22
Referências	24
4 FERRAMENTAS UTILIZADAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA	28
4.1 Abordagens Individuais.....	30
4.1.1 Atendimento Domiciliar Compartilhado	30
4.1.2 Atendimento Individual Compartilhado.....	32
4.1.3 Atendimento Individual Específico	33
4.1.4 Projeto Terapêutico Singular (PTS)	33
4.2 Abordagens Familiares para Apoio à Abordagem Individual	35
4.2.1 Ciclo de Vida Familiar	35
4.2.2 P.R.A.T.I.C.E (<i>Problem, Roles, Affect, Communication, Time, Illness, Copying, Ecology</i>).....	39
4.2.3 Ecomapa	41
4.3 Abordagem Coletivas.....	43
4.3.1 Grupos Terapêuticos.....	43
4.3.2 Grupos Motivacionais.....	44
4.3.3 Grupos Operativos	45
4.3.4 Oficinas.....	46
Referências.....	47
GLOSSÁRIO.....	52

Prezado(a) leitor,

Este foi um material elaborado pelo Grupo de Pesquisa de Intervenções em Nutrição da Universidade Federal de Minas Gerais (GIN/UFMG) em parceria com pesquisadoras da Universidade Federal de São João Del-Rei, da Universidade de Brasília e da Universidade Federal de Ouro Preto, juntamente com profissionais da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte e da Coordenação Geral de Alimentação e Nutrição (CGAN) do Ministério da Saúde, com o apoio da Organização Panamericana de Saúde (OPAS/Brasil) e do Ministério da Saúde.

Ele foi planejado com o objetivo de subsidiar a discussão teórica do manejo da obesidade no Sistema Único de Saúde (SUS) e a construção do **Instrutivo de Abordagem Coletiva para manejo da obesidade no SUS**. Todos os referenciais teóricos e ferramentas aqui apresentados foram discutidos e selecionados pelos pesquisadores mediante revisão da literatura.

O conteúdo deste material foi organizado em quadros visando promover a leitura mais fluida e rápida, mas também para favorecer a comparação e reflexão sobre os referenciais teóricos e ferramentas. Dessa forma, este material não pretende esgotar nenhum dos temas abordados, mas apresentar as diferentes teorias e ferramentas existentes, de forma sucinta e prática. Para as teorias são abordados o que a literatura diz sobre elas; como usar em ações coletivas e individuais; e a sua utilização em materiais do Ministério da Saúde. Já para as ferramentas são apresentadas sua descrição, pontos positivos e desafios para sua utilização em diferentes pontos de atenção à Saúde do SUS.

A leitura cuidadosa e crítica deste material será importante para discussões sobre a aplicação de teorias no manejo das doenças crônicas no SUS, assim como para favorecer a compreensão de como foram escolhidos os referenciais teóricos e as ferramentas propostas no Instrutivo anteriormente mencionado.

Boa leitura!

2

Abordagens Transversais





São consideradas aqui como abordagens transversais no cuidado de usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) os referenciais da educação alimentar e nutricional (EAN) propostos pelo Marco de Referência de Educação Alimentar e Nutricional para Políticas Públicas (BRASIL, 2012) e o aconselhamento em saúde. Trabalhar o cuidado tendo como eixos transversais estas abordagens permitem melhor identificar as necessidades dos usuários, famílias e comunidades, e consequentemente atende de forma adequada suas reais demandas.

A abordagem transversal demanda que nas diferentes ações de cuidado, sejam individuais ou coletivas, desenvolvidas nos serviços da Rede de Atenção à Saúde sejam observados os elementos centrais preconizados pelo Marco de EAN e o aconselhamento em saúde. Como pode ser visto a seguir a abordagem problematizadora e dialógica do usuário acompanhada da escuta qualificada e acolhimento de suas necessidades são essenciais neste contexto, sobretudo quando se objetiva maior efetividade das ações de saúde.



2.1 EDUCAÇÃO ALIMENTAR E NUTRICIONAL (EAN)

O que é?	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.
Descrição do método	<p>A prática da Educação Alimentar e Nutricional (EAN) deve fazer uso de abordagens e recursos educacionais problematizadores e ativos que favoreçam o diálogo, considerando todas as fases do curso da vida, etapas do sistema alimentar e as interações e significados que compõem o comportamento alimentar.</p> <p>Princípios do Marco de Referência de EAN:</p> <ul style="list-style-type: none">• Sustentabilidade social, ambiental e econômica;• Abordagem do sistema alimentar, na sua integralidade;• Valorização da cultura alimentar local e respeito à diversidade de opiniões e perspectivas, considerando a legitimidade dos saberes de diferentes naturezas;• A comida e o alimento como referências: valorização da culinária como prática emancipatória;• Promoção do autocuidado e da autonomia;• Educação como processo permanente e gerador de autonomia e participação ativa e informada dos sujeitos;• A diversidade nos cenários de prática;• Intersetorialidade;• Planejamento, avaliação e monitoramento das ações. <p>A comunicação é um dos aspectos essenciais a ser considerado no planejamento e execução das ações de EAN.</p>
Como usar em ações coletivas?	<p>Promover a prática autônoma e voluntária de hábitos alimentares saudáveis.</p> <p>Pontos que devem ser considerados na organização das ações:</p> <ul style="list-style-type: none">• Princípios do Marco de Referência de EAN;• Escuta ativa e próxima;

Como usar em ações coletivas?	<ul style="list-style-type: none"> • Reconhecimento das diferentes formas de saberes e práticas; • Construção partilhada de saberes, práticas e soluções; • Valorização do conhecimento, da cultura e do patrimônio alimentar; • Busca da formação de vínculo entre os diferentes sujeitos que integram o processo; • Busca de soluções contextualizadas; • Construção de relações horizontais; • Monitoramento permanente dos resultados; • Formação de rede entre profissionais e setores envolvidos visando à troca de experiências e o diálogo.
Como usar em ações individuais?	Idem às ações coletivas.
Ministério da Saúde sugere sua aplicação	<p>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 Básica. Brasília, DF: MS, 2017. 39 p.</p> <p>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. 168 p.</p> <p>BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação-Geral da Política de Alimentação e Nutrição. Guia Alimentar para a População Brasileira: promovendo a alimentação saudável. Brasília, DF: MS, 2014. 156 p.</p> <p>BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde na escola. Brasília, DF: MS, 2009. 96 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Cadernos de Atenção Básica, n. 24).</p> <p>BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Alimentação e Nutrição. Brasília, DF: MS, 2013. 84 p.</p>

Fonte: Brasil, 2012a, 2012b, 2014, 2017.

Nota: EAN - Educação Alimentar e Nutricional.



2.2 ACONSELHAMENTO EM SAÚDE	
O que é?	<p>Abordagem que se dá por processo de escuta ativa, centrado na pessoa, buscando compreender seus problemas, podendo assim estabelecer vínculos e criar relações de confiança;</p> <p>Estimula autonomia e empoderamento do sujeito para que, por meio do diálogo, possam ser definidas, em conjunto com o profissional, metas para o alcance de seus objetivos e subsidiar mudanças comportamentais e a promoção da consciência crítica dos sujeitos sobre a sua saúde.</p>
Descrição do método	<p>Etapas do processo de aconselhamento em saúde:</p> <ul style="list-style-type: none">• Descoberta inicial: consistem em atributos importantes durante o encontro: a autenticidade, considerações positivas, incondicionalidade e a empatia. O profissional deverá estar atento às emoções do sujeito (verbais ou por expressões faciais, tom de voz, velocidade da fala, silêncio e gestos). A abordagem deverá ser efetuada pelo diálogo para a busca de auxílio para resolver seus problemas, para que, em conjunto, sejam criadas estratégias que favoreçam o desenvolvimento de ações de melhoria para o enfrentamento dos problemas;• Exploração em profundidade: encorajar o sujeito e favorecer uma condição de discernimento e tentativa de discussão sobre os problemas. Profissional precisa compartilhar as experiências apontadas pelo usuário, expandindo os conceitos revelados para que a ajuda seja efetiva. Várias técnicas podem ser usadas para direcionar a interação de forma a problematizar o cotidiano alimentar: escuta; uso de questões abertas por estimularem respostas mais longas e reflexivas; e uso de estratégias de incentivos quando o usuário não consegue formular alguma ideia;• Preparação para ação: sujeito deverá ser encorajado a criar suas próprias estratégias para solucionar os problemas e tomar suas decisões sobre como alcançar os objetivos e agir. O uso de elogios pelo profissional poderá ser um elemento constitutivo da boa relação. Como resultado final do aconselhamento, o usuário fará planos para corrigir o problema. Essa etapa poderá exigir tempo, disciplina e paciência. Destaca-se também a importância de uma avaliação conjunta (profissional e usuário) das estratégias utilizadas para enfrentar os problemas, dos resultados obtidos e das mudanças realizadas.
Como usar em ações coletivas?	<p>Realizar a escuta ativa e centrada na pessoa;</p> <p>Definir, juntamente com os usuários, os problemas enfrentados por eles;</p> <p>Problematizar, estimular a autonomia e elaboração de estratégias de resolução dos problemas pelo próprio indivíduo;</p> <p>Propor um plano de ação, monitorar e realizar avaliação;</p> <p>Discutir as dificuldades encontradas durante a realização das mudanças.</p>
Como usar em ações individuais?	<p>Idem às ações coletivas.</p>

Ministério da Saúde sugere sua aplicação

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação-Geral da Política de Alimentação e Nutrição. **Guia Alimentar para a População Brasileira**: promovendo a alimentação saudável. Brasília, DF: MS, 2014. 156 p.

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, 2014. 162 p.

Fonte: Ferreira *et al.*, 2014; Ferreira, 2012; Kahan; Manson, 2017; Rodrigues; Soares; Boog, 2005.

REFERÊNCIAS

- BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Alimentação e Nutrição**. Brasília, DF: MS, 2012a. 82 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde).
- 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.
- BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Câmara Interministerial de Segurança Alimentar e Nutricional. **Estratégia Intersectorial de Prevenção e Controle da Obesidade**: recomendações para estados e municípios. Brasília, DF: MDS, 2014.
- BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Secretaria Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional. **Marco de referência de educação alimentar e nutricional para as políticas públicas**. Brasília: MDS, 2012b. 68 p.
- FERREIRA, N. L. *et al.* Effectiveness of nutritional intervention in overweight women in Primary Health Care. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 27, n. 6, p. 677-687, nov./dez. 2014.
- FERREIRA, N. L. **Efetividade do aconselhamento nutricional em mulheres com excesso de peso atendidas na Atenção Primária à Saúde**. 2012. 162 f. Dissertação (Mestrado em Saúde e Enfermagem) — Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2012.
- KAHAN, S.; MANSON, J. E. Nutrition Counseling in Clinical Practice How Clinicians Can Do Better. **JAMA**, Chicago, v. 318, n. 12, p. 1101-1102, Sept. 2017.
- RODRIGUES, E. M.; SOARES, F. P. de 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, jan./fev. 2005.

3

Referenciais Teóricos



As ações individuais e coletivas voltadas para o manejo de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), especialmente obesidade, desenvolvidas no SUS têm sido pouco efetivas para conter o avanço deste grupo de doenças na população. A literatura tem apontado a importância de estas ações serem desenvolvidas apoiadas em teorias (BRASIL, 2014a; MENDES, 2012; REIS; PASSOS; SANTOS, 2018).

Mudar comportamentos relacionados à saúde não é tarefa fácil, independente de características socioedemográficas dos sujeitos, como sexo, idade, renda, entre outras; e o território em que vive. A mudança de comportamentos envolve distintos graus de motivação e prontidão para mudar; e intervenções tradicionais, baseadas em relações verticalizadas entre profissionais de saúde e usuários, assim como 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. A seguir, veremos algumas destas teorias utilizadas no cuidado de pessoas com doenças crônicas.



3.1 ENTREVISTA MOTIVACIONAL (EM)

O que é?

Modelo de intervenção terapêutica centrado na pessoa, inspirado no conceito de motivação. É caracterizado por uma conversa que estimula a reflexão autônoma a partir da criação de um espaço para as pessoas identificarem e reconhecerem suas necessidades e as razões para realizarem mudança(s) a respeito de seus problemas;

Abordagem de aconselhamento utilizando entrevista semiestruturada, projetada para aumentar a probabilidade de início e continuação do tratamento;

Especialmente útil para pessoas que estejam ambivalentes quanto à mudança;

Efetiva para pessoas com baixa prontidão para mudança;

Envolve estilo colaborativo, evocativo e com respeito à autonomia do sujeito;

Utiliza estratégias de reflexões, reforços positivos, escuta qualificada, resumos e perguntas abertas.

Descrição do método

Falas do usuário	Falas do profissional	Reflexão
<i>"Eu não gosto de verduras."</i>	<i>"Ou seja, você não se vê provando uma verdura."</i>	Resumo do que a pessoa acaba de dizer, com palavras parecidas.
<i>"Não necessito comer salada para ficar mais magro. Estou bem assim."</i>	<i>"Você gosta de você como você é agora. Você se sente bem com seu corpo."</i>	É usado quando apenas o lado negativo da ambivalência é expresso. É intencionalmente exagerado ou intensificado para revelar distorção. Usar com cuidado para evitar o sarcasmo.
<i>"Estou cansada da minha família insistir tanto que eu coma todos os tipos de hortaliças. Eu já disse que gosto de tomate e alface, mas não gosto de outras verduras cruas ou cenouras."</i>	<i>"Eu acho que você quer nos dizer que você se sente mal quando alguém te dá um sermão sobre o que você deve comer porque você já fez esforços para comer mais hortaliças."</i>	Reflete as duas perspectivas da ambivalência. É preferível começar pelo lado que favorece continuar da forma atual e terminar com o ponto favorável a mudar.

Fonte: Adaptado de Martínez e Barcenilla, 2013.

Usa-se o acrônimo PARR (Perguntas abertas. Afirmar - reforço positivo. Refletir. Resumir), apresentando as características:

1. Conversa colaborativa visando fortalecer a motivação intrínseca e comprometimento com a mudança;
2. Opiniões e planos verbalizados pelos próprios sujeitos, pois assim há maior propensão para aceitar e agir;
3. Apresenta como meta resolver a ambivalência (relutância em mudar, “*quero, mas não quero*”), portanto, é uma intervenção breve;
4. EM como a etapa inicial do tratamento, seguida da Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC);
5. O entrevistador deve agir com empatia, promover autoeficácia e adotar estilo “orientador” ao invés de diretivo;
6. Estabelecer aliança terapêutica por meio da escuta qualificada. Acordo quanto aos objetivos e tarefas do tratamento. Desenvolvimento de vínculo, respeito e confiança mútuos;
7. Evocar de forma equilibrada prós e contras. Ter cuidado para não defender um lado da questão. Respeitar as escolhas, garantindo que a pessoa seja acolhida e receba esclarecimentos adequados para uma escolha consciente;
8. Fornecer informações e conselhos, principalmente quando solicitado pelo usuário, desde que sejam importantes e complementares ao processo de construção e descoberta deles;
9. Contatos pós-atendimento (expressão de preocupação e afeto).

Descrição do método

Há quatro elementos do “espírito da EM” que devem ser considerados:

- **Parceria:** feita COM a pessoa;
- **Aceitação:** reconhecimento absoluto da situação-problema, empatia acurada (real envolvimento), suporte à autonomia. Aceitar não significa aprovar ou concordar, se o profissional aprova ou não é irrelevante. Não cabe ao profissional julgamento, imposição ou influência de ideias, mas sim reconhecer pontos fortes do usuário e reforçá-los positivamente;
- **Evocação:** evocar, lembrar, recordar. Evocar as forças que motivam a pessoa, no lugar de persuadir. Recordar elementos singulares que podem se tornar motivos para que haja mudança de comportamento. O sujeito tem as respostas para os questionamentos. Deve-se empoderar o usuário quanto a esse saber de si mesmo;
- **Compaixão:** promover ativamente o bem-estar do outro, priorizando suas necessidades. O profissional deve se aproximar do usuário COM UM PROBLEMA e não do problema, tornando possível a compreensão das complexidades que dificultam as mudanças de comportamento. “Colocar a mão na massa” JUNTO com o usuário e não PELO usuário.



Oito estágios:

1. Trabalhar em parceria com o sujeito (o sujeito é o especialista em sua própria vida);
2. Habilidade em oferecer um aconselhamento centrado na pessoa;
3. Reconhecer os aspectos-chave das falas do sujeito norteadoras para a prática da EM;
4. Eliciar e fortalecer as falas de mudança do sujeito;
5. Lidar com a resistência pela escuta e perguntas abertas, reforço positivo, e resumir as falas visando a reflexão;
6. Negociar um plano de ação;
7. Consolidar o compromisso do sujeito com a mudança por meio de perguntas abertas que promovam a reflexão sobre a mudança frente os problemas abordados pelo usuário;
8. Ser flexível no uso da EM juntamente com outros estilos de intervenção.

Existem quatro processos que devem ser visualizados em forma de degraus:

1. **Engajamento:** construção de aliança terapêutica. Processo de construção em uma relação de ajuda, que busca a solução para o problema apontado;
2. **Foco:** desenvolvimento e manutenção da direção específica da conversa para a mudança. Durante o atendimento, o usuário pode estar muitas vezes envolto em uma série de acontecimentos e sua tendência pode ser a de se concentrar nos sintomas ou nos fatos mais recentes que o levaram até ali, subvalorizando ou desconhecendo o fator causa;
3. **Evocação:** profissional deve extrair do usuário os próprios sentimentos concernentes ao propósito de mudança. As mudanças a serem realizadas devem ser a conclusão elaborada pelo sujeito sozinho, com auxílio e não com indução;
4. **Planejamento:** construção do quando e como mudar. Deve ser elaborado pelo sujeito com AUXÍLIO do profissional e sempre revisto, não deve ser pontual. Planejamento confere mais segurança por promover autoeficácia pautada na autonomia para decisões.

Exige preparo profissional para aplicação da EM, pois há armadilhas na técnica, como o foco prematuro, rotulação, intolerância à resistência, e o reflexo de “consertar” as coisas. Nesse sentido, é importante que:

- O próprio sujeito perceba suas necessidades; deve-se entender e respeitar suas motivações (compreender que cada um terá motivações particulares que irão desencadear determinadas mudanças de comportamento);
- Escutar com empatia (na fala do usuário que se desencadearão motivações para mudanças efetivas) e fortalecer o sujeito (estimular esperança e otimismo, servir de apoio para fases de ambivalência, auxiliando-o a persistir na busca por mudar).

Descrição do método

Como usar em ações coletivas?	<p>Promover a discussão de metas e objetivos para cada pessoa - utilizar a técnica da balança decisória, bem como o compartilhamento de situações vivenciadas sobre mudanças que obtiveram sucesso visando favorecer o sentimento de autoeficácia que surge após cada atitude de mudança (aumentar motivação intrínseca);</p> <p>Identificação mútua; instalação da esperança (verbo: esperar-agir, buscar; contrário de esperar), altruísmo e socialização.</p>
Como usar em ações individuais?	<p>Pode ser utilizada, por exemplo, quando o usuário não consegue aderir às atividades planejadas (plano alimentar, atividade física, escolhas saudáveis, etc.);</p> <p>Permitir que o sujeito explore a ambivalência, motivação e possibilidades de mudança;</p> <p>Pode ser uma única entrevista distribuída em quatro a cinco consultas;</p> <p>Usuários devem falar mais do que o profissional de saúde;</p> <p>É importante utilizar questões abertas. (Ex.: <i>“Como este problema afeta sua vida?”</i>), fazendo com que o usuário tenha que se explicar, aumentando a sua percepção sobre o problema;</p> <p>Desenvolver escuta reflexiva;</p> <p>Reestruturação positiva: reforçar afirmativamente e apoiar o usuário;</p> <p>Negociar um plano de ação (determinação de metas, análise das opções, elaboração de um plano de mudança);</p> <p>Fornecer um conjunto de opções visando aumentar a sensação de liberdade de escolha.</p>
Ministério da Saúde sugere sua aplicação	<p>BRASIL. Ministério da Saúde. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica. Brasília, DF: MS, 2014. 162 p.</p> <p>BRASIL. Ministério da Saúde; ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. Perspectivas e desafios no cuidado dos indivíduos com obesidade no SUS: resultados do Laboratório de Inovação no manejo da obesidade nas Redes de Atenção à saúde. Brasília, DF: MS, 2014. 116 p.</p>

Fonte: Finger; Potter, 2011; Martínez; Cedillo; Aranda, 2016; Borges; Porto, 2014; Martínez; Barcenilla, 2013; Figlie; Guimaraes, 2014; Nunes; Castro, 2011; Jungerman; Laranjeira, 1999; Pereira, 2009; Oliveira; Benetti, 2015.

Nota: PARR: Perguntas abertas. Afirmar - reforço positivo. Refletir. Resumir. EM - Entrevista Motivacional. TCC - Terapia Cognitivo-Comportamental.



3.2 MODELO TRANSTEÓRICO (MT)

O que é?

O modelo transteórico (MT) compreende conceitos empiricamente desenvolvidos para subsidiar os profissionais no planejamento de intervenções em saúde com foco na modificação de comportamento; Conceito principal refere-se ao pilar “estágios de mudança”, no qual se considera que as pessoas, ao invés de transformarem suas condutas de forma abrupta, o fazem em etapas, ao longo do tempo, sendo sua natureza de caráter dinâmico e influenciado pelo aspecto motivacional. Inclui também os pilares: processos de mudança, equilíbrio de decisões e autoeficácia; É considerado um modelo promissor de auxílio à compreensão de mudança comportamental relacionada à saúde.

Descrição do método

Estágios de mudança:

- **Pré-contemplação:** não há intenção de mudança; resistência em reconhecer o comportamento como problema;
- **Contemplação:** consciência da existência do problema, mas diversas barreiras impedem agir;
- **Preparação:** foco maior na solução do que no problema; realiza pequenas mudanças, mas pouco concretas ou efetivas;
- **Ação:** alto comprometimento; mudanças de comportamento evidentes, ainda que recentes;
- **Manutenção:** sujeito mais confiante para sustentar as mudanças já realizadas há mais de seis meses.

Processos de mudança: auxiliam a entender como as mudanças ocorrem. São descritos dez processos de mudança, sendo seis **cognitivos** (*aumento da consciência, alívio dramático, reavaliação de si, ativação emocional e dramatização, reavaliação ambiental e liberação social*) e cinco **comportamentais** (*liberação, contra condicionamento, controle de estímulos, gerenciamento de recompensas e relações de ajuda*), e progressivamente relacionados aos estágios. Processos cognitivos concentram-se em pensamentos, sentimentos e experiências; nas ações deve-se trabalhar o aumento da consciência sobre o comportamento e suas consequências, sendo, por isto, mais efetivos nos estágios de pré-contemplação, contemplação e decisão. Já os processos comportamentais concentram-se no comportamento, reforço e fortalecimento, incluindo informações mais específicas e detalhadas e realização de atividades práticas, buscando assim a adoção de estratégias que facilitem a mudança de comportamentos. São mais direcionados para os estágios de ação e manutenção.

Autoeficácia: confiança que o sujeito tem em si mesmo para realizar escolhas adequadas diante de certas circunstâncias.

Equilíbrio de decisões: percepção dos prós e dos contras decorrentes da mudança de comportamento.

Como usar em ações coletivas?

Sugestão de divisão de subgrupos visando sua aplicabilidade no cotidiano:

1. **Grupo de pré-ação (estágios de pré-contemplação e contemplação):** ações que busquem a conscientização das práticas alimentares e necessidade de mudanças; valorização do subjetivo e a cognição dos participantes; ações para aumentar o conhecimento sobre alimentação adequada e saudável e conhecimento das barreiras para mudanças de hábitos alimentares visando favorecer a tomada de decisão. Predomina-se o emprego dos processos de mudanças cognitivos;

<p>Como usar em ações coletivas?</p>	<p>2. Grupo decisão (estágio de preparação): neste estágio trabalha-se a construção de um plano de ação, estimulando o alcance de objetivos específicos, sem sobrecarregar com metas excessivas e abordando possíveis resoluções de obstáculos; fatores interferentes nas escolhas alimentares; estímulo a experimentar novas atitudes e escolhas que funcionem para si; encorajamento quanto ao sentido de liberdade e responsabilidade sobre suas próprias ações; e envolvimento de familiares e amigos no apoio à decisão de mudança de comportamento;</p> <p>3. Grupo ação (estágios de ação e manutenção): prioridade no reforço da autoconfiança e autocontrole; encontros com aprofundamento do conhecimento em alimentação e nutrição; fornecimento de materiais individualizados; realização de atividades baseadas na culinária; desenvolvimento de habilidades do sujeito para enfrentar novas dificuldades, estimulando a manutenção dos objetivos alcançados. Predominam-se os processos comportamentais.</p>
<p>Como usar em ações individuais?</p>	<p>Direcionar a intervenção para sujeitos em estágios de mudança distintos, considerando que apresentam percepção, motivação e consumo diferenciados. Também é utilizado com indicador de efetividade da intervenção.</p> <p>Abordagens específicas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pré-contemplação: oferecer informações gerais sobre alimentação adequada e saudável e atividade física; prover ferramentas para o usuário avaliar sua própria alimentação; identificar razões da não adesão ao tratamento nutricional; esclarecer consequências negativas do comportamento atual; • Contemplação: trabalhar benefícios da adoção de hábitos saudáveis e auxiliar no enfrentamento dos obstáculos; • Preparação: encorajar a liberdade e a responsabilidade sobre suas ações; estimular alcance de objetivos específicos sem sobrecarregar com várias metas; envolver familiares e amigos no apoio à decisão de mudar; • Ação: fornecer materiais individualizados e estratégias práticas; prover reforço positivo às mudanças já implementadas; e estimular autocontrole, força de vontade e motivação; • Manutenção: fornecer encorajamento verbal e/ou escrito para manutenção dos novos comportamentos (encontros ou telefonemas); estimular autocontrole, força de vontade e motivação; orientar sobre o reconhecimento de situações que oferecem risco potencial de recaídas.
<p>Ministério da Saúde sugere sua aplicação</p>	<p>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: OPAS, 2012. 512 p.</p> <p>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.</p>

Fonte: Boff, 2017; Cattai; Hintze; Nardo Junior, 2010; Prochaska; Norcross; Diclemente, 2013; Seals, 2006; Sutton *et al.*, 2003; Bertolin, 2010.

Nota: MT – Modelo Transteórico.



3.3 TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL (TCC)	
O que é?	<p>Terapia estruturada, orientada ao presente, com foco na resolução de problema atual;</p> <p>Baseia-se em teorias que apresentam dois princípios centrais: (1) cognição tem influência controladora sobre emoções e comportamentos; (2) o modo como agimos e comportamos pode afetar nossos padrões de pensamentos e emoções;</p> <p>Objetiva auxiliar as pessoas com novas estratégias para atuar no ambiente de forma a promover mudanças;</p> <p>Enfatiza o pensamento e a forma como o sujeito interpreta seu problema, buscando modificar crenças e corrigir distorções cognitivas (formas erradas de interpretar os fatos), trabalhando uma nova interpretação da realidade (visão real).</p>
Descrição do método	<p>As técnicas utilizadas podem diferir conforme enfoque predominante:</p> <ul style="list-style-type: none">• Técnicas cognitivas: identificar pensamentos automáticos, testando e substituindo as distorções da realidade (trabalhar com autocontrole, por meio de auto-observação e autoavaliação);• Técnicas comportamentais: modificar condutas inadequadas (Ex.: relacionada ao comportamento compulsivo). Utiliza abordagens para estímulo positivo, como recompensa, e trabalhando estratégias para prevenir recaídas. <p>Profissional e usuário examinam pensamentos automáticos, testam veracidade e criam resposta mais adaptativa e pertinente.</p>
Como usar em ações coletivas?	<p>É implementada com aproximadamente dez pessoas, com duração média de 12 sessões de 90 minutos;</p> <p>Grupos possibilitam a construção coletiva do conhecimento;</p> <p>É possível identificar melhorias, por exemplo, na compulsão alimentar, redução do peso corporal, manutenção da redução de peso, melhora na autoestima, nas dificuldades interpessoais, no humor, qualidade de vida e bem-estar.</p>
Como usar em ações individuais?	<p>Literatura, em geral, relacionada ao tratamento de distúrbios alimentares e associada à cirurgia bariátrica;</p> <p>Bons resultados em intervenções multicomportamentais (atividade física, intervenções psicológicas e alimentares).</p>
Ministério da Saúde sugere sua aplicação	<p>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.</p> <p>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: OPAS, 2012. 512 p.</p>

Fonte: Brasil, 2014b; Mendes, 2012; Knapp, 2004; Hawton *et al.*, 1997; Melo *et al.*, 2014; Duchesne *et al.*, 2007; Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia, 2005; Luz; Oliveira, 2013; Cooper; Fairburn; Hawker, 2009; Rangé, 2001.

3.4 ABORDAGEM CRÍTICO-REFLEXIVA

O que é?	<p>Propõe perspectiva problematizadora para as práticas de educação, que pode ser aplicada para a educação em saúde; Ressalta o potencial em promover a autonomia e o empoderamento dos sujeitos;</p> <p>Desenvolve linha de raciocínio baseada no desenvolvimento da autonomia dos sujeitos e da construção do conhecimento compartilhado. Desestimula práticas autoritárias, que sufocam a autonomia. Discute a educação como possibilidade de libertação, educação que leva os seres humanos a “serem mais” humanos, políticos, conscientes e livres;</p> <p>O resultado maior é superar o senso comum pelo conhecimento crítico.</p>
Descrição do método	<p>Organizar atividades nas quais o conhecimento não seja transferido ou depositado, mas que permitam a criação de possibilidades para sua produção/construção/reflexão - problematização;</p> <p>Desenvolver atividades pautadas na lógica de uma relação horizontal entre o formador (profissionais de saúde) e o formado (usuários);</p> <p>Construir ações a partir de uma prática dialógica que englobe a compreensão/respeito do saber popular e sua razão de ser, mas que também esclareça/incentive a necessidade de superação do saber comum;</p> <p>Estimular o diálogo como ferramenta primordial para libertação, autonomia e cidadania, com a formação de cidadãos comprometidos com a ética e a transformação do mundo;</p> <p>Superação do saber comum, sem deixar de respeitar o seu conteúdo;</p> <p>Incentivar a reflexão sobre a prática e a necessidade da assunção do sujeito (assumir-se);</p> <p>Destacar a importância do respeito ao sujeito que queira mudar e também ao que se recusa a mudar;</p> <p>Estimular a busca ativa pelo educando do desvelamento dos mecanismos de opressão, de forma que ele venha a empreender esforços para buscar melhores condições de vida, emancipação, defesa da existência digna e autonomia;</p> <p>Desenvolver ação educativa voltada para: formação de valores, prazer, responsabilidade, criticidade, ludicidade e liberdade;</p> <p>Considerar conhecimentos e experiências de ambos os lados da prática educativa.</p>
Como usar em ações coletivas?	<p>Investigação do universo vocabular dos usuários para extrair palavras geradoras; tematização; problematização;</p> <p>Estímulo à produção/construção conjunta do conhecimento;</p> <p>Estímulo ao desenvolvimento da capacidade crítica, curiosidade e insubmissão aos padrões estabelecidos pela mídia e outras fontes não científicas;</p> <p>Desenvolvimento de curiosidade crítica, estímulo ao “Pensar certo”: praticar, o que se diz (redizer e não desdizer);</p> <p>Estímulo à compreensão do sujeito e sua responsabilização por ele mesmo.</p>
Como usar em ações individuais?	<p>Idem às ações coletivas.</p>



**Ministério da
Saúde sugere sua
aplicação**

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. 168 p.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Secretaria Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional. **Marco de referência de educação alimentar e nutricional para as políticas públicas**. Brasília, DF: MDS, 2012. 68 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Caderno de educação popular e saúde**. Brasília, DF: MS, 2007. 160 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **II Caderno de educação popular em saúde**. Brasília, DF: MS, 2014.

Fonte: Freire, A., 2014; Freire, P., 1996, 2010.

3.5 AUTOUIDADO APOIADO

O que é?

Sistematização de intervenções educacionais e de apoio realizadas pela equipe de saúde com o intuito de preparar e empoderar os usuários para que autogerencie sua saúde e a atenção prestada;

Ações que os usuários desenvolvem no dia a dia para “prevenir”, “controlar” ou “reduzir” o impacto das condições crônicas que possuem caracterizam o AUTOUIDADO; enquanto que, as intervenções da equipe de saúde para auxiliá-los nesse processo caracterizam o APOIO AO AUTOUIDADO.

<p>Descrição do método</p>	<p>Ênfase no papel central do sujeito no gerenciamento de sua própria saúde;</p> <p>Uso de estratégias de apoio para o autocuidado que incluam avaliação do estado de saúde, fixação de metas a serem alcançadas, elaboração de planos de cuidado, construção de tecnologias de solução de problemas e monitoramento;</p> <p>Organização dos recursos de saúde e da comunidade para prover apoio ao autocuidado dos indivíduos;</p> <p>Propõe o uso da “Técnica dos 5 As” como roteiro: Avalie; Aconselhe; Acorde (Pactue); Assista; Acompanhe;</p> <p>Inclui como referenciais teóricos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Entrevista Motivacional: ver item 3.1; • Modelo Transteórico: ver item 3.2; • Grupos Operativos: ver item 4.3.3; • Técnicas de Resolução de Problemas: sujeito é estimulado a reconhecer os obstáculos vivenciados ao longo da mudança de comportamento e propor, preferencialmente de forma autônoma, estratégias específicas de enfrentamento. Após avaliar sua motivação e a viabilidade de cada estratégia, o usuário é orientado a selecionar aquela mudança que considera mais factível e elaborar um plano de ação para sua implementação. Essas estratégias precisam ser monitoradas e avaliadas, e aprimoradas ou substituídas, caso necessário; • Técnicas de Prevenção de Recaídas: prevenir e manejar deslizes visando evitar a recaída completa mediante: identificação dos fatores de risco para ocorrência de lapsos e recaídas (situações emocionais, capacidade de enfrentamento, expectativas de resultado, autoeficácia reduzida e escassez de suporte social); avaliação de lapsos e recaídas anteriores; orientação de automonitoramento de situações de risco e problematização das consequências de lapso ou recaída, interpretando-os como situações de aprendizagem e não como incapacidade pessoal ou profissional.
<p>Como usar em ações coletivas?</p>	<p>Exercícios coletivos de resolução de problemas (identificação e definição dos problemas enfrentados por cada participante, compartilhamento e exploração de possibilidades de enfrentamento, seleção das estratégias mais viáveis e para as quais cada usuário tem mais motivação, elaboração de planos de ação individuais e detalhados, monitoramento e avaliação, compartilhamento das soluções encontradas, reconstrução do processo de solução);</p> <ul style="list-style-type: none"> • Avaliar a prontidão para mudança e a confiança na própria capacidade de exercer o autocuidado; • Pactuar e monitorar metas de autocuidado; • Estabelecer e monitorar em conjunto o plano de cuidado, respeitando a autonomia de cada participante; • Identificar grau de interesse e de motivação - Estratégias de acordo com o estágio de mudança; <p>Técnicas de prevenção de recaídas (identificação de riscos, avaliação de ocorrências anteriores, avaliação da motivação, monitoramento das situações de risco e aplicação de processos de mudança adequados);</p> <p>Identificar as necessidades específicas e realizar encaminhamentos quando necessário.</p>



Como usar em ações individuais?	Idem às ações coletivas.
Ministério da Saúde sugere sua aplicação	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: OPAS, 2012. 512 p.

Fonte: Cavalcanti; Oliveira, 2012; Cavalcanti, 2012; Brasil, 2013, 2014c; Mendes, 2012.

REFERÊNCIAS

BERTOLIN, M. N. T. **A alimentação saudável na ótica dos adolescentes e o impacto de uma intervenção nutricional com materiais educativos baseados no Modelo Transteórico entre escolares em Brasília.** 2010. 153 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010.

BOFF, R. de M. **Efeito de uma intervenção interdisciplinar baseada no Modelo Transteórico de mudança de comportamento em adolescentes com sobrepeso ou obesidade.** 2017. 110 f. Tese (Doutorado em Psicologia) – Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Escola de Humanidades, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2017.

BORGES, S. A. C.; PORTO, P. N. Por que os pacientes não aderem ao tratamento? Dispositivos metodológicos para a educação em saúde. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 101, p. 338-346, abr./jun. 2014.

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. 212 p.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias.** Brasília, DF: MS, 2013. 28 p.

BRASIL. **Portaria nº 2.446, de 11 de novembro de 2014**. Redefine a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS). Brasília, DF: MS, 2014c. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt2446_11_11_2014.html. Acesso em: 6 dez. 2017.

CATTAL, G. B.; HINTZE, L. J.; NARDO JUNIOR, N. Validação interna do questionário de estágio de prontidão para mudança do comportamento alimentar e de atividade física. **Revista Paulista de Pediatria**, São Paulo, v. 28, n. 2, p. 194-199, 2010.

CAVALCANTI, A. M. **Autocuidado apoiado**: caderno de exercícios. Curitiba: Secretaria Municipal da Saúde, 2012.

CAVALCANTI, A. M.; OLIVEIRA, A. C. L. de. **Autocuidado apoiado**: manual do profissional de saúde. Curitiba: Secretaria Municipal da Saúde, 2012.

COOPER, Z.; FAIRBURN, C. G.; HAWKER, D. M. **Terapia cognitivo-comportamental da obesidade**: manual do terapeuta. [S. l.]: Roca, 2009. 236 p.

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, jan./abr. 2007.

FIGLIE, N. B.; GUIMARÃES, L. P. A Entrevista Motivacional: conversas sobre mudança. **Boletim Academia Paulista de Psicologia**, São Paulo, v. 34, n. 87, p. 472-48, dez. 2014.

FINGER, I. R.; POTTER, J. R. Entrevista motivacional no tratamento de sobrepeso/obesidade: uma revisão de literatura. **Revista Brasileira de Terapias Cognitivas**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 2, p. 2-7, dez. 2011.

FREIRE, A. M. A. **Política e educação**. São Paulo: Editora Paz e Terra, 2014.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia**: saberes necessários à prática educativa. São Paulo: Editora Paz e Terra, 1996.

FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido**. 49. ed. São Paulo: Editora Paz e Terra, 2010.

HAWTON, K. *et al.* **Terapia cognitivo-comportamental para problemas psiquiátricos**: um guia prático. São Paulo: Martins Fontes, 1997.



JUNGERMAN, F. S.; LARANJEIRA R. Entrevista motivacional: bases teóricas e práticas. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 48, n. 5, p. 197-207, maio 1999.

KNAPP, P. (org.). **Terapia cognitivo-comportamental na prática psiquiátrica**. Porto Alegre: Artmed, 2004.

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

MARTÍNEZ, M. C.; CEDILLO, I. G.; ARANDA, B. D. E. Adherence to nutritional therapy: Intervention based on motivational interviewing and brief solution-focused therapy. **Revista Mexicana de Transtornos Alimentarios**, [s. l.], v. 7, n. 1, p. 32-39, Jan./June 2016.

MARTÍNEZ, R. A.; BARCENILLA, G. B. Entrevista motivacional: una herramienta en el manejo de la obesidad infantil. **Revista Pediatría de Atención Primaria**, Madrid, v. 15, p. 133-141, June 2013. Supl. 23.

MELO, G. R. A. *et al.* Nutritional interventions for adolescents using information and communication technologies (ICTs): A systematic review. **PLoS One**, San Francisco, v. 12, n. 9, p. e0184509, Sept. 2017.

MELO, W. V. *et al.* A terapia cognitivo-comportamental e a cirurgia bariátrica como tratamentos para a obesidade. **Revista Brasileira de Terapias Cognitivas**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, p. 84-92, dez. 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: OPAS, 2012. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado_condicoes_atencao_primaria_saude.pdf. Acesso em: 11 jan. 2018.

NUNES, S. O. V.; CASTRO, M. R. P. de. Habilidades motivacionais. *In*: NUNES, S. O. V.; CASTRO, M. R. P. de (org.). **Tabagismo**: abordagem, prevenção e tratamento. Londrina: EDUEL, 2011. *Ebook*. p. 67-80. Disponível em: <https://static.scielo.org/scielobooks/sj9xk/pdf/nunes-9788572166751.pdf>. Acesso em: 17 jul. 2020.

OLIVEIRA, N. H.; BENETTI, S. P. da C. Aliança terapêutica: estabelecimento, manutenção e rupturas da relação. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, Rio de Janeiro, v. 67, n. 3, p. 125-138, 2015.

PEREIRA, A. de A. **Diretrizes para saúde mental em atenção básica**. Belo Horizonte: NESCON/UFMG, 2009. 44 p.

PROCHASKA, J. O.; NORCROSS, J. C.; DICLEMENTE, C. C. Applying the stages of change. **Psychotherapy in Australia**, [s. l.], v. 19, n. 2, p. 10-15, Feb. 2013.

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, e00050517, 2018.

SEALS, J. G. Integrating the transtheoretical model into the management of overweight and obese adults. **Journal of the American Association of Nurse Practitioners**, Philadelphia, v. 19, n. 2, p. 63-71, Feb. 2006.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE ENDOCRINOLOGIA E METABOLOGIA. **Obesidade**: Terapia Cognitivo-Comportamental. 2005. Projeto Diretrizes. Disponível em: https://diretrizes.amb.org.br/_BibliotecaAntiga/obesidade-terapia-cognitivo-comportamental.pdf. Acesso em: 27 jul. 2020.

SUTTON, K. *et al.* Assessing dietary and exercise stage of change to optimize weight loss interventions. **Obesity Research**, Baton Rouge, v. 11, n. 5, p. 641-652, May 2003.



Ferramentas Utilizadas na Atenção Primária





O SUS é composto por três níveis de Atenção à Saúde, Primária (APS), Especializada (AE) e Alta Complexidade (AC), que se intercomunicam em rede. A APS se caracteriza por um conjunto de ações de saúde, tanto individuais quanto coletivas, direcionadas para a promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos e manutenção da saúde. Ela constitui o contato preferencial do usuário na rede, exercendo a coordenação do cuidado nos diferentes serviços de saúde da Rede de Atenção à Saúde (BRASIL, 2017a).

Para exercer este papel de forma adequada, a APS tem desenvolvido uma série de ferramentas visando facilitar e conferir maior efetividade aos seus processos de trabalho. Estas ferramentas incluem diferentes formas de cuidar do usuário, incluindo as modalidades individuais, familiares e coletivas. Dessa forma, neste item vamos discutir brevemente as ferramentas que este nível de atenção utiliza para alcançar seus objetivos, bem como seus pontos positivos e desafios. Destaca-se que, a utilização destas ferramentas em outros níveis de atenção pode e deve ser estimulado pelo seu potencial de qualificar o cuidado ofertado aos usuários, desde que devidamente adaptadas.



4.1 ABORDAGENS INDIVIDUAIS

4.1.1 ATENDIMENTO DOMICILIAR COMPARTILHADO

O que é?	<p>Atendimento realizado em domicílio por duas ou mais categorias profissionais de equipes como NASF-AB, ESF, SAD e ESB com o objetivo de promover o acesso ao cuidado em saúde de usuários que possuem limitações de acesso ao serviço de saúde, como aqueles restritos ao leito ou ao domicílio;</p> <p>Responder às necessidades de saúde de determinado seguimento da população com perdas funcionais e dependência para a realização das atividades da vida diária;</p> <p>Envolve o indivíduo e sua família.</p> <p>Características:</p> <ul style="list-style-type: none">• Ações sistematizadas, articuladas e regulares;• Pauta-se na integralidade das ações de promoção, recuperação e reabilitação em saúde;• Desenvolve-se pelo trabalho em equipe mediante o uso de tecnologias de alta complexidade (conhecimento) e baixa densidade (equipamento).
Descrição do método	<p>Embasado nas ações da Atenção Domiciliar*:</p> <ul style="list-style-type: none">• Recurso diagnóstico na fase de avaliação inicial;• Recurso terapêutico na fase de intervenção;• Acompanhamento longitudinal dos usuários. <p>Aspectos a ser considerados:</p> <ul style="list-style-type: none">• Deve haver consenso da necessidade em realizar o atendimento domiciliar compartilhado;• Discussão do caso entre profissionais do NASF-AB, ESF e SAD deve ser segundo cronograma acordado entre as equipes (reuniões da ESF; reuniões entre profissionais da APS e AE), demandas e solicitações;• Atendimento deve ser planejado, incluindo a preparação de materiais necessários para o atendimento, checagem prévia dos profissionais dos dados do usuário e revisão do roteiro proposto para o atendimento;• Registro do atendimento no prontuário;• Deve haver discussão entre as equipes sobre as condutas a serem tomadas;• Construção conjunta de PTS (ver item 4.1.4) para o usuário ou família em questão com definição clara da necessidade de apoio, caracterização do contexto, avaliação diagnóstica e mapeamento de recursos;• Mapeamento de redes de apoio e recursos comunitários disponíveis.

Pontos positivos	<p>Reduz o número de atendimentos entre os vários profissionais; Maior propensão de ser efetivo; Estabelece contato com a realidade do indivíduo e da família; Integralidade e resolubilidade da atenção; Favorece a pactuação de ações; Fortalece o vínculo preexistente de confiança do indivíduo com a ESF e com os profissionais do NASF-AB e a interdisciplinaridade.</p>
Desafios	<p>Conhecer e acolher as demandas da família, para isso, sugere-se a utilização de outras estratégias como o Ecomapa (ver item 4.2.3).</p>

Fonte: Brasil, 2004, 2012, 2014a, 2017a; Campos *et al.*, 2007; Conselho Nacional de Secretários de Saúde, 2007; Savassi, 2016.

Nota: NASF-AB - Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica. ESF - Estratégia Saúde da Família. ESB - Equipe de Saúde Bucal. UBS - Unidade Básica de Saúde. SAD - Serviços de Atenção Domiciliar. APS - Atenção Primária a Saúde. AE - Atenção Especializada. PTS - Projeto Terapêutico Singular. *Atenção domiciliar - atividade inerente ao processo de trabalho das equipes de atenção básica, sendo necessário que estejam preparadas para identificar e cuidar dos usuários que se beneficiarão dessa modalidade de atenção, o que implica adequar certos aspectos na organização do seu processo de trabalho, bem como agregar certas tecnologias necessárias para realizar o cuidado em saúde no ambiente domiciliar.



4.1.2 ATENDIMENTO INDIVIDUAL COMPARTILHADO	
O que é?	Atendimento ao usuário ou família realizado em conjunto por dois ou mais profissionais. Ex.: profissionais do NASF-AB e ESF.
Descrição do método	<p>O método varia de acordo com o funcionamento e organização da unidade de saúde, mas é importante que:</p> <ul style="list-style-type: none">• Haja discussão entre profissionais para definição dos casos a serem atendidos;• A decisão pelo atendimento compartilhado seja tomada por consenso dos profissionais;• O atendimento seja planejado, incluindo a preparação de materiais necessários para o atendimento, checagem prévia dos profissionais dos dados do usuário e revisão do roteiro proposto para o atendimento;• Haja horário protegido na agenda dos profissionais envolvidos;• Seja feito o registro do atendimento no prontuário;• Haja discussão entre as equipes sobre as condutas a serem tomadas.
Pontos positivos	<p>Fortalece o vínculo preexistente de confiança do usuário com a equipe de saúde;</p> <p>Proporciona pactuação das ações;</p> <p>Maior propensão de ser efetivo;</p> <p>Integralidade e resolubilidade da atenção.</p>
Desafios	Dificuldade de alterar a cultura organizacional no SUS: quantidade em relação à qualidade dos atendimentos e referenciamento em detrimento da resolutividade.

Fonte: Brasil, 2004, 2012, 2014a, 2017a; Campos *et al.*, 2007; Conselho Nacional de Secretários de Saúde, 2007; Silva *et al.*, 2012.

Nota: NASF-AB – Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica. ESF – Estratégia Saúde da Família. SUS – Sistema Único de Saúde.

4.1.3 ATENDIMENTO INDIVIDUAL ESPECÍFICO

O que é?	Realizado apenas por um profissional, após regulação e pactuação com a equipe vinculada, atrelado a um projeto terapêutico produzido conjuntamente; Deve ser aplicado em situações específicas, sem perder de vista a necessidade do acompanhamento da ESF e discussão entre os profissionais envolvidos no caso.
Descrição do método	A responsabilização pelo usuário e, ou família deve ser compartilhada entre todos os profissionais da equipe; Os profissionais devem utilizar mecanismos de devolutiva dos casos, tais como prontuários físicos ou eletrônicos/e-SUS, discussão em reuniões de matriciamento, entre outros; Informações necessitam ser trabalhadas de forma simples e contextualizadas à realidade do usuário; É primordial que exista negociação, diálogo contínuo, postura ética e corresponsabilização por parte de todos os envolvidos, compartilhando o cuidado integral de diversas formas.
Pontos positivos	Quando o número de equipes vinculadas é menor, a possibilidade de realizar tais atendimentos é maior; Indicado para situações que demandam intervenções específicas e individualizadas; Eficiente para usuários que possuem dificuldades de participar de atividades coletivas; Permite boa escuta das demandas individuais.
Desafios	Pode ser fragmentado se não for conduzido e discutido conjuntamente com a equipe.

Fonte: Brasil, 2010a, 2014a, 2017a, 2017b.

Nota: ESF – Estratégia Saúde da Família. SUS – Sistema Único de Saúde.

4.1.4 PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR (PTS)

O que é?	Conjunto de propostas de condutas articuladas para o domínio individual ou coletivo (famílias, grupos ou comunidades) construído de forma coletiva por profissional/equipe de saúde, usuário e família; Leva em consideração a singularidade do usuário e dos problemas; Surge da escuta do indivíduo: considera seus valores, desejos, ideias, vínculos e rede social; O usuário participa dessa construção e assume tarefas dentro das metas e propostas definidas; Auxilia as equipes de saúde na definição e direcionamento das ações, além de garantir que sejam coerentes com o contexto do sujeito; Deve ser consultado e acompanhado pelos diferentes profissionais da equipe e pontos da rede (integralidade).
-----------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------



Descrição do método	<p>Etapas para sua construção:</p> <ul style="list-style-type: none">• Identificar: aspectos orgânicos, psíquicos e sociais; redes de apoio familiar e da comunidade; pessoas e outros setores que podem contribuir para alcançar as metas definidas; vulnerabilidades e potencialidades; experiências dos indivíduos com a doença visando o entendimento do indivíduo como um todo (identificar potenciais e fragilidades);• Definir metas: traçar metas de curto, médio e longo prazo; negociar com o usuário envolvido e com as pessoas quais possui vínculo;• Dividir responsabilidades: definir o papel de cada profissional no PTS; responsabilizar o usuário pelo PTS; estabelecer a participação dos familiares e da comunidade; e definir o profissional de referência para acompanhar as ações (vínculo);• Reavaliação: identificar resultados alcançados, avaliar as estratégias utilizadas e definir novos rumos do PTS.
Pontos positivos	<p>Considera a singularidade do usuário e dos problemas o que torna as estratégias mais assertivas;</p> <p>Sujeito (usuário, família, grupo ou comunidade) participa da construção, o que incentiva sua responsabilização no cuidado em saúde;</p> <p>Todos os profissionais de saúde, independente da formação, devem participar ativa e produtivamente na construção do PTS;</p> <p>Considera a singularidade de cada sujeito (seja esse individual ou coletivo) e o inclui como protagonista no processo de cuidado;</p> <p>Auxilia os profissionais a definir junto ao usuário novas estratégias que possam melhorar os resultados, aumentar a responsabilização, levantar redes e pessoas de apoio e ajudar os profissionais a acompanhar e avaliar o trabalho planejado;</p> <p>Não se limita à Atenção Primária a Saúde, envolvendo todos os níveis de atenção e outros setores necessários, logo estimula a intersectorialidade;</p> <p>Fortalece a integralidade do cuidado entre os diferentes pontos de atenção da rede.</p>
Desafios	<p>Depende da aceitação e envolvimento do sujeito na sua construção;</p> <p>Depende da rede de apoio familiar e social disponível;</p> <p>Depende da aceitação e envolvimento pelos profissionais das unidades para sua construção, acompanhamento e avaliação de resultados;</p> <p>Depende de tempo protegido nas agendas desses profissionais para a realização das etapas do PTS e para a continuidade do cuidado.</p>

Fonte: Cunha *et al.*, 2005; Oliveira, 2007; Brasil, 2007b, 2010a, 2010b, 2013b, 2014a, 2017b.

Nota: PTS - Projeto Terapêutico Singular.

4.2 ABORDAGENS FAMILIARES PARA APOIO À ABORDAGEM INDIVIDUAL

4.2.1 CICLO DE VIDA FAMILIAR

O que é?	<p>Divide a história da família em estágios de desenvolvimento, sendo que cada estágio é caracterizado por tarefas específicas e por estresse associado com a execução ou não das tarefas do estágio;</p> <p>Identifica fatores estressores que podem levar os membros dessa família a alguma disfunção;</p> <p>Considera a família como um sujeito agente do seu próprio processo de viver.</p>
Descrição do método	<p>Aborda as etapas que demarcam uma sequência previsível, mas nem todas as famílias passam pelo ciclo completo em sequência. Propostas de classificação em estágios das famílias:</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Duvall (Quadro 1)</i> - baseado na vida familiar na América do Norte, podendo outros grupos terem normas distintas. Mas, independente da cultura, a vida familiar se caracteriza por crises e conflitos, adaptação e inadaptção;
Descrição do método	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Minuchin (Quadro 2)</i> - estágios de vida em famílias vulneráveis com relações de curta duração, nascimentos sem planejamento, alto índice de morbimortalidade, morte precoce e doenças incapacitantes, famílias monoparentais, instabilidade e violência familiar e maior incidência de sofrimento psíquico; • <i>Carter e McGoldrick (Quadro 3)</i> - apresenta estágios de vida de famílias de classe média.
Pontos positivos	<p>Detecta situações disfuncionais nas famílias que podem se relacionar ao desenvolvimento/manutenção de doenças;</p> <p>Identifica potencialidades e dificuldades da família para apoio ao usuário;</p> <p>Amplia capacidade de resolver questões/situações conflituosas no âmbito da família;</p> <p>Identifica modelos de comunicação entre os membros da família e propõe melhorá-los;</p> <p>Promove o aconselhamento preventivo em relação a estresse previsível em uma das fases do ciclo;</p> <p>Favorece a aproximação com história, crises, projetos, expectativas, recursos, adaptabilidade, funcionalidade, resiliência e fatores de risco e de proteção das famílias;</p> <p>Facilita o levantamento de hipótese sobre a saúde do usuário e o planejamento de intervenções.</p>
Desafios	<p>Classificação dos estágios pode ser dificultada pelos inúmeros estágios propostos (8 - <i>Duvall</i>);</p> <p>Classificação em um número menor de estágios é restrito a famílias em vulnerabilidade;</p> <p>Equipe multidisciplinar para suprir demandas que aparecerem nas discussões.</p>

Fonte: Ditterrich; Gabardo; Moyses, 2009; Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais, 2011; Chapadeiro; Andrade; Araújo, 2011.



Quadro 1 – Estágios das famílias segundo *Duvall*

ESTÁGIO	CARACTERÍSTICAS	OUTRAS INFORMAÇÕES IMPORTANTES
Estágio I	Casamento e lar independente	<ul style="list-style-type: none"> Casal aprende a dividir os vários papéis; a relação entre família (emocional e econômica) e amigos se torna mais independente.
Estágio II	Famílias com crianças pequenas	<ul style="list-style-type: none"> Chegada de membro à família impõe novas tarefas e o ajustamento do sistema conjugal para criar espaço para o filho, responsabilidade educativa e financeira, e divisão de papéis; Pode ser ocasião de consolidação ou risco de perturbação da relação conjugal.
Estágio III	Famílias com pré-escolares	<ul style="list-style-type: none"> Prover espaço adequado para a família que cresce e enfrenta os custos financeiros; Para prevenção de estresse é necessário encorajar um tempo para o casal, estimular o diálogo sobre educação dos filhos, fornecer informações sobre o desenvolvimento das crianças e manter uma satisfação mútua no papel de parceiros, parentes e comunidade.
Estágio IV	Famílias com escolares	<ul style="list-style-type: none"> Primeiro grande teste ao cumprimento da função externa da família.
Estágio V	Famílias com adolescentes	<ul style="list-style-type: none"> Viver com o adolescente: aumentar flexibilidade das fronteiras familiares para incluir independência dos filhos; Confronto com diferentes valores, normas e comportamentos.
Estágio VI	Famílias com filhos adultos	<ul style="list-style-type: none"> “Ninho Vazio”.
Estágio VII	Famílias de meia-idade	<ul style="list-style-type: none"> Aposentadoria: fim do salário regular requer ajuste financeiro e novas relações com filhos, netos e cônjuge.
Estágio VIII	Famílias envelhecendo	<ul style="list-style-type: none"> Velhice: perda de habilidades e maior dependência, e conviver com a perda de amigos, familiares e, eventualmente, do cônjuge.

Fonte: Brasil, 2013a; Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais, 2011; Chapadeiro; Andrade; Araújo, 2011.

Quadro 2 – Estágios das famílias segundo *Minuchin*

FASE DO CICLO	CARACTERÍSTICAS
Família composta por jovem adulto	Adolescentes são levados a buscar formas de subsistência fora de casa ou são fontes muito exploradas de ajuda, tornando-se um adulto sozinho, que cresce por conta própria, sem que outro adulto se responsabilize por ele.
Família com filhos pequenos	Ocupa grande parte do ciclo, incluindo dentro da mesma casa três ou quatro gerações. As tarefas desta fase se misturam: formar um sistema conjugal, assumir papéis paternos e reorganizar os papéis com as famílias de origem.
Família no estágio tardio	É mais raro ocorrer um ninho vazio de fato, uma vez que os idosos costumam ser membros ativos da família, com papel de sustentar e educar as gerações mais novas. As mulheres tornam-se avós precocemente mesmo que ainda estejam consolidando sua fase reprodutiva e reconstruindo sua vida afetiva.

Fonte: Brasil, 2013a; Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais, 2011; Chapadeiro; Andrade; Araújo, 2011.

Quadro 3 – Estágios das famílias segundo *Carter e McGoldrick*

FASE DO CICLO	CARACTERÍSTICAS	TAREFAS
Adulto jovem independente	<ul style="list-style-type: none"> • Autonomia e responsabilização emocional e financeira; • Investimento profissional; • Síndrome do filho canguru (permanência na casa dos pais). 	<ul style="list-style-type: none"> • Diferenciação do eu em relação à família; • Estabelecimento do eu com relação ao trabalho, com independência financeira.
Casamento	<ul style="list-style-type: none"> • Casal inicia a vida a dois; • Comprometimento com novo sistema familiar; • Renegociação das relações com pais, amigos novos e antigos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Construção de regras próprias de funcionamento; • Formação do sistema conjugal e o realinhamento dos outros relacionamentos – pais e amigos; • Maior autonomia em relação à família de origem.
Nascimento do primeiro filho	<ul style="list-style-type: none"> • Gravidez: profundas transformações e novos acordos. A mãe sente-se sobrecarregada e o pai pode afastar-se mais. 	<ul style="list-style-type: none"> • Abertura da família para a inclusão de um novo membro; • Divisão dos papéis dos pais, novo papel materno (e paterno); • Realinhamento dos relacionamentos para incluir avós.

continua



conclusão

FASE DO CICLO	CARACTERÍSTICAS	TAREFAS
Famílias com filhos pequenos	<ul style="list-style-type: none"> • Outros filhos: preparar o sistema para aceitar novos membros, antecipação de possíveis dificuldades entre os irmãos e novos contatos externos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Novos ajustes das relações e do espaço; • Redivisão das tarefas financeiras, domésticas e de educação.
Famílias com filhos adolescentes	<ul style="list-style-type: none"> • Filhos adolescentes/pais na meia idade/avós na velhice. Toda família vive uma crise: mãe sobrecarregada/pai autorizador e avós na flexibilidade das regras. 	<ul style="list-style-type: none"> • Adolescente: encontrar sua própria identidade; • Pais: equilibrar a liberdade e considerar a individualidade do adolescente – preparação para autonomia; • Família: independência dos filhos e fragilidade dos avós: inversão do cuidado para a geração mais velha.
Lançando os filhos e seguindo em frente	<ul style="list-style-type: none"> • Filhos começam a sair de casa e deixam para trás os pais novamente sozinhos, um com o outro. 	<ul style="list-style-type: none"> • Aceitar as múltiplas entradas e saídas de membros na família; • Renegociar sistema conjugal como casal (fim do papel de pais); • Incluir os genros, noras e netos; • Planejamento financeiro para aposentadoria.
Aposentadoria	<ul style="list-style-type: none"> • Novas relações com os filhos e tornam-se avós, havendo um convívio mais intenso pelo maior tempo disponível. 	<ul style="list-style-type: none"> • Fim do salário regular com redução da renda, aumento dos gastos com medicação; e necessidades de conforto, saúde e bem-estar.
Famílias no estágio tardio: a velhice	<ul style="list-style-type: none"> • Aceitação da mudança dos papéis em cada geração, sendo o papel mais central nas gerações do meio; • Abrir espaço para sabedoria e experiência dos idosos, apoiando a geração mais velha, sem superfuncionar por ela. 	<ul style="list-style-type: none"> • Funcionamento do sistema, mesmo com declínio fisiológico, lidando com a perda da habilidade e maior dependência; • Lidar com a perda de amigos, familiares ou cônjuge; e com a proximidade da própria morte.

Fonte: Brasil, 2013a; Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais, 2011; Chapadeiro; Andrade; Araújo, 2011.

4.2.2 P.R.A.T.I.C.E (*Problem, Roles, Affect, Communication, Time, Illness, Copying, Ecology*)

O que é?	Acróstico (Quadro 4) que propõe roteiro para obtenção de informações da família; Projetado como diretriz para avaliação do funcionamento das famílias; Foca no problema seja de ordem clínica, comportamental ou relacional.
Descrição do método	Organizar informações adquiridas sobre a família; Deve ser aplicado em entrevistas familiares; O quadro deve ser preenchido de forma objetiva, incluindo apenas o necessário; Cada letra do acróstico corresponde a um assunto a ser investigado e registrado (Quadro 4).
Pontos positivos	Organiza de forma sistematizada as informações adquiridas da família; Facilita a avaliação da família; Orienta o atendimento/encontros com a família e favorece a construção de vínculos; Norteia a intervenção, auxiliando o profissional a não se esquecer de nenhuma pergunta importante.
Desafios	Apenas uma entrevista familiar é insuficiente para construir soluções para o problema; Nem todos os pontos do P.R.A.T.I.C.E parecem aplicáveis a diferentes doenças crônicas - ele deverá ser adaptado; Não há questionário estruturado para este fim; Depende da participação de toda a família, o que pode dificultar sua aplicação na Atenção Especializada; Deve ser utilizado acompanhado de outras abordagens, como Ecomapa e ciclo de vida familiar; Equipe multidisciplinar para suprir demandas que aparecerem nas discussões.

Fonte: Ditterich; Gabardo; Moyses, 2009.



Quadro 4 – P.R.A.T.I.C.E (*Problem, Roles, Affect, Communication, Time, Illness, Coping, Ecology*)

Abreviação	Inglês (original)	Português (tradução)	Definição
P	<i>Presenting problem</i>	Problema apresentado	Como a família percebe, define e enfrenta o problema atual.
R	<i>Roles and structure</i>	Papéis e estrutura	Aprofunda aspectos do desempenho dos papéis de cada um dos familiares e como eles evoluem a partir dos seus posicionamentos.
A	<i>Affect</i>	Afeto	Como se dão as trocas de afeto e como estas refletem e interferem no problema.
C	<i>Communication</i>	Comunicação	Como acontecem as diversas formas de comunicação (verbais ou não).
T	<i>Time in life cycle</i>	Tempo no ciclo de vida	Entender em qual tempo (ciclo) está situado o problema.
I	<i>Illness in family</i>	Doenças na família	Resgata a morbidade familiar e o modo de enfrentamento nas situações pregressas.
C	<i>Coping with stress</i>	Enfrentando o estresse	Como a família lida com o estresse? Equipe parte das experiências anteriores e analisa a atual, identifica fontes de recursos internos, explora alternativas de enfrentamento e interfere se a crise estiver fora de controle.
E	<i>Ecology</i>	Ecologia (ou meio ambiente)	Identifica o tipo de sustentação familiar e como podem ser usados os recursos disponíveis – igreja, vizinhos, rede social de apoio; e aspectos estruturais de saneamento, renda, escolaridade, moradia e transporte. Usar o instrumento “ecomapa” (Item 4.2.3).

Fonte: Ditterich; Gabardo; Moyses, 2009.

4.2.3 ECOMAPA

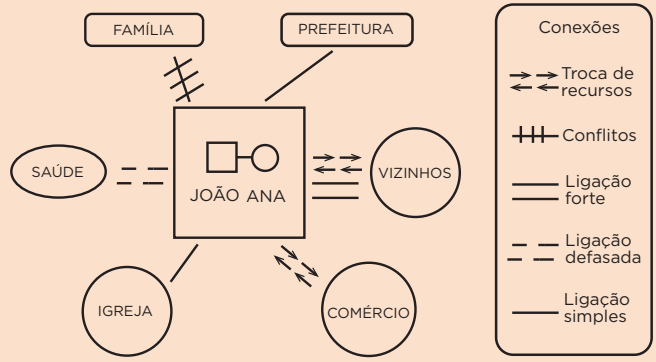
O que é?

Representação gráfica dos contatos dos membros da família com outros sistemas sociais: relações entre a família e o meio em que vive;
 Auxílio na avaliação de apoios e suportes disponíveis e na sua utilização pela família;
 Retrato de um determinado momento da vida dos membros da família, portanto, dinâmico.

Inclui informações sobre as relações da família com o ambiente externo, tais como: vizinhança (área física), serviços da comunidade (médicos, saúde mental, conselho tutelar, etc.), grupos sociais (igreja, comissão de bairro, grupos de convívio: jogo de cartas, de caminhadas, etc.), educação, relações pessoais significativas (amigos, vizinhos, família mais afastada, etc.), no trabalho e outras específicas da família e da área em que habita;
 Para construí-lo deve-se desenhar um círculo central com os membros da família e suas idades. Os círculos externos mostram os contatos da família com a comunidade. Como na figura a seguir (**Figura 1**), as linhas indicam o tipo de conexão: linhas contínuas e paralelas representam ligações fortes; linhas pontilhadas, ligações frágeis/defasadas; e linha com traços, aspectos estressantes/conflitos. As setas significam energia e fluxo de recursos; e ausência de linhas, ausência de conexão;

Figura 1 - Exemplo hipotético de Ecomapa utilizado principalmente em visitas domiciliares

Descrição do método



Fonte: Elaboração própria.



Pontos positivos	<p>Instrumento de trabalho de “leitura” quase imediata e de fácil entendimento dos profissionais e da família; Representa a família no seu meio e a qualidade das relações com esse mesmo meio; Pode ser aplicado por diferentes técnicos da equipe de saúde e é útil fundamentalmente para suportar o tipo de intervenções que a família necessita em determinada fase do seu desenvolvimento; Representações gráficas do Ecomapa permitem compreender de forma mais integral o usuário, a família e seus problemas e traçar planos de acompanhamento e estratégias educativas mais efetivas.</p>
Desafios	<p>Visualizam uma fotografia da família, podendo comprometer a sua dinamicidade; Inviável para grupos devido à necessidade de vários profissionais e exposição de questões familiares e pessoais.</p>

Fonte: Mello *et al.*, 2005; Brasil, 2007a, 2013a; Muniz; Eisenstein, 2009; Nascimento; Rocha; Hayes, 2005; Otto; Ribeiro, 2012; Tannús *et al.*, 2011.

4.3 ABORDAGEM COLETIVAS

4.3.1 GRUPOS TERAPÊUTICOS

O que é?	<p>Grupos formados por pessoas que compartilham diagnóstico de alguma doença e, ou condição de saúde; Objetiva a melhora clínica dos usuários pelo alívio de sintomas e redução do sofrimento; Objetivos são construídos coletivamente, e para atingi-los busca-se aumentar o autoconhecimento, fomentar o desenvolvimento pessoal, construir conhecimento sobre o diagnóstico, possibilitar maior co-responsabilização e autocuidado.</p>
Descrição do método	<p>Compartilhamento de experiências para aumento do conhecimento; Definição do compromisso do sujeito com suas ações; Criação de estratégias de aumento da motivação e de enfrentamento da situação-problema.</p>
Pontos positivos	<p>Formação de vínculo e relações de apoio entre usuários que vivenciam contextos semelhantes; Favorece o enfrentamento da doença a partir da identificação com os pares e a troca de experiências; Atendimento à elevada demanda apresentada aos serviços de saúde.</p>
Desafios	<p>Existe o risco do grupo terapêutico se tornar uma “palestra” ou “consulta coletiva” e perder seu objetivo de compartilhamento de vivências.</p>

Fonte: Brasil, 2014a, 2014b, 2014c.



4.3.2 GRUPOS MOTIVACIONAIS

O que é?	Adaptação de técnicas utilizadas na EM para resolução da ambivalência; Intervenção breve, aplicável apenas enquanto os participantes não expressam a decisão pela mudança; A intenção é focar a atenção sobre o tema que dificulta ou interfere na mudança de comportamento.
Descrição do método	Baseia-se na EM (Item 3.1); Deve ser focado no grupo, seguindo direção inversa da simples oferta de informações e do cuidado centrado no profissional.
Pontos positivos	Possibilidade de intervenção com usuários que apresentam resistência à mudança de comportamento; Favorece a decisão pela mudança de comportamento, possibilitando o movimento em direção à mudança; Formação de relações de apoio entre indivíduos que vivenciam contextos semelhantes; Encontros motivacionais em atividades coletivas baseadas no MT podem favorecer a progressão nos estágios de mudança.
Desafios	Preparo profissional para aplicação da EM deve ser cuidadoso, pois há armadilhas na técnica como o foco prematuro, a rotulação, a intolerância à resistência, e o reflexo de “consertar” as coisas; Equipe precisa conhecer outras abordagens para aplicação em conjunto, uma vez que a EM se limita ao momento da ambivalência; Público-alvo atendido pode ter um número muito pequeno de participantes, dado que o grupo motivacional se aplica aos usuários no estágio de mudança de contemplação, ou seja, próximos de se decidirem pela mudança; Por ser breve, a formação de vínculo pode ser dificultada se a abordagem for realizada isoladamente.

Fonte: Brasil, 2014a; Figlie; Guimarães, 2014; Cavalcanti; Oliveira, 2012.

Nota: EM - Entrevista Motivacional. MT - Modelo Transteórico.

4.3.3 GRUPOS OPERATIVOS	
O que é?	<p>Visa o desenvolvimento da aprendizagem, da gestão do conhecimento, do pensamento crítico e de ações transformadoras; Fundamenta-se na concepção de que o ser humano é construído a partir da relação homem-mundo, logo a aprendizagem decorre de processo interacional;</p> <p>A mudança é o objetivo do grupo operativo. Constitui um processo gradativo e espera-se que os participantes assumam, gradualmente, papéis e atitudes diferentes diante da tarefa grupal (Ex.: mudança do comportamento alimentar).</p>
Descrição do método	<p>Caracteriza-se por estar centrado em uma tarefa explícita (comum) que pode ser a aprendizagem, e uma implícita que envolve um processo de ruptura de barreiras individuais e, ou visões estereotipadas que dificultam o processo de mudança; Grupo representa uma ferramenta de transformação, um espaço mais abrangente do que apenas para o desenvolvimento de ações educativas. Ele envolve a construção, desconstrução e reconstrução dos sujeitos a partir da interação, partilha e aprendizagem promovidas nas relações grupais;</p> <p>Necessita de um coordenador com a função de facilitar a comunicação e a problematização; direcionar para a realização da tarefa comum; analisar, sintetizar e articular as falas dos participantes; e conduzir o grupo para que seja operativo, ou melhor, que ultrapasse os obstáculos e alcance do objetivo, ou seja, a mudança ou a resolução da tarefa comum;</p> <p>Necessita de observador para registrar o que ocorre na reunião, auxiliar na identificação de dificuldades e dos papéis desempenhados pelos participantes, na mobilização em torno da tarefa, na compreensão dos acontecimentos no desenrolar da história do grupo e na análise, junto ao coordenador, dos pontos importantes.</p>
Pontos positivos	<p>Coloca os participantes no centro do processo de aprendizagem, como sujeitos ativos e protagonistas na produção da saúde, na construção do conhecimento e dos sentidos que dão significado à sua experiência humana; Favorece a troca e a construção de conhecimento de forma prazerosa e solidária; a elaboração e/ou redefinição de conceitos; e a ampliação da visão sobre outras possibilidades de ser; Permite integrar, estabelecer relações interpessoais (de ajuda) e formar vínculos dos participantes entre si e com os profissionais; Viabiliza a quebra da relação vertical entre o profissional da saúde e o sujeito da sua ação; Facilita expressão de necessidades, expectativas, angústias e circunstâncias de vida que têm algum impacto na saúde.</p>
Desafios	<p>As ações educativas para serem efetivas requerem dos profissionais boa formação, conhecimento e habilidade na aplicação da técnica conhecimento de atitudes pedagógicas, boas capacidade de escuta, comunicação, compreensão e negociação.</p>

Fonte: Almeida; Soares, 2010; Pichon-Rivière, 1998; Quiroga, 1994; Torres; Hortale; Schall, 2003; Pereira, 2013; Souza *et al.*, 2005; Soares; Ferraz, 2007.



4.3.4 OFICINAS

O que é?

Trabalho estruturado com grupos, focalizado em torno de uma questão central que o grupo se propõe a elaborar, em determinado contexto social;

Não se restringem a uma reflexão racional, mas envolvem os sujeitos de maneira integral, suas formas de pensar, sentir e agir;

Têm como objetivo promover a construção de conhecimento por meio da reflexão sobre um tema central, inserido em um contexto social, congregando informações e reflexões e relacionando-as com significados afetivos e vivências.

Descrição do método

Número de encontros pode ser variável, e o grupo propõe-se a desenvolver uma determinada tarefa;

Número de participantes deve garantir que todos se manifestem e se sintam assistidos, e que não coloque em risco a comunicação visual e auditiva dos participantes (máximo de 20 participantes);

O facilitador possui papel importante, pois no primeiro contato ele deve realizar a escuta visando adequar a proposta conforme o interesse dos participantes. Cabe a ele construir a sequência dos encontros pautada nas escolhas do grupo.

O desenvolvimento da oficina é estruturado em três momentos:

1. **Inicial** - Preparação dos participantes com apresentação dos objetivos e das atividades. Pode ser realizada por técnicas de “relaxamento” e, ou “aquecimento”, com utilização de atividades, brincadeiras, conversas, etc.
2. **Intermediário** - Desenvolvimento das atividades que facilitem a reflexão e elaboração do tema. Pode ser subdividido em:
 - a) Utilização de técnicas lúdicas, sensibilização, motivação, reflexão e comunicação;
 - b) Conversa e reflexão sobre os sentimentos e ideias do grupo sobre as situações vivenciadas;
 - c) Expansão das vivências, relacionando-as com situações do cotidiano;
 - d) Exposição e análise das informações sobre o tema comparadas às experiências dos participantes.
3. **Sistematização e avaliação** - Visualização dos participantes da produção do grupo, acompanhando o desenvolvimento da reflexão, crescimento e auxiliando na tomada de decisões sobre os próximos encontros, ou seja, produto da oficina construído coletivamente.

Pontos positivos	<p>Facilita a compreensão e a elaboração sobre questões subjetivas, interpessoais e sociais;</p> <p>Impulsiona um processo de aprendizagem, a partir da reflexão sobre a experiência;</p> <p>Possibilita uma elaboração do conhecimento desenvolvido sobre o mundo e do sujeito no mundo, portanto, sobre si mesmo;</p> <p>Possibilita o diálogo sobre as situações cotidianas, podendo problematizar um tema ou situação;</p> <p>Promove a troca de experiências entre os participantes e o profissional;</p> <p>Favorece a formação de vínculo entre os indivíduos e com o profissional;</p> <p>Coloca os participantes como sujeitos ativos e protagonistas na produção de saúde;</p> <p>Viabiliza a relação horizontal entre o profissional de saúde e o sujeito da sua ação.</p>
Desafios	<p>Existe o risco da oficina se tornar uma “consulta coletiva” e perder seu objetivo de compartilhamento de vivências;</p> <p>Necessidade de formação, conhecimento e habilidades dos profissionais sobre a técnica. Além de características de um facilitador para a condução da atividade que compreende a capacidade de escuta, comunicação e compreensão;</p> <p>Necessidade de planejamento prévio e adequado das temáticas a serem abordadas, como também das ações a serem desenvolvidas.</p>

Fonte: Afonso, L., 2006; Afonso, M., 2010; Brasil; Universidade Federal de Minas Gerais, 2016.

REFERÊNCIAS

AFONSO, L. Oficinas em dinâmica de grupo. *In*: AFONSO, L. **Oficinas em dinâmica de grupo**: um método de intervenção psicossocial. 2. ed. Belo Horizonte: Edições do Campo Social, 2006. p. 9-62.

AFONSO, M. L. M. **Oficinas em dinâmica de grupo na área da saúde**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2010. 389 p.

ALMEIDA, S. P. de; SOARES, S. M. Aprendizagem em grupo operativo de diabetes: uma abordagem etnográfica. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, p. 1123-1132, 2010. Supl. 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. **HumanizaSUS**: equipes de referência e apoio matricial. Brasília, DF: MS, 2004. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/equipe_referencia.pdf. Acesso em: 17 jul. 2020.



BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: MS, 2017a. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 16 jul. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderno de atenção domiciliar**. Brasília, DF: MS, 2012. v. 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderno de atenção domiciliar**. Brasília, DF: MS, 2013a. v. 2.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Núcleo de Apoio à Saúde da Família**: volume 1: ferramentas para a gestão e para o trabalho cotidiano. Brasília, DF: MS, 2014a. (Cadernos de Atenção Básica, n. 39).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes do NASF**. Brasília, DF: MS, 2010a. (Cadernos de Atenção Básica, n. 27).

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, 2017b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde mental**. Brasília, DF: MS, 2013b. (Cadernos de Atenção Básica, n. 34).

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. (Cadernos de Atenção Básica, n. 38).

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, 2014c. (Cadernos de Atenção Básica, n. 35).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Brasília, DF: MS, 2007a. (Série Normas e Manuais) (Cadernos de Atenção Básica, n. 19).

- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular**. 2. ed. Brasília, DF: MS, 2007b. (Série B. Textos Básicos de Saúde).
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. **Atenção Básica**. Brasília, DF: MS, 2010b. (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Cadernos HumanizaSUS, v. 2).
- 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. 168 p.
- CAMPOS, G. W. de S. *et al.* Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 399-407, fev. 2007.
- CAVALCANTI, A. M.; OLIVEIRA, A. C. L. de. **Autocuidado apoiado**: manual do profissional de saúde. Curitiba: Secretaria Municipal da Saúde, 2012.
- CHAPADEIRO, C. A.; ANDRADE, H. Y. S. O.; ARAÚJO, M. R. N. de. **A família como foco da atenção primária à saúde**. Belo Horizonte: Nescon/UFGM, 2011.
- CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (Brasil). **Assistência de média e alta complexidade no SUS**. Brasília, DF: CONASS, 2007. (Coleção Progestores - Para entender a gestão do SUS, 9).
- CUNHA, G. T. *et al.* **A construção da clínica ampliada na atenção básica**. São Paulo: Ed. Hucitec, 2005.
- DITTERICH, R. G.; GABARDO, M. C. L.; MOYSES, S. J. As ferramentas de trabalho com famílias utilizadas pelas equipes de saúde da família de Curitiba, PR. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 18, n. 3, p. 515-524, 2009.
- ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DO ESTADO DE MINAS GERAIS. **Implantação do Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde**. Belo Horizonte: ESPMG, 2011. 64 p. Conteúdo: Oficina 7 - Abordagem familiar. Guia do Tutor/Facilitador.
- FIGLIE, N. B.; GUIMARAES, L. P. A Entrevista motivacional: conversas sobre mudança. **Boletim - Academia Paulista de Psicologia**, São Paulo, v. 34, n. 87, p. 472-489, dez. 2014. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-711X2014000200011&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 22 set. 2017.



- MELLO, D. F. de *et al.* Genograma e ecomapa: possibilidades de utilização na estratégia de saúde da família. **Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano**, São Paulo, v. 15, n. 1, p. 79-89, 2005.
- MUNIZ, J. R.; EISENSTEIN, E. Genograma: informações sobre família na (in) formação médica. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 1, p. 72-79, jan./mar. 2009.
- NASCIMENTO, L. C.; ROCHA, S. M. M.; HAYES, V. E. Contribuições do genograma e do ecomapa para o estudo de famílias em enfermagem pediátrica. **Texto & Contexto – Enfermagem**, Florianópolis, v. 14, n. 2, p. 280-286, 2005.
- OLIVEIRA, G. N. **O Projeto terapêutico como contribuição para a mudança das práticas de saúde**. 2017. 203 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2007.
- OTTO, A. F. N.; RIBEIRO, M. A. Unidos em torno da mesa: a dinâmica familiar na obesidade. **Estudos de Psicologia**, Natal, v. 17, n. 2, p. 255-263, 2012.
- PEREIRA, T. T. S. O. Pichon-Rivière, a dialética e os grupos operativos: implicações para pesquisa e intervenção. **Revista da SPAGESP**, Ribeirão Preto, v. 14, n. 1, p. 21-29, 2013.
- PICHON-RIVIÉRE, E. **O processo grupal**. 6. ed. rev. São Paulo: Martins Fontes, 1998.
- QUIROGA, A. P. **Matrizes de aprendizagem**: constitución del sujeto em el proceso de conocimiento. 3. ed. Buenos Aires: Ediciones Cinco, 1994.
- SAVASSI, L. C. M. Os atuais desafios da Atenção Domiciliar na Atenção Primária à Saúde: uma análise na perspectiva do Sistema Único de Saúde. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 38, p. 1-12, jan./dez. 2016.
- SILVA, A. T. C. da *et al.* Núcleos de Apoio à Saúde da Família: desafios e potencialidades na visão dos profissionais da Atenção Primária do Município de São Paulo, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 11, p. 2076-2084, 2012.
- 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. 1, p. 52-57, mar. 2007.

SOUZA, A. C. *et al.* A educação em saúde com grupos na comunidade: uma estratégia facilitadora da promoção da saúde. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 26, n. 2, p. 147-153, ago. 2005.

TANNÚS, J. N. *et al.* Genograma e Ecomapa: abordagem com adolescentes de famílias de alto risco. **Revista de Educação Popular**, Uberlândia, v. 10, p. 131-140, jan./dez. 2011.

TORRES, H. C.; HORTALE, V. A.; SCHALL, V. A experiência de jogos em grupos operativos na educação em saúde para diabéticos. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 4, p. 1039-1047, 2003.

GLOSSÁRIO

Aliança terapêutica – também chamada de vínculo, diz respeito a uma relação dual: paciente e profissional de saúde.

Ambivalência – relutância em mudar.

Autoeficácia – confiança que o indivíduo tem em si mesmo para realizar escolhas adequadas sob certas circunstâncias.

Elicitar – fazer sair, expulsar, expelir.

Empatia – habilidade de imaginar-se no lugar de outra pessoa; compreensão dos sentimentos, desejos, ideias e ações de outrem.

Técnica da balança decisória – nessa técnica propõe-se ao usuário a elaboração de uma lista dos fatores que julga positivos do seu comportamento em questão (vantagens em se manter o comportamento) e outra lista dos custos ou fatores negativos do mesmo comportamento (desvantagens).

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
bvsm.s.saude.gov.br



MINISTÉRIO DA
SAÚDE

GOVERNO
FEDERAL