

RELATÓRIO

**LABORATÓRIO DE INOVAÇÕES EM ATENÇÃO ÀS CONDIÇÕES CRÔNICAS
DE SANTO ANTÔNIO DO MONTE**

**OFICINA DE TECNOLOGIAS DE PREVENÇÃO DE
CONDIÇÕES CRÔNICAS**

**ABORDAGEM MOTIVACIONAL, RESOLUÇÃO DE PROBLEMAS,
PREVENÇÃO DE RECAÍDAS, PLANO DE AUTOCUIDADO E
CUIDADO COMPARTILHADO**

CONSULTORA

ANA MARIA CAVALCANTI

Contrato de serviços BR/CNT/1301725.001

Santo Antônio do Monte, 26 a 28 de fevereiro de 2014

1. INTRODUÇÃO

1.1 OBJETIVOS

Esta oficina teve como objetivo geral:

- Subsidiar o desenvolvimento de competências (conhecimentos, habilidades e atitudes) dos participantes em relação às Tecnologias de Prevenção de Condições Crônicas - Abordagem Motivacional, Técnicas de Resolução de Problemas, Prevenção de Recaída, Plano de Autocuidado e Cuidado Compartilhado.

Seus objetivos específicos eram:

- Compreender como se dá a mudança de comportamento e quais as Tecnologias de Prevenção de Condições Crônicas mais adequadas para a abordagem deste processo considerando os diferentes estágios de motivação para a mudança.
- Compreender e elaborar planos de autocuidado para a adoção e sustentação de comportamentos saudáveis considerando a prevenção de condições crônicas.
- Compreender e elaborar o processo de monitoramento dos planos de autocuidado, com foco no apoio à resolução de problemas e prevenção de recaídas em relação aos novos comportamentos adotados.
- Dialogar sobre o Cuidado Compartilhado de usuários dos serviços de saúde portadores das condições crônicas priorizadas.
- Pactuar os desdobramentos necessários para a implantação das Tecnologias de Prevenção de Condições Crônicas na ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE (APS).

1.2 PÚBLICO-ALVO

A oficina contou com a participação de profissionais das equipes de saúde da Atenção Primária (APS) e Secundária (ASS) do município de Santo Antonio do Monte, gestores municipais e estaduais. O primeiro momento da oficina (26/02/2014) foi uma sensibilização para 200 pessoas, a pedido do município, abordando a Importância das Tecnologias Leves e do Autocuidado Apoiado na Atenção às Condições Crônicas. No segundo momento, permaneceram os 40 participantes para o início da programação da oficina propriamente dita.

1.3 PRODUTOS

Ao final desta oficina, ficou pactuado que:

- Os Planos Pessoais de Autocuidado elaborados pelos participantes na oficina serão implantados e monitorados pelo apoiador escolhido.

- Planos de Autocuidado de usuários dos serviços de saúde serão realizados a título de exercitar as tecnologias.
- As equipes da APS serão apoiadas por 2 a 3 profissionais (APS e ASS) e passarão pelo alinhamento conceitual em relação às Tecnologias de Prevenção de Condições Crônicas.
- O grupo responsável pela implantação das tecnologias leves no LIACC fará a elaboração dos modelos dos planos de autocuidado (semelhantes aos usados na ASS) e das planilhas de monitoramento para a APS.
- A previsão da próxima oficina ficou para meados de abril de 2014.

2. PROGRAMA GERAL

2.1 DURAÇÃO E ATIVIDADES EDUCACIONAIS

Esta oficina teve uma carga horária de dezesseis horas, realizada nos dias 26, 27 e 28 de fevereiro, e se desenvolveu com as seguintes atividades educacionais: trabalhos em grupos (leitura e discussão de artigos), elaboração de planos de autocuidado, exposições dialogadas e atividades em plenária.

2.2 PROGRAMAÇÃO

DIA 26/02/14		
HORÁRIO	ATIVIDADE	TEMA
14:00 – 14:30	Abertura e acolhimento dos participantes	
14:30 – 15:30	Trabalho em grupo	Mudança de Comportamento
15:30 – 15:45	Intervalo	
15:45 – 17:00	Trabalho em grupo / Exposição dialogada	Entrevista motivacional
DIA 27/02/14		
8:00 – 8:30	Abertura	
8:30 – 10:00	Trabalho em grupo / Exposição dialogada	Grupo operativo
10:00 – 10:15	Intervalo	
10:15 – 12:00	Atividade em grupo / Exposição dialogada	Resolução de problema e prevenção de recaída
12:00 – 13:30	Intervalo almoço	
13:30 – 14:30	Trabalho em grupo	Autocuidado apoiado
14:30 – 15:30	Plenária	Autocuidado apoiado
15:30 – 15:45	Intervalo	
15:45 – 17:00	Trabalho em grupo / Plenária	Técnica dos 5 A's

DIA 28/02/14

8:00 – 8:15	Abertura	
8:15 – 10:00	Pactuação / Exposição dialogada	Plano de Autocuidado
10:00 – 10:15	Intervalo	
10:15 – 11:15	Próximos passos	
11:15 - 12:00	Avaliação e Encerramento	

Após o período da tarde da oficina, o grupo condutor se reuniu para definir os próximos passos durante o período de dispersão.

3. TEXTOS DE APOIO

3.1 TECNOLOGIAS DE MUDANÇAS DE COMPORTAMENTO¹

Ana Maria Cavalcanti, Camila AG Santos Franco, Gustavo Pradi Adam, Liliane Barbosa Correia

As tecnologias de mudança de comportamento embasam as intervenções da equipe de saúde relativas ao estilo de vida e aos comportamentos dos usuários e comunidades. Aplicam-se tanto nas ações de prevenção, cujo enfoque é a adoção de comportamentos saudáveis em substituição aos de risco, como nas ações de apoio ao autocuidado e de educação em saúde.

Os portadores de condições crônicas são quem, de fato, gerenciam o seu próprio cuidado ao tomarem as decisões cotidianas sobre alimentação, atividade física, medicação, etc. Por isso, no Modelo de Atenção Crônica (Chronic Care Model), a excelência do cuidado é alcançada quando uma equipe de saúde proativa e preparada interage, de forma produtiva, com usuários ativos e bem informados. Estabelece-se, portanto, uma parceria cujo foco é o desenvolvimento da autoeficácia.

Uma autoeficácia elevada influencia diretamente as escolhas diárias, uma vez que se relaciona a graus maiores de perseverança e motivação para a superação de obstáculos. Na medida em que enfrenta e soluciona os problemas, o usuário aumenta a confiança em alcançar suas metas e, conseqüentemente, enfrenta melhor os novos problemas. Assim, o fortalecimento do autoconceito de valor, adequação e competência retroalimenta as escolhas frente aos objetivos de vida.

Na APS, algumas abordagens para auxiliar o processo de mudança de comportamento descritas no manual elaborado pela SMS Curitiba sobre Autocuidado Apoiado (manual do profissional de Saúde) são: o Modelo Transteórico de Prochaska e Di-Clemente, a Entrevista

¹ Texto extraído de:

Cavalcanti AM e col. Tecnologias de Mudança de Comportamento. In: OPAS / CONASS. Moysés ST, Silveira Filho AD, Moysés SJ (org.) A implantação do modelo de atenção às condições crônicas em Curitiba resultados do laboratório de inovação sobre atenção às condições crônicas na Atenção Primária em Saúde. Brasília, DF: OPAS, 2013, p. 176 – 184.
CURITIBA. Secretaria Municipal da Saúde. Centro de Informação em Saúde. Coordenação de Saúde do Adulto e do Idoso. Autocuidado apoiado: manual do profissional de saúde. Curitiba: SMS, 2012. 92 p.

Motivacional, a técnica de Resolução de Problemas, a Prevenção de Recaídas e os Grupos Operativos.

MODELO TRANSTEÓRICO DE MOTIVAÇÃO PARA A MUDANÇA

Prochaska e Di-Clemente desenvolveram um modelo transteórico que descreve os diferentes estágios de motivação e prontidão para a mudança de um comportamento. Os autores reforçaram o conceito de que esse processo é dinâmico e sofre interferências do contexto local e temporal. A motivação para realizar uma mudança, portanto, é interna e pessoal, mas pode ser influenciada por fatores externos, como, por exemplo, a abordagem da equipe de saúde.

Características dos estágios:

PRÉ-CONTEMPLAÇÃO/PRÉ-PONDERAÇÃO

Neste estágio, a pessoa não pensa sistematicamente na mudança e não está pronta para mudar. Seu comportamento não é entendido como um problema ou um risco, mesmo quando os outros percebem como tal. Muitas vezes, a procura pelo serviço de saúde ocorre por insistência de um familiar ou por outro motivo.

Em relação ao comportamento que precisa ser modificado, a pessoa pode se apresentar hostil (não quer investir na mudança ou falar no assunto), resignada (desistiu da possibilidade da mudança e parece soterrada pelo problema) ou racionalizadora (discursa sobre os riscos pessoais ou justifica porque o problema não é um problema).

CONTEMPLAÇÃO/PONDERAÇÃO: PENSANDO EM MUDAR

É um estágio muito paradoxal caracterizado principalmente pela ambivalência. Ao mesmo tempo em que há consciência dos riscos e problemas advindos do comportamento, há o desejo de mudar, mas não neste momento. A pessoa pode, devido à ambivalência, tornar-se um “contemplador crônico”, ou seja, pensar sistematicamente sobre a importância de mudar, mas não agir para concretizar seu desejo. Nesta fase, existe abertura para a possibilidade de mudança e a pessoa encontra razões tanto para mudar como para justificar que agora não é o momento certo para isso.

Ponderar não significa comprometer-se.

PREPARAÇÃO/DETERMINAÇÃO: PREPARANDO-SE PARA MUDAR

No estágio de preparação, a ambivalência diminui e tanto o desejo de mudar neste momento como o comportamento para tal estão presentes. A pessoa parece estar pronta para comprometer-se com a ação, mas isso não significa que toda a ambivalência esteja resolvida. O processo de tomada de decisão continua durante todo o estágio.

AÇÃO: REALIZANDO A MUDANÇA

Ação é o estágio no qual a pessoa engaja-se na mudança de comportamento e assume atitudes específicas para alcançá-la. Este processo é muitas vezes reconhecido pelos familiares e amigos.

MANUTENÇÃO: INTEGRAÇÃO DA MUDANÇA AO ESTILO DE VIDA

Seis meses após a adoção do novo comportamento, pode-se considerar a pessoa no estágio de manutenção. O desafio desta fase é o de persistir no novo comportamento e evitar ou aprender a lidar com eventuais deslizes ou recaídas. As habilidades e estratégias exigidas agora são diferentes das utilizadas na preparação e na ação.

Uma intervenção voltada à mudança de comportamento apresenta maior efetividade quando se considera o estágio motivacional em que a pessoa se encontra. Por isso é fundamental que o profissional de saúde reconheça o estágio e opte pelas estratégias de ação mais adequadas, favorecendo o trânsito de um estágio para outro. Em estágios de pré-contemplação e contemplação, por exemplo, abordagens motivacionais e grupos operativos são as mais indicadas. Para os usuários que estão no planejamento e na ação, é preciso apoio à construção de planos de ação, monitoramento e resolução de problemas. Na manutenção, é importante apoiar a sustentação das mudanças já efetivadas, além de desenvolver a habilidade em lidar com situações de risco para deslizes e recaídas.

ESTRATÉGIAS DA EQUIPE DE SAÚDE DE ACORDO COM O ESTÁGIO DE MOTIVAÇÃO PARA A MUDANÇA	
ESTÁGIO	ESTRATÉGIAS
Pré-contemplação	Informar; levantar dúvidas; aumentar a percepção sobre riscos e consequências do comportamento atual; evidenciar a discrepância entre os objetivos de vida e o comportamento alvo; dar feedback.
Contemplação	Explorar a ambivalência; evocar os motivos para mudar ou não; avaliar riscos e benefícios; apoiar; fortalecer a autoeficácia para a mudança.
Preparação	Auxiliar na construção de um plano de mudança – questionar quando, como e onde, organização necessária, data de início, metas e prazos, quais os obstáculos, quem ou o que ajudará.
Ação	Acompanhar colaborativamente o processo de mudança; monitorar os resultados alcançados; analisar deslizes, recaídas, obstáculos; evocar, da pessoa, como resolver os problemas e prevenir situações de risco.
Manutenção	Evidenciar os benefícios do novo comportamento; fortalecer o que está sendo efetivo; reconhecer as situações de risco e as estratégias de enfrentamento; prevenir deslizes e recaídas.
Deslizes e Recaídas	Auxiliar a pessoa a estabelecer o fim do deslize/recaída e renovar o compromisso com a mudança. Avaliar de forma objetiva o fato e evocar o aprendizado para prevenir e/ou lidar com futuras situações.

Fonte: Adaptado de Knapp, 2004.

3.2 ENTREVISTA MOTIVACIONAL²

Ana Maria Cavalcanti, Camila AG Santos Franco, Gustavo Pradi Adam, Liliane Barbosa Correia

A Entrevista Motivacional (EM) consiste num “estilo clínico habilidoso para evocar dos pacientes as suas boas motivações para fazer mudanças comportamentais no interesse de sua própria saúde” (ROLLNICK, MILLER e BUTLER, 2009). É uma intervenção terapêutica que se caracteriza pelo aconselhamento diretivo, centrado na pessoa, com objetivo de estimular a adoção de um estilo de vida saudável, ajudando-a a explorar e resolver sua ambivalência.

Este método clínico foi desenvolvido a partir de 1983 para a abordagem de dependência química. Por ser uma intervenção efetiva para promover a adoção de comportamentos mais saudáveis, a partir dos anos 90 a EM passou a ser utilizada em condições crônicas como diabetes melito, hipertensão arterial, doenças cardiovasculares e obesidade (ROLLNICK, MILLER e BUTLER, 2009).

A EM baseia-se em 2 conceitos principais, a prontidão para a mudança e a ambivalência. O primeiro já foi exposto no texto anterior, no modelo transteórico de Prochaska e Di-Clemente. O segundo, a ambivalência, significa o “querer e não querer”, estar dividido entre duas diferentes opções, e surge do conflito entre as perdas e os ganhos decorrentes da adoção de novos comportamentos. Um dos principais objetivos da EM é auxiliar as pessoas a reconhecerem e resolverem a ambivalência e a equipe de saúde pode apoiá-las neste processo.

Para a EM, motivação é a probabilidade de comportamentos saudáveis ocorrerem a partir do grau de compromisso em relação à adesão e sustentação de um plano terapêutico. Por isso, essa intervenção baseia-se na negociação e não no conflito, envolvendo orientação mais que direção, acompanhamento mais que confronto. Seu caráter é colaborativo, evocativo e de respeito pela autonomia da pessoa (MILLER e ROLLNICK, 2001).

FUNDAMENTOS DA ENTREVISTA MOTIVACIONAL	
Caráter colaborativo	Equipe de saúde e usuários são parceiros que cooperam e colaboram para a construção do processo de mudança. As interações devem favorecer a tomada de decisão dos usuários para a adoção de comportamentos saudáveis.
Caráter evocativo	No processo interativo procura-se evocar os valores, os desejos, o conhecimento e as habilidades dos usuários, acumulados ao longo das suas histórias, e estabelecer uma conexão entre eles e o que é preciso mudar.
Respeito à autonomia das pessoas	A equipe de saúde precisa aceitar a liberdade de escolha dos usuários frente à tomada de decisão. O que torna a mudança possível é justamente o respeito à autonomia dos mesmos quanto aos comportamentos que querem ou não adotar nesse momento.

Fonte: adaptado de Miller e Rollinick, 2001.

² Texto extraído de:

Cavalcanti AM e col. Tecnologias de Mudança de Comportamento. In: OPAS / CONASS. Moysés ST, Silveira Filho AD, Moysés SJ (org.) A implantação do modelo de atenção às condições crônicas em Curitiba resultados do laboratório de inovação sobre atenção às condições crônicas na Atenção Primária em Saúde. Brasília, DF: OPAS, 2013, p. 176 – 184.
CURITIBA. Secretaria Municipal da Saúde. Centro de Informação em Saúde. Coordenação de Saúde do Adulto e do Idoso. Autocuidado apoiado: manual do profissional de saúde. Curitiba: SMS, 2012. 92 p.

A EM surge para instrumentalizar tecnicamente o profissional para estimular, na pessoa, a consideração sobre um processo de mudança e diminuir a probabilidade de retorno a um padrão anterior de comportamento. Seu objetivo principal é ajudar as pessoas a moverem-se ao longo de um contínuo em direção à tomada de decisões. Para isso, algumas metas precisam ser alcançadas no processo.

METAS DA ENTREVISTA MOTIVACIONAL	
Trabalhar a ambivalência	A ambivalência é natural no processo de mudança de comportamento e expressa conflitos, basicamente, entre quatro aspectos: desejo, capacidade, razões e necessidades. Pode ser usada a favor do comprometimento efetivo com a mudança.
Trabalhar a responsabilização	A pessoa é quem decide se quer ou não mudar e o que fazer para isso, assumindo a responsabilidade do processo, com o apoio do profissional de saúde.
Prevenir recaídas	A recaída faz parte do processo de mudança e pode ser usada a favor do mesmo, quando compreendida como oportunidade de aprendizado e fortalecimento da decisão de mudar.
Fortalecer o compromisso com a mudança	A equipe de saúde deve criar uma atmosfera positiva que conduza à mudança, onde a meta final é aumentar a motivação intrínseca da pessoa e o seu compromisso com o processo.

Fonte: adaptado de MILLER e ROLLINICK, 2001.

Os princípios da EM são:

- Expressar empatia

É importante que a equipe de saúde seja solidária com o processo de mudança, estabeleça uma escuta reflexiva, aceite a ambivalência frente à mudança como algo normal e evite críticas ou juízos de valor.

- Desenvolver discrepância

Dialogar com o intuito de promover a reflexão sobre as conseqüências do comportamento atual auxilia o usuário a perceber a discrepância entre o mesmo e os seus objetivos pessoais.

- Evitar argumentação

A argumentação gera resistência, reforçando as atitudes defensivas de não mudar. É importante compreender o processo de mudança e aceitar que a ambivalência é natural, evitando o confronto.

- Acompanhar a resistência

Pode-se utilizar a resistência em benefício da própria pessoa uma vez que suas percepções e seus posicionamentos podem mudar, ao se oferecer e evocar novas perspectivas, sem imposições.

- Apoiar a autoeficácia

Acreditar na capacidade de mudar e enfrentar obstáculos é um motivador importante. Por isso, equipe de saúde e usuários precisam compreender o processo de mudança e confiar na possibilidade de realizá-lo, por meio de inúmeras abordagens alternativas disponíveis.

ESTRATÉGIAS

A EM atua aumentando o comprometimento da pessoa com a mudança e a adesão ao tratamento. A atenção agora será em formas específicas de postura e comunicação entre o profissional e a mesma, especialmente nas formas de perguntar, informar e escutar.

A. TOCANDO NO ASSUNTO

Estabelecer um relacionamento de confiança e empatia que favoreça a discussão do “problema”. O entrevistador escolhe um tema que seja do interesse da pessoa e que possa ser ligado ao comportamento que se deseja mudar.

A partir disso, o entrevistador estará em uma posição melhor para fazer perguntas abertas que não soem ameaçadoras.

B. PERGUNTAS ABERTAS

Como se deve obter da pessoa as razões para mudança, é importante que ela possa falar. Perguntas fechadas são aquelas que podem ser respondidas com “sim”, “não” ou com alguma outra informação breve e objetiva. As perguntas fechadas têm seu papel mas, no início da entrevista, devem ser evitadas por condicionarem a pessoa a participar passivamente do processo e, assim, não se responsabilizar por ele. As perguntas abertas encorajam a pessoa a falar e, assim, o profissional consegue obter mais informações a respeito de seus próprios motivos para a mudança e, conforme visto no item “desenvolvimento de discrepância”, as razões para mudar devem vir da pessoa, não do profissional.

C. ESCUTAR REFLEXIVAMENTE

Escutar de forma reflexiva significa ouvir a pessoa atentamente, evitando interrompê-la ou concluir as frases e ideias por ela. Encorajá-la a falar e demonstrar interesse é fundamental para expressar compreensão do ponto de vista da pessoa e de suas motivações. O elemento essencial aqui é a forma como o profissional responderá ao que ouve, decodificando aquilo que ouviu e parafraseando para a pessoa na forma de uma afirmação. A escuta reflexiva é um modo de verificar o que a pessoa está dizendo, ao invés de pressupor.

D. ENCORAJAR

A escuta reflexiva, por si só, pode ser bastante encorajadora, mas algumas afirmações de apreciação e compreensão podem ser usadas.

E. RESUMIR

Resumos são usados para mostrar/verificar a compreensão do profissional e servem para valorizar algumas ideias que a própria pessoa trouxe. Também permitem apreciar a ambivalência, examinando simultaneamente os pontos positivos e negativos que a pessoa trouxe ao longo da conversa.

F. ELICIAR AFIRMAÇÕES AUTOMOTIVACIONAIS

Buscar na própria pessoa as razões para a mudança é um dos meios para fazê-la caminhar em direção à mudança de comportamento. O papel do profissional é facilitar a expressão dessas afirmações e reforçá-las através da escuta reflexiva e dos resumos. Afirmações automotivacionais compreendem frases ou comportamentos que envolvam:

- Reconhecimento do problema (“Não tinha percebido que meu comportamento é incompatível com meu projeto de vida”)

- Expressões de preocupação (“Nossa, o problema é mais sério do que eu imaginava!”)
- Intenção de mudança (“Eu preciso fazer alguma coisa para mudar”)
- Otimismo em relação à mudança (“Dessa vez eu estou decidido a mudar”)

Várias técnicas podem ser utilizadas na EM como balanço decisória, olhar para frente, olhar para trás, aprofundar, usar extremos entre outras.

3.3 GRUPO OPERATIVO³

Liliane Barbosa Correia

A teoria sobre GRUPOS OPERATIVOS é uma estratégia de abordagem para quem coordena processos em grupo. Atualmente é uma metodologia utilizada nas áreas da saúde, da educação e no desenvolvimento de equipes profissionais em empresas. Na área da saúde tem sido aplicada na formação de profissionais de saúde, como também em grupos de pessoas portadoras de doenças crônicas como hipertensão e diabetes, com enfoque na adesão ao tratamento, autocuidado e corresponsabilidade pelo tratamento.

A coordenação operativa de grupos, seguindo a técnica preconizada, exige formação específica e estudo mais aprofundado da teoria. Por outro lado, alguns princípios e conceitos expostos a seguir podem ser utilizados por qualquer profissional que conduz trabalhos em grupo.

O QUE É GRUPO OPERATIVO?

A palavra operativo deriva de *operar* que significa *fazer alguma coisa; produzir; executar; realizar*. O propósito da operatividade é incentivar grupos e pessoas a agirem com autonomia e maior consciência, assumindo responsabilidades por escolhas e ações, para realizarem mudanças. No caso dos grupos de mudança de comportamento é primeiramente acreditar que qualquer pessoa tem potencial de mudar se quiser e que a atividade em grupo pode potencializar essa vontade de mudar, de incluir novos hábitos e novas formas de pensar e agir.

GRUPO OPERATIVO (GO) é definido como uma rede de indivíduos que interagem entre si e comprometem-se com uma tarefa. A tarefa é o que o diferencia das outras teorias que abordam processos de grupo. O GO, portanto, existe e acontece em torno de uma tarefa.

A tarefa no GO pode ser um objetivo, uma missão ou uma atividade. No grupo de portadores de doenças crônicas, por exemplo, a tarefa como objetivo pode ser prevenir complicações da doença. Para isso, tarefas como atividade podem englobar mudanças nos hábitos alimentares, prática de atividade física aeróbica, maior adesão ao uso de medicamentos prescritos, entre outras.

³ Texto extraído de: CURITIBA. Secretaria Municipal da Saúde. Centro de Informação em Saúde. Coordenação de Saúde do Adulto e do Idoso. Autocuidado apoiado: manual do profissional de saúde. Curitiba: SMS, 2012. 92 p.

HISTÓRIA DE VIVÊNCIAS E CONHECIMENTOS DOS GRUPOS

Segundo a teoria de GO, é importante ter consciência de que cada grupo e cada pessoa possuem conhecimentos prévios, experiências de vida, formas de pensar, crenças e julgamentos que fazem parte da sua história. Esse esquema criado durante a vida instrumentaliza pessoas e grupos na forma de enxergar o mundo, abordar a realidade e agir. Respeitar, considerar e dar espaço para ouvir essa sabedoria prévia é importante para quem trabalha com grupos, assim como acreditar que pessoas e grupos podem mudar a forma de pensar, dependendo do contexto e da motivação. Quando o grupo cria uma forma de pensar coletiva, que surge das contribuições individuais, a comunicação fica facilitada e flui com menos ruídos.

QUESTÕES RELACIONADAS À ORGANIZAÇÃO

A organização dos encontros e do processo de funcionamento do grupo tem a finalidade de estabelecer alguns combinados entre coordenação e grupo, como também entre seus integrantes. Isto propicia um ambiente favorável para a realização da tarefa do grupo, sem desperdício de energia e tempo devido a atrasos, interrupções, faltas e uso de telefones celulares, por exemplo. Fazem parte dessa organização o tempo (duração, intervalo, número de encontros, frequência), espaço (adequação para acomodar todos os participantes), papéis, reconhecimento e tarefa:

PAPÉIS

São posições oferecidas pelo grupo e assumidas pelos integrantes que denunciam um acontecer ou um desejo grupal. Alguns dos papéis que surgem espontaneamente nos grupos são:

- Líder da mudança - apresenta a novidade, a proposta de mudança.
- Líder da resistência - reage contra a novidade.
- Porta-voz - expressa a ideia, o pensamento e o desejo do grupo num determinado momento.
- Bode expiatório - representa as dificuldades e limitações do grupo.
- Sabotador - sabota o trabalho do grupo com a intenção de mostrar que o novo ainda precisa ser mais discutido, isto é, amalgamado pelo grupo.
- Representante do silêncio - mostra a necessidade do grupo de fazer silêncio pois é nos momentos de silêncio que as reflexões e a aprendizagem do novo acontecem.

Não existe um papel mais ou menos importante, todos são necessários ao grupo. Um indicador da saúde grupal é a circulação desses papéis e quando ocorre a cristalização dos mesmos em alguns participantes surgem rótulos como: o chato, o do contra (aquele que sempre vai resistir ao novo), o bebe quieto (que sempre fica quieto no grupo), entre outros. Isto pode paralisar o processo de mudança do grupo.

RECONHECIMENTO

Relaciona-se aos ganhos e/ou vantagens percebidos por todos os envolvidos. As horas semanais dedicadas à participação dos encontros de grupo trazem vantagens tanto para os participantes como para os profissionais de saúde envolvidos, como a troca de experiências, a resolução de problemas em conjunto e a motivação para persistir nas mudanças, por exemplo.

TAREFA

É o grande diferencial do GO, como já foi citado anteriormente. O grupo se depara com dois tipos de tarefa. A primeira é a **tarefa objetiva**, que representa o motivo pelo qual o grupo se reúne, os objetivos a serem atingidos pelo trabalho (nos encontros) ou a atividade que vai ser desenvolvida em um determinado encontro. A outra tarefa, subjacente à primeira, é a **tarefa subjetiva**. Esta se relaciona com os conflitos vivenciados no grupo e a maneira de lidar com eles, os julgamentos e formas de pensar, a forma de lidar com a diversidade, os preconceitos e os medos que naturalmente aparecem na realização da tarefa objetiva de qualquer grupo.

Num grupo de reeducação alimentar, por exemplo, cuja tarefa objetiva é de assumir uma alimentação mais saudável, podem surgir preconceitos como “alimentação saudável é ruim e sem gosto” ou “alimentos com fibras são muito caros” ou medos como “ter de fazer sacrifícios para deixar de comer alguns alimentos” ou “fazer um esforço acima da sua possibilidade para praticar atividade física”. Essas ideias não devem ser abafadas e nem reforçadas pelo coordenador e sim trazidas para a reflexão do grupo. A tarefa subjetiva representa os momentos do grupo e precisa ser vivida de tal forma que ele utilize seu potencial criativo e de inovação para resolver novas situações.

MOMENTOS DO GRUPO

Toda proposta de mudança de comportamento, atitude ou hábito representa uma situação nova para o grupo, que gera tensão e esta desencadeia uma tarefa subjetiva. Medos, ações defensivas, relações de dependência e competição fazem parte do movimento do grupo, que aparece como:

CONFUSÃO

No momento inicial, o grupo vivencia a confusão, o não entendimento de qual é a tarefa ou a atividade. O medo de não entender o que é para se fazer e o não reconhecimento dos recursos que o grupo possui para realizar a tarefa geram uma postura de dependência em relação ao coordenador. Surgem falas como “O que é para fazer mesmo?”, “Dá para repetir?” ou “Como é que é? Não entendi nada.” O papel do coordenador nesse ponto é não alimentar a dependência e deixar o grupo vivenciar essa confusão inicial, permitindo que ele próprio descubra por si que tem potencialidades para entender e resolver a tarefa.

DISSOCIAÇÃO

É o momento seguinte pelo qual o grupo passa ao vivenciar o medo de se sentir incompetente, de não atingir uma expectativa ou de desagradar, de se mostrar frágil e de provocar conflitos. Frente a esses medos podem aparecer defesas ou resistências que procuram aliviar e reequilibrar a tensão vivida no sistema grupal. O grupo já sabe qual é a tarefa e começa a identificar as potencialidades que tem para solucioná-la. O que é percebido por quem observa o grupo são pontos de vista diferentes, propostas de caminhos diversos, polarizações e possíveis impasses para solucionar a tarefa. O papel do coordenador é deixar o grupo viver o conflito, discutir, compartilhar, sem tomar partido de uma ou outra ideia ou de reforçar positiva ou negativamente algum participante; e intervir para que o grupo retome seu

objetivo que é a realização da tarefa e não de alimentar vaidades pessoais ou questões individuais.

REFLEXÃO

O grupo se depara com o medo de perder o já conquistado, o que em algum momento foi aprendido e que a partir de agora não serve mais. Apresenta momentos de reflexão uma vez que as diferentes propostas que surgiram no momento anterior se integram e geram um resultado maior que a soma das partes individuais. Esse momento aparece na forma de períodos de silêncio e é importante não interrompê-los, possibilitando que o grupo viva o silêncio e acomode novos pontos de vista e aprendizagens, “pois é no silêncio que o caos é digerido, assimilado, pensado.” (FREIRE, 2008).

Esses momentos grupais são sucessivos e frente a uma nova situação, o grupo passará por todos os momentos novamente pois uma nova tensão gera confusão, que gera dissociação, que gera reflexão e mudança.

ATITUDES PARA COORDENAÇÃO DE GRUPOS

É importante que o coordenador assuma algumas posturas como:

- Ser *co-pensador* - pensar junto com o grupo e não pelo grupo.
- Sair do centro – não dar respostas prontas, devolver perguntas e questionamentos para o grupo, evitando reforçar a dependência em relação à coordenação.
- Não impor ideias ou coagir o grupo.
- Estar aberto para o inesperado que surge da produção de um grupo, pois muitas vezes esta não atende à expectativa idealizada ou imaginada pelo coordenador.
- Intervir apenas quando houver dificuldade na comunicação, paralisações e impasses no grupo. O excesso de intervenções pode atrapalhar o caminhar do grupo.
- Observar e perceber os momentos e movimentos do grupo relacionados à tarefa subjetiva.

3.4 RESOLUÇÃO DE PROBLEMAS e PREVENÇÃO DE RECAÍDAS⁴

Ana Maria Cavalcanti, Camila AG Santos Franco, Gustavo Pradi Adam, Liliane Barbosa Correia

Técnicas de resolução de problemas são utilizadas para desenvolver a habilidade das pessoas em superar as situações que interferem no alcance dos seus objetivos. Para isso, sistematizam em etapas a construção e implementação de soluções.

Sternberg (1996/2000, citado por WAINER e col., 2004) propôs um modelo cíclico de resolução de problemas de sete etapas, cuja sequência não é necessariamente linear uma vez que algumas etapas interagem entre si. Este modelo, ilustrado a seguir, parte da identificação,

⁴ Texto extraído de:

Cavalcanti AM e col. Tecnologias de Mudança de Comportamento. In: OPAS / CONASS. Moisés ST, Silveira Filho AD, Moisés SJ (org.) A implantação do modelo de atenção às condições crônicas em Curitiba resultados do laboratório de inovação sobre atenção às condições crônicas na Atenção Primária em Saúde. Brasília, DF: OPAS, 2013, p. 176 – 184.
CURITIBA. Secretaria Municipal da Saúde. Centro de Informação em Saúde. Coordenação de Saúde do Adulto e do Idoso. Autocuidado apoiado: manual do profissional de saúde. Curitiba: SMS, 2012. 92 p.

definição, construção de estratégias de solução, busca de informação, alocação de recurso, monitoramento e avaliação da solução do problema.

Modelo de ciclo de resolução de problemas



Fonte: Sternberg, 1996/2000, im WAINER e col., 2004, p.307.

Em relação às condições crônicas, inúmeras ações podem ser incorporadas ao cotidiano dos usuários na medida em que os planos de cuidado são elaborados. Essas ações exigem adaptações das rotinas não só pessoais como familiares, sociais, profissionais, etc. Situações do dia a dia podem dificultar a execução dos planos e o apoio a solução desses problemas faz parte do papel desempenhado pelas equipes de saúde.

ORIENTAÇÕES PARA A RESOLUÇÃO DE PROBLEMAS

- Pare e reflita sobre a situação, identifique e liste os problemas.
- Eleja os mais relevantes e passíveis de enfrentamento.
- Detalhe a situação, seja específico e preciso.
- Descreva as possíveis soluções, avalie suas consequências e eleja a mais viável e efetiva.
- Implemente uma solução por meio de um plano de ação.
- Monitore e avalie os resultados.
- Se não funcionou, escolha e implemente outra solução.
- Solicite auxílio de familiares, amigos, colegas de trabalho, profissionais de saúde.
- Reinicie o processo quantas vezes for necessário.

As técnicas de resolução de problemas podem ser aplicadas nas atividades individuais ou coletivas desenvolvidas nas UBS. Quando em grupo, ampliam o repertório de possíveis soluções, uma vez que as experiências dos integrantes são compartilhadas. Exercitar essa habilidade aumenta a autoeficácia e a capacidade de autocuidado. As pessoas fortalecem seu processo de aprendizagem e reconhecem o que é viável para a sustentação do novo estilo de vida de acordo com a sua realidade. Assim, a probabilidade de escolher soluções mais efetivas para a superação dos limites pessoais e ambientais é maior.

PREVENÇÃO DE RECAÍDAS

Deslizes (lapsos) e recaídas são eventos esperados quando a pessoa busca a mudança de qualquer padrão de longa duração, e também são considerados, para alguns autores, um dos estágios para a mudança. Os deslizes caracterizam-se pela retomada automática do comportamento problema, indicando falha no autocontrole da pessoa, mas que não leva ao padrão antigo do comportamento alvo. Já as recaídas são retornos ao padrão inicial de comportamento e na maioria das vezes ocorrem gradualmente, depois de um deslize inicial.

Quando a pessoa volta ao comportamento antigo, ela pode ou não retomar o processo de mudança. Por isso, a partir do momento em que se estabelece um plano de ação, é fundamental apoiá-la na prevenção de recaídas. Essa técnica terapêutica pretende gerar estratégias para prevenir ou manejar deslizes e recaídas. (MARLATT e RANGÉ, 2008).

Todos precisam compreender que deslizes e recaídas fazem parte do processo, são normais e frequentes. São oportunidades de aprendizagem para o reconhecimento de situações-problema e o exercício de elaboração de novos planos de ação mais efetivos. O papel da equipe é de auxiliar a pessoa que vivenciou o deslize ou a recaída a evitar o desânimo e a desmoralização assim como a recomeçar a circular no contínuo da mudança, contemplando-a, renovando sua determinação, retomando a ação e mantendo seus esforços.

Os principais objetivos da Prevenção de Recaídas são:

- Proatividade por meio da prevenção de deslizes iniciais.
- Manutenção do foco no processo de mudança e nas metas pactuadas.
- Prevenção da evolução dos deslizes para recaídas completas, ou seja, com o retorno ao comportamento anterior.

Inúmeros fatores internos e externos podem contribuir para um deslize/recaída. Ao mesmo tempo, o fato de deslizar ou recair pode comprometer a autoeficácia tanto da pessoa como da equipe de saúde que apoia o processo. Por isso, o primeiro passo para a prevenção consiste em reconhecer os deslizes/recaídas como parte do processo de mudança e não o seu fim. Desde o estágio de preparação, equipe de saúde e usuários precisam exercitar a proatividade em relação a eventuais deslizes e recaídas e, para tanto, é necessário:

Reconhecer situações de alto risco

Nas tentativas anteriores de mudança, é possível identificar quais fatores propiciaram deslizes e recaídas. Já no processo vigente, o automonitoramento por meio do registro tanto da intenção como do fato em si (deslize/recaída) permite a caracterização das situações de alto risco. Além dessa identificação, é crucial investigar as consequências dos deslizes/recaídas na pessoa, uma vez que pode ocorrer o efeito de violação da mudança (quebra de contrato).

Elaborar estratégias efetivas de enfrentamento das situações de risco

Para o enfrentamento das situações de alto risco, é importante:

1. AVALIAR A MOTIVAÇÃO

Ao investigar a motivação para manter o comportamento atual ou retornar ao anterior, a pessoa pode retomar o compromisso com a mudança. Para isso, é importante fazer o reconhecimento das consequências positivas (ganhos) e negativas (perdas) de curto e longo prazo de ambos os comportamentos e a utilização de alguns instrumentos pode ajudar.

2. TREINAR A ASSERTIVIDADE, A COMUNICAÇÃO E A ESCUTA

A assertividade consiste na capacidade de expressar e defender com clareza suas decisões e pode ser desenvolvida por meio de exercícios. Ao prever situações de pressão social para o retorno a um comportamento antigo, a pessoa pode treinar o que dizer e como estabelecer limites. É possível falar francamente sobre suas razões para mudar e como a atitude dos outros pode ajudar ou atrapalhar o processo de mudança.

3. AUMENTAR A AUTOEFICÁCIA

Alguns passos importantes para aumentar a autoeficácia são:

- Observar ativamente o comportamento e aceitar a responsabilidade sobre o mesmo e sobre a mudança dele
- Determinar o fim do deslize, ou seja, definir que foi apenas neste momento, combatendo assim os efeitos da violação da mudança para prevenir uma recaída
- Buscar ajuda na equipe de saúde quando necessário
- Monitorar o que funcionou e o que não funcionou no enfrentamento das situações de alto risco – manter o que funcionou e pensar em formas alternativas para o que não funcionou, utilizando técnicas de resolução de problemas
- Estabelecer metas intermediárias - “quebrar” a tarefa em porções menores, que possam ser manejadas uma de cada vez
- Ser proativo e imaginar o que fazer nas próximas situações de alto risco – o que dizer, como evitar, como se comportar, com quem contar
- Escrever cartões lembrete que orientem o que fazer em determinadas situações ou que auxiliem no término do deslize – “Foi só um deslize; comece de novo agora!”; “Saia de perto da mesa e vá conversar!”; “Primeiro vá caminhar e depois pense se está com vontade!”

A utilização de instrumentos para monitoramento e manejo de deslizes e recaídas auxilia tanto na sistematização das estratégias de enfrentamento escolhidas como no monitoramento de sua aplicação.

4. FAZER CONTROLE DE ESTÍMULO

No início do processo de mudança é recomendado evitar, quando possível, as situações de alto risco - eventos sociais, guloseimas em casa, os pratos preferidos e tentadores, tarefas e compromissos na hora da atividade física.

5. ATUAR EM OUTROS FATORES DO ESTILO DE VIDA

É fundamental investir em outras mudanças como redução de fontes de estresse, busca de equilíbrio entre prazer e obrigação e atividades de relaxamento.

3.5 APOIO AO AUTOCUIDADO E AUTOCUIDADO APOIADO⁵

Ana Maria Cavalcanti, Claudia Schneck de Jesus e Soriane Kieski Martins

Cuidado, segundo o dicionário Michaelis da língua portuguesa, significa atenção; cautela, diligência, desvelo; precaução, vigilância; encargo, responsabilidade. Autocuidado, portanto, consiste na atenção, no desvelo e na responsabilidade que o sujeito tem consigo mesmo. Diz respeito às escolhas diárias que todos fazem e que afetam diretamente o cuidado de si.

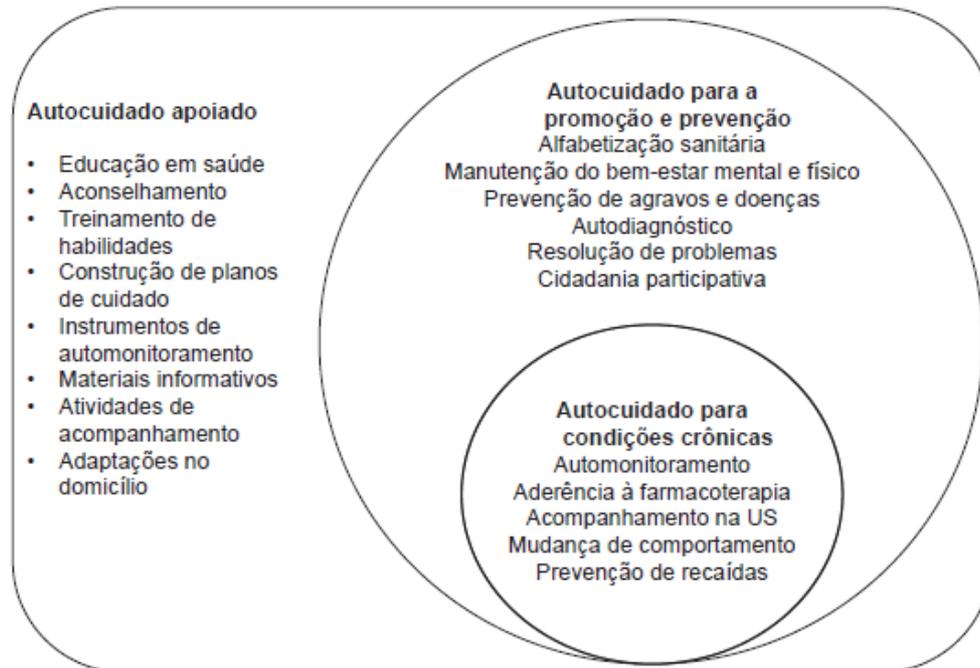
No contexto da saúde, AUTOCUIDADO representa todas as atividades desenvolvidas pelas pessoas no intuito de promover a saúde, manter o bem-estar, alcançar seus objetivos e realizar suas aspirações, prevenir doenças e agravos, ou seja, faz parte da vida diária. Já em relação a condições agudas e crônicas, AUTOCUIDADO refere-se à habilidade que as pessoas têm para lidar com as questões trazidas por uma condição como sintomas, tratamentos, consequências biopsicossociais e mudanças no estilo de vida (BARLOW e col., 2002). Compreende, desta maneira, as ações que as pessoas desempenham no seu dia a dia para prevenir, controlar ou reduzir o impacto das condições de que são portadoras (MENDES, 2011).

O AUTOCUIDADO APOIADO consiste num conjunto estruturado de ações e serviços oferecidos às pessoas e à comunidade com o objetivo de favorecer o melhor gerenciamento das suas condições de saúde. Este conjunto de opções pode incluir (BROCK e DOST, 2005):

- Educação em saúde;
- Desenvolvimento de habilidades para o autocuidado;
- Campanhas e atividades individuais e coletivas para promover a saúde e a adoção de comportamentos saudáveis;
- Informação e aconselhamento;
- Planos de cuidado;
- Atividades de automonitoramento;
- Materiais informativos;
- Educação dos profissionais de saúde para adoção de novas atitudes e comportamentos;
- Treinamento dos profissionais de saúde para apoio ao autocuidado;
- Envolvimento de redes sociais e recursos comunitários;
- Desenvolvimento de parcerias entre a comunidade e as equipes de saúde.

⁵ Texto extraído de : Cavalcanti AM, de Jesus CS e Martins SK. Apoio ao Autocuidado e a autocuidado apoiado. In: Cavalcanti AM e col. Tecnologias de Mudança de Comportamento. In: OPAS / CONASS. Moysés ST, Silveira Filho AD, Moysés SJ (org.) A implantação do modelo de atenção às condições crônicas em Curitiba resultados do laboratório de inovação sobre atenção às condições crônicas na Atenção Primária em Saúde. Brasília, DF: OPAS, 2013, p. 196 – 210.

A figura a seguir mostra as diferentes formas de autocuidado e sua relação com o autocuidado apoiado.



Fonte: Adaptado de Brock e Dost, 2005.

As intervenções da equipe de saúde para auxiliar os usuários na qualificação do cuidado de si caracterizam o APOIO AO AUTOCUIDADO. Estas intervenções procuram ampliar a capacidade, a confiança e a eficácia dos usuários no manejo de condições tanto agudas como crônicas. O desempenho destas ações exige dos profissionais o desenvolvimento de habilidades de aconselhamento, elaboração e monitoramento de planos de cuidado, pactuação de metas, assistência ao processo de mudança, entre outras. Todas estas atividades compõem a estruturação de programas de AUTOCUIDADO APOIADO.

O Cuidado e os paradigmas

Pessoas autônomas e independentes fazem escolhas a partir de decisões próprias e não de imposições ou prescrições de outrem. Este fato tem um impacto significativo na APS, pois o caráter prescritivo do cuidado tradicionalmente prestado não é efetivo na atenção às condições de saúde.

Na perspectiva das condições crônicas, os modelos de atenção propostos orientam que um ótimo cuidado é alcançado por meio de interações produtivas entre uma equipe de saúde preparada e proativa e usuários informados e ativos (WAGNER, 1998). Esta mudança de paradigma nas relações entre profissionais e usuários dos sistemas de saúde se expressa tanto no processo de educação em saúde como no cuidado (BODENHEIMER e col., 2002). O cuidado, portanto, assume um caráter colaborativo e supera a visão tradicional. As principais diferenças entre os dois modelos de cuidado (cuidado tradicional e cuidado colaborativo) estão listadas no quadro a seguir.

CRITÉRIO	CUIDADO TRADICIONAL	CUIDADO COLABORATIVO
Relação entre equipe de saúde e usuário	O usuário é passivo e a equipe de saúde, detentora do saber, prescreve o que fazer.	A equipe de saúde é quem conhece mais sobre a condição crônica e o usuário conhece mais sobre como viver com ela.
Responsabilidade pelo processo e pelos resultados	A equipe de saúde.	Usuário e equipe de saúde compartilham a responsabilidade.
Metas	Aderência às prescrições. Não aderência é uma deficiência do usuário.	A equipe de saúde fornece informação para que o usuário escolha suas metas. O não alcance das metas é um problema a ser resolvido por meio de adequações de estratégias.
Mudança de comportamento	Motivação externa; imposição.	Motivação interna; conhecimento e capacidade para assumir novos comportamentos.
Identificação e solução de problemas	A equipe de saúde identifica os problemas (comportamentos a serem mudados) e determina como resolvê-los.	O usuário e a equipe de saúde identificam os problemas e constroem estratégias de solução colaborativamente. O processo de educação envolve desenvolvimento de habilidade para solução de problemas.

Fonte: adaptado de Bodenheimer e colaboradores, 2002.

O Autocuidado Apoiado é uma tecnologia de cuidado colaborativo onde a equipe de saúde estabelece uma relação ética de valorização do usuário e da sua história de vida, respeitando a sua capacidade em lidar com sua condição crônica. Este apoio abrange desde o processo de decisão de como gerenciar sua saúde até a implantação e sustentação de planos de ação pelas pessoas. “É uma parceria que se estabelece entre os profissionais de saúde, os usuários, seus familiares e a comunidade, para a construção de competências necessárias ao cuidado de si” (MOYSÉS, SILVEIRA e MOYSÉS, 2012).

Os processos educativos envolvidos no Autocuidado Apoiado englobam tanto o conhecimento acerca da condição crônica como do autocuidado propriamente dito. É importante que os usuários conheçam suas condições crônicas, sua evolução, possíveis complicações, objetivos e metas do tratamento, opções terapêuticas, consequências, etc. Em relação ao cuidado, o foco deve estar no desenvolvimento de habilidades para lidar com sintomas e limitações, fazer adaptações ambientais e comportamentais e sustentar mudanças no estilo de vida.

Cada vez mais a literatura demonstra as vantagens do Autocuidado Apoiado para os sistemas de saúde e as pessoas usuárias. Há evidência crescente sobre a redução de consultas e atendimentos desnecessários na APS e da utilização de recursos hospitalares, e sobre a melhora da qualidade de vida e da satisfação dos usuários (BROCK e DOST, 2005). Para Mendes (2012), esta tecnologia é potencialmente mais custo-efetiva quando se trata de pessoas com condições crônicas em estratos de menor risco.

Para Bodenheimer e col. (2002), alguns desafios em relação à implantação de programas de Autocuidado Apoiado são: carência de profissionais de saúde treinados para isto na APS, cultura comunitária de dependência do cuidado profissional e financiamento inadequado. Para os autores (2002), estes desafios poderiam ser superados com a inclusão desta tecnologia nos programas de formação dos profissionais de saúde e na cultura organizacional dos serviços de saúde.

3.6 AUTOCUIDADO APOIADO E A TÉCNICA DOS 5 A'S⁶

No apoio ao autocuidado, a equipe de saúde auxilia as pessoas a adotarem comportamentos saudáveis por meio de uma relação ética onde há valorização do outro, da sua história de vida e da sua capacidade em resolver problemas. Nesta parceria que se estabelece entre os profissionais de saúde, os usuários, seus familiares e a comunidade, o **Plano de Autocuidado** é construído colaborativamente com o intuito de organizar as intervenções para o controle das condições de saúde presentes.

O primeiro passo para o autocuidado é a avaliação da capacidade e do desejo da pessoa em exercê-lo. Para isso, o profissional de saúde deve observar se a pessoa tem autonomia e independência suficientes para a realização do plano de autocuidado e se ela aceita participar do processo.

A Técnica dos 5 “A’s” sistematiza as ações da equipe de saúde no apoio ao processo de mudança. Memorizar os 5 A’s e aplicá-los nas intervenções de saúde, aumenta a possibilidade de efetividade terapêutica. Estas intervenções podem ser realizadas individualmente ou em grupo, por qualquer profissional de saúde na Atenção Primária a Saúde e em outros níveis de atenção. Depois de memorizadas e treinadas, elas tornam-se rápidas porque são incorporadas ao estilo de abordagem do profissional e da equipe.

O primeiro “A” – Avalie

Para orientar a adoção de comportamentos saudáveis e qualificar o autocuidado, é fundamental o reconhecimento de onde a pessoa está no processo de mudança.

O início da elaboração do Plano de Autocuidado Apoiado consiste na avaliação do que é importante para a pessoa, o que ela valoriza e deseja para o seu futuro. A partir daí, a lista de Comportamentos Necessários pode ser preenchida pela pessoa, apoiada pelos profissionais de saúde.

A avaliação do grau de interesse na adoção dos comportamentos assinalados na lista, evidencia por onde é possível iniciar o processo de mudança.

Com a identificação dos Estágios de Motivação para a Mudança dos comportamentos alvo, a equipe de saúde pode escolher quais abordagens são as mais indicadas para intervir sobre os mesmos.

Nesta etapa, é possível explorar os conceitos e percepções que a pessoa tem sobre estes comportamentos, quais as ideias sobre seu estilo de vida e sua condição de saúde e qual a sua motivação e confiança para fazer mudanças.

O segundo “A” – Aconselhe

Após a avaliação dos valores e projetos de futuro e o preenchimento da lista de comportamentos necessários do Plano de Autocuidado Apoiado, a equipe de saúde pode estabelecer conversas produtivas sobre as condições de saúde presentes e o estilo de vida da pessoa.

Fornecer informações e materiais educativos, esclarecer dúvidas, verificar o que a pessoa entendeu sobre o assunto e desenvolver a discrepância entre os valores e os comportamentos atuais podem favorecer o trânsito de um estágio de mudança para outro. O aconselhamento deve pautar-se em abordagens da Entrevista Motivacional.

⁶ CURITIBA. Secretaria Municipal da Saúde. Centro de Informação em Saúde. Coordenação de Saúde do Adulto e do Idoso. Autocuidado apoiado: manual do profissional de saúde. Curitiba: SMS, 2012. 92 p.

É sempre importante solicitar a permissão da pessoa para conversar sobre um tema. Se ela não quiser falar disto agora, insistir aumentará mais a resistência à mudança.

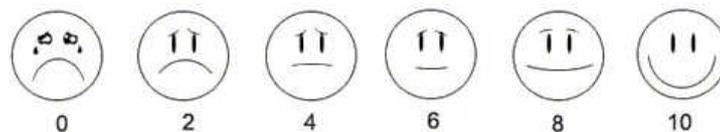
O terceiro “A” – Acorde

Nesta etapa, a pessoa deve selecionar 1 ou 2 comportamentos da lista do Plano de Autocuidado Apoiado para adotar nos próximos dias. A escolha precisa considerar comportamentos de maior grau de interesse.

Grau de interesse

Graduação de 0 a 10 que mede o quanto a pessoa deseja assumir um determinado comportamento neste momento onde 0 significa nenhum interesse e 10 significa total interesse. Expõe a discrepância entre os valores/projetos de vida da pessoa e a motivação para assumir comportamentos adequados aos mesmos. Graus intermediários de interesse evidenciam a ambivalência.

Uma maneira de avaliar o grau de interesse é utilizar escalas como a que está exposta abaixo. A pessoa assinala aquela que representa seu interesse em mudar agora!



A pactuação exige especificidade, ou seja, detalhamento sobre o que, quanto, quando, como e quantas vezes determinada atividade/ação está programada para acontecer. As metas devem ser específicas para auxiliar no monitoramento posterior. Com a pactuação, é preciso avaliar o grau de confiança em executar o plano nos próximos dias.

Grau de confiança

Graduação de 0 a 10 que mede o quanto a pessoa está confiante, ou seja, percebe-se capaz de assumir um determinado comportamento neste momento onde 0 significa nenhuma confiança e 10 significa total confiança. Para avaliar a confiança, é preciso pensar sobre o esforço, as adaptações e os recursos necessários para concretizar a mudança.

Se o grau de confiança for menor de 7, é necessário “quebrar a tarefa em partes”, ou seja, estabelecer metas parciais em direção ao novo comportamento, mais adequadas à realidade e aos recursos que a pessoa tem. Se isto não for possível, recomenda-se escolher outro alvo neste momento.

Ao término da pactuação, a pessoa assina um contrato do Plano de Autocuidado Apoiado, com o objetivo de fortalecer a responsabilização pelo processo de mudança.

O quarto “A” – Assista

A equipe pode prestar assistência à construção de um plano de ação de forma colaborativa, com planejamento adequado às metas estabelecidas. Para isto, é necessário explorar as possibilidades dentro do contexto de vida da pessoa, procurando ser o mais realista e específico possível, levantando os recursos necessários, pessoas que podem apoiar, situações que podem atrapalhar (problemas) e como enfrentá-las.

Para o alcance das metas, é preciso desenvolver a habilidade de resolver problemas e lidar com lapsos e recaídas. Instrumentos de Resolução de Problemas e de Prevenção de Recaídas podem ser utilizados para treinar estas habilidades.

Monitorar o grau de interesse e de confiança pode fornecer pistas de como estão a ambivalência e a autoeficácia. Se o interesse diminuir, é preciso dialogar sobre os prós e os contras da mudança e rever os objetivos de vida para fortalecer o compromisso com a mudança. Se a confiança diminuir, auxiliar na superação dos obstáculos e na proatividade frente às situações de risco, empodera a pessoa para o enfrentamento do dia a dia.

O quinto “A” – Acompanhe

O acompanhamento sistemático do processo de mudança pela equipe de saúde tem como objetivos:

- Manter a pessoa no foco da mudança;
- Reconhecer as situações de risco;
- Treinar resolução de problemas;
- Prevenir recaídas;
- Estabelecer os próximos passos.

O monitoramento pode ser presencial, individual ou em grupo, na UBS e na visita domiciliar, ou à distância, por contato telefônico ou pela internet, por exemplo. A frequência sugerida é quinzenal, no mínimo.

Instrumentos de monitoramento diário permitem o registro periódico pelo usuário da evolução do processo e das adequações realizadas, assim como o acompanhamento pela equipe de saúde.

Perguntas abertas que explorem as ideias da pessoa para solucionar seus problemas são as mais indicadas. Um roteiro de entrevista para monitoramento pode ser utilizado pelos profissionais.

Roteiro de entrevista para monitoramento do Plano de Autocuidado

- Apresente-se (quando necessário ou se o contato for não presencial);
- Esclareça que este contato é para monitorar o Plano de Autocuidado, combinado anteriormente;
- Pergunte como a pessoa passou este período;
- Relembre as metas acordadas;
- Pergunte o que ela conseguiu realizar (não, sim, parcialmente) e valorize os resultados, enfatizando que ela persista;
- Pergunte o que ela não conseguiu realizar, quais os principais problemas que apareceram e como tentou resolvê-los;
- Pergunte o que funcionou e recomende que ela persista nas soluções que funcionaram no próximo período;
- Para os problemas sem solução, pergunte o que ela imagina que poderia fazer para resolvê-los nestes próximos dias;
- Avalie o grau de confiança desta solução e se for igual ou maior de 7, sugira que ela ponha em prática e monitore durante o próximo período;
- Relembre a data do próximo contato e registre na planilha de monitoramento quando esta for utilizada.

Considerações Finais

Adotar comportamentos saudáveis é fundamental para o alcance das metas do cuidado das condições crônicas. No entanto, as pessoas e as equipes de saúde geralmente desconhecem abordagens efetivas para lidar com questões como a ambivalência, os obstáculos, os lapsos e as recaídas presentes no processo de mudança.

Qualquer pessoa apresenta diferentes Estágios de Motivação para a Mudança para diferentes comportamentos. Ela pode estar motivada a manter um comportamento assumido há mais de 6 meses, recair em comportamentos antigos enquanto se prepara para iniciar uma nova mudança e assim por diante.

Ao reconhecer isto, a equipe de saúde escolhe as melhores estratégias para apoiar a pessoa no processo de adoção e sustentação de comportamentos saudáveis. Os profissionais de saúde podem auxiliar as pessoas a transitarem pelos diferentes estágios na medida em que elaboram e executam seus planos de autocuidado. Ao respeitarem a autonomia e apoiarem as pessoas no desenvolvimento da habilidade em resolver seus problemas e prevenir recaídas, promovem a autoeficácia.

Algumas armadilhas devem ser evitadas durante o apoio ao autocuidado. São elas:

- Achar que a pessoa não poderá mudar por não estar motivada;
- Não avaliar a capacidade de autocuidado da pessoa;
- Estabelecer o plano de autocuidado e o monitoramento sem solicitar permissão antes;
- Não permitir que a pessoa crie suas próprias formas de solução de problemas induzindo-a a uma solução;
- Forçar a escolha de um comportamento para mudança gerando resistência;
- Tentar salvar a pessoa, atropelando as etapas que devem ser realizadas pela própria pessoa;
- Focar no problema e nas metas e esquecer o vínculo com a pessoa;
- Estabelecer foco prematuro, ou seja, pactuar comportamentos para os quais a pessoa está no estágio de contemplação ainda;
- Confrontar;
- Pactuar muitas mudanças ao mesmo tempo;
- Não cumprir com a agenda de monitoramento acordada;
- Não registrar o monitoramento e o Plano de Autocuidado acordado com a pessoa.

Próximos passos

Depois desta leitura, aproveite para iniciar a construção do seu próprio Plano de Autocuidado, passo a passo. Esta atividade lhe ajudará a vivenciar o processo e perceber os seus estágios de motivação para a mudança de comportamentos necessários ao alcance das suas metas!

Avalie sua pactuação: Ela é específica? Tem metas objetivas e mensuráveis? Se grau de confiança foi maior de 7?

Faça as adequações necessárias e assine o contrato também. A partir de agora, procure colocar seu plano em ação e resolver os problemas e lapsos que surgem na sua execução. Utilize os instrumentos de **Resolução de Problemas e Prevenção de Recaídas** para isso!

Convide os membros da sua equipe de saúde a fazerem pactuações e monitorarem seus planos de autocuidado com o apoio de um colega eleito. Desta forma, a equipe poderá iniciar um processo de autocuidado conjunto e assumir atitudes mais saudáveis.

Agora, procure aplicá-lo em algumas pessoas a quem você presta assistência e monitore o processo.

Lembre-se! A forma como trabalhamos também é um **comportamento!** Modificá-la implica em transitar pelos diferentes estágios de motivação, treinar novas habilidades e monitorar passo a passo!

Referências Bibliográficas:

BARBOSA, L.M. A psicopedagogia e o momento do aprender. São José dos Campos: Pulso, 2006.

BARLOW J et al. Self-management approaches for people with chronic conditions: a review. Patient Education and Counseling; 2002; v. 48, n. 2, p. 177-87.

BODENHEIMER, T et al. Patient self-management of chronic disease in primary care. Journal of the American Medical Association. 2002, v. 288, n. 19, p. 2469-2475.

BROCK C, DOST A. Self care: a real choice. Self care support – a practical option. London: Department of Health; 2005. COLEMAN, M T; NEWTON, K S. Supporting self-management in patients with chronic illness. American Family Physician. 2006. v. 72, n.8, p. 1503-1510.

CURITIBA. Secretaria Municipal da Saúde. Centro de Informação em Saúde. Coordenação de Saúde do Adulto e do Idoso. Autocuidado apoiado: caderno do usuário. Curitiba: SMS, 2012. 31 p.

CURITIBA. Secretaria Municipal da Saúde. Centro de Informação em Saúde. Coordenação de Saúde do Adulto e do Idoso. Autocuidado apoiado: manual do profissional de saúde. Curitiba: SMS, 2012. 92 p.

GLASGOW R E et al. Physician advice and support for physical activity: results from a national survey. American Journal of Preventive Medicine. 2001. n. 21, p. 189-196.

GLASGOW R E et al. Self-management aspects of the improving chronic illness care breakthrough series: implementation with diabetes and heart failure teams. Annals of Behavioral Medicine. 2002. n. 24, p. 80-87.

GOLDSTEIN M G; WHITLOCK E P; DePUE J. Multiple health risk behavior interventions in primary care: summary of research evidence. American Journal of Preventive Medicine. 2004. v. 27, n. 2, suplemento 1, p. 61-79.

KNAPP, P. Principais técnicas. In: KNAPP, P. et al. Terapia cognitivo-comportamental na prática psiquiátrica. Porto Alegre: Artmed, 2004, p.133 -167.

LORIG, K et al. Living a healthy life with chronic conditions: self-management of heart disease, arthritis, diabetes, asthma, bronchitis, emphysema and others. 3 ed. Boulder: Bull Publishing Company, 2006.

MARLATT, G. A.; RANGÉ, B. P. Terapia cognitivo-comportamental de transtornos de abuso de álcool e drogas. Revista Brasileira Psiquiatria. 2008; v. 3, n. 2, p. 88-95.

MENDES, E V. Os níveis 1 e 2 do modelo de atenção às condições crônicas na APS: as intervenções de promoção da saúde e de prevenção das condições de saúde. As abordagens de mudança de comportamento. In: O cuidado das condições crônicas na Atenção Primária à Saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília: OPAS. 2012, p.208 – 234. Disponível em:

<http://apsredes.org/site2012/wp-content/uploads/downloads/2012/04/RedesdeAtencaocondicoescronicas.pdf>

MENDES, E V. Os níveis 3, 4 e 5 do modelo de atenção às condições crônicas na APS. As mudanças na clínica e na gestão da ESF. O fortalecimento do autocuidado apoiado. In: O cuidado das condições crônicas na Atenção Primária à Saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília: OPAS. 2012, p.279 – 299.

MILLER, W R; ROLLNICK, S. Entrevista Motivacional: preparando pessoas para a mudança de comportamentos adictivos. Porto Alegre: Artmed, 2001.

MOYSÉS ST, SILVEIRA FILHO AD, MOYSÉS SJ (org). Laboratório de inovações no cuidado das condições crônicas na APS: a implantação do modelo de atenção às condições crônicas na UBS Alvorada em Curitiba, Paraná. Brasília, DF: OPAS, Conass, 2012.

MOYSÉS ST, SILVEIRA FILHO AD, MOYSÉS SJ (org) A implantação do modelo de atenção às condições crônicas em Curitiba resultados do laboratório de inovação sobre atenção às condições crônicas na Atenção Primária em Saúde. Brasília, DF: OPAS, Conass. 2013.

PROCHASKA JO, DICLEMENTE C. Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*; 1982, n. 20, p. 161-73.

ROLLNICK, S; MILLER, W R; BUTLER, C C. Entrevista motivacional no cuidado da saúde: ajudando pacientes a mudar o comportamento. Porto Alegre: Artmed, 2009.

RUSSELL E; GLASGOW, S E; DORIANE C M. Assessing delivery of the five 'As' for patient-centered counseling. *Health Promotion International*. 2006. v. 21, n. 3, p. 245-255.

TORAL, N; SLATER, B Abordagem do modelo transteórico no comportamento alimentar. *Ciência Saúde coletiva* v. 12, n. 6, Rio de Janeiro. Nov/Dez, 2007.

WAGNER EH. Chronic disease management: what will take to improve care for chronic illness? *Effect Clinical Practice*; 1998, n. 1, p. 2-4.

WAINER, R.; PERGUER, G.K.; PICCOLOTO, N.M. Psicologia e terapia cognitiva: da pesquisa experimental à clínica. In: KNAPP, P. et al. *Terapia cognitivo-comportamental na prática psiquiátrica*. Porto Alegre: Artmed, 2004, p. 89-100.



Ana Maria Cavalcanti

Consultora

10 de março de 2014

Anexo – Listas de presença



Oficina de Tecnologias de Prevenção de Condições Crônicas

Santo Antônio do Monte 26/02/2014 Tarde

	Nome	Email	Formação profissional	Área que atua
1	Vanessa Tarcen de Paula	vanessa_tarcen@unifma.br	Psicologia	Unidade de Referência - SES
2	Marcelle Marques	marcellemarques@gmail.com	medica	SAST - Contagem
3	Mariana Almeida Sales	mariana.almeida.sales@gmail.com	supermagem	hipertensão - SES/MG
4	Renata de Carvalho O. Fontanelli	renatafontanelli@gmail.com	Empresaria	Hipertensão - SES/MG
5	Renata R. Maria Mendes	renata_r.mendes@unifma.br	Psicologia	Saúde Mental - SES/MG
6	Maria A. Dambrá	mariaadambra@ufpa.br	Arquiteta, Física	Professora Titular de Física
7	Fabio Renato Lopes	fabio@unifma.br	Nutricionista	Atividade Saúde
8	Camilla Souza Meneguete	camillasouza@unifma.br	Farmacêutica	secretaria saúde
9	Anna Luisa Miranda Rezende	andrea.trabalhador_samonte@gmail.com	Enfermeira	vigilância em saúde
10	Silvia Belina Aguiar	silvia.belina@unifma.br	Enfermeira	Unidade de Referência
11	Adriana Aparecida Pinto	adriana.pinto@unifma.br	Enfermeira	Unidade de Referência
12	Philipina Gabriel	philipina.gabriel@gmail.com	Nutricionista	nutrição NASF
13	Luana Ferreira da Paqueta	luanaferreira@unifma.br	Enfermeira	Coordenação APS
14	Luana J. da Paqueta	luana.j.d.paqueta@gmail.com	Enfermeira	Unidade
15	Luana J. da Paqueta	luana.j.d.paqueta@gmail.com	Enfermeira	Unidade
16	Vanessa Tarcen de Paula	vanessa_tarcen@unifma.br	Enfermeira	Unidade
17	Vanessa Tarcen de Paula	vanessa_tarcen@unifma.br	Enfermeira	Unidade
18	Vanessa Tarcen de Paula	vanessa_tarcen@unifma.br	Enfermeira	Unidade
19	Vanessa Tarcen de Paula	vanessa_tarcen@unifma.br	Enfermeira	Unidade
20	Vanessa Tarcen de Paula	vanessa_tarcen@unifma.br	Enfermeira	Unidade
21	Vanessa Tarcen de Paula	vanessa_tarcen@unifma.br	Enfermeira	Unidade
22	Vanessa Tarcen de Paula	vanessa_tarcen@unifma.br	Enfermeira	Unidade
23	Vanessa Tarcen de Paula	vanessa_tarcen@unifma.br	Enfermeira	Unidade
24	Vanessa Tarcen de Paula	vanessa_tarcen@unifma.br	Enfermeira	Unidade

	Nome	Email	Formação profissional	Área que atua
25	Vanessa Tarcen de Paula	vanessa_tarcen@unifma.br	Enfermeira	Unidade
26	Vanessa Tarcen de Paula	vanessa_tarcen@unifma.br	Enfermeira	Unidade
27	Vanessa Tarcen de Paula	vanessa_tarcen@unifma.br	Enfermeira	Unidade
28	Vanessa Tarcen de Paula	vanessa_tarcen@unifma.br	Enfermeira	Unidade
29	Vanessa Tarcen de Paula	vanessa_tarcen@unifma.br	Enfermeira	Unidade
30	Vanessa Tarcen de Paula	vanessa_tarcen@unifma.br	Enfermeira	Unidade
31	Vanessa Tarcen de Paula	vanessa_tarcen@unifma.br	Enfermeira	Unidade
32	Vanessa Tarcen de Paula	vanessa_tarcen@unifma.br	Enfermeira	Unidade
33	Vanessa Tarcen de Paula	vanessa_tarcen@unifma.br	Enfermeira	Unidade
34	Vanessa Tarcen de Paula	vanessa_tarcen@unifma.br	Enfermeira	Unidade
35	Vanessa Tarcen de Paula	vanessa_tarcen@unifma.br	Enfermeira	Unidade
36	Vanessa Tarcen de Paula	vanessa_tarcen@unifma.br	Enfermeira	Unidade
37	Vanessa Tarcen de Paula	vanessa_tarcen@unifma.br	Enfermeira	Unidade
38	Vanessa Tarcen de Paula	vanessa_tarcen@unifma.br	Enfermeira	Unidade
39	Vanessa Tarcen de Paula	vanessa_tarcen@unifma.br	Enfermeira	Unidade
40				
41				
42				
43				
44				
45				
46				
47				
48				
49				
50				



Oficina de Tecnologias de Prevenção de Condições Crônicas

Santo Antônio do Monte 27/02/2014 Manhã

	Nome	Email	Formação profissional	Área que atua
1	Quilla Aparecida Pinto	quilla_imp@hotmail.com	Enfermeira	Operatório UAPS Centro, DAI, STE.
2	Karla D. Pereira	karladuena20@yahoo.com.br	Nutricionista	Unidades C.I.V.H
3	Paula Cristina Campos de Jesus	brinde36@yahoo.com.br	Farmacêutica	Farmacêutica - C.I.V.H
4	Amélia Regina Alves	amandruahes5@hotmail.com	Serviço Social	Assistente Social - C.I.V.H
5	Maria Helena Melo Aguiar	mariahelena.melo@ig.com.br	Instituto Social	NASF - UBF
6	Marcia Caydine Bernardino	marcialbernardes@yahoo.com.br	nutricionista	nutricionista - C.I.V.H
7	Fernanda Aparecida Edval	fernanda_bernante@hotmail.com	enfermeira	C.I.R.S.V.R
8	Edson Bastiana A. Machado	UDEV.FIDELIS@HOTMAIL.COM	USUÁRIO	C.I.R.S.V.R
9	Marta Marliane Oliveira Santos	maria_martina@yahoo.com.br	Enfermeira	C.I.R.S.V.H
10	Therese de Oliveira Santos	therese_oliveira@hotmail.com	obstetra	C.I.V.H
11	Françoise Rios A. Silva	françoisesilva@gmail.com	Técnicas de enfermagem	C.I.V.H
12	Thelma Carla Rodrigues	thelmacarla@yahoo.com.br	Nutricionista	NASF
13	Tereza Regina Mendes Gomes	tereza_rgnm@hotmail.com	medic pediat	C.I.V.H + NASF
14	Sônia Patrícia Nogueira	SONIA@VIRATO.COM.BR	Médico	BF Santo Antônio
15	Luciana Gabriela O. Bernardi	gabiferber@hotmail.com	médica	PSF Santo Antônio
16	Carla Karoliny	carlakaroliny@hotmail.com	R.M. Químico, MAB, U, PN.	MAB, U, PN.
17	Roberto F. Fogaça e Góes	rogo_fogaça@hotmail.com	Psicologia	NASF + USF + clínica
18	Tereza Ribeiro de Jesus Amorim	tereza_ribeiro@yahoo.com.br	Enfermeira	APS
19	Ana Luiza Miranda Lunde	ana_luiza_miranda_lunde@hotmail.com	Enfermeira	Integração em Saúde
20	Valéria Helena de Almeida	valeria_helena@hotmail.com		
21	Patrícia de L. Jacunda	patricia_jacunda@bol.com.br	Enfermeira	PSF
22	Patrícia de Almeida	patriciaalmeida@hotmail.com	Enfermeira	Unidade
23	Marcos Vinícius R. B. Reis	marcosvinicius@hotmail.com	Médico	Unidade C.I.V.H.
24	Marina Faria Silva	marina_faria_silva@hotmail.com	Enfermeira	Enfermeira

	Nome	Email	Formação profissional	Área que atua
25	Renata Gonçalves de Montarelli	renata_goncalves@hotmail.com	Enfermeira	Hipertensão - SES/MG
26	Fernanda Oliveira S. Castro	fernandabcastro@hotmail.com	com CD	SMS/MG
27	Márcia Oliveira Santos e Castro	marcia.castro@hotmail.com	Psicólogo	Coord. Municipal Saúde
28	Mariana Kleber Sales	mariana_kleber@hotmail.com	Enfermeira	hipertensão - SES/MG
29	Daniela Rodrigues de Souza	daniela_souza@hotmail.com	Enfermeira	CAPS I Vida
30	Ygora Torres de Souza	yorra_torres@hotmail.com	Enfermeira	Unidade de Saúde - SES
31	Ygora Xaviera de Lima	yorra_xaviera@hotmail.com	Nutricionista	SES/MG
32	Marcia Marques	marcia_marques@hotmail.com	médico	DAVT - Pontal
33	Marcia Marques	marcia_marques@hotmail.com	Enfermeira	Unidade de Saúde
34	Regiane Margarite O. Santos	regiane_oliveira_santos@hotmail.com	Psicóloga	C.I.R.V.H / Fund. Saúde
35	Daniela de Campos	daniela_campos@hotmail.com	Nutricionista	SES/MG
36	Daniela Souza Miranda	daniela_souza_miranda@hotmail.com	Farmacêutica	SMS / S.A. Monte
37	Feliana Ferreira de Almeida	felianaalmeida36@gmail.com	Enfermeira	Operação APS.
38	Imatã Cristina de Almeida	imatã_cristina@yahoo.com.br	Psicóloga	Operação C.I.R.V.H
39	Sylvia Belina Aguiar	sylvia_belina_aguiar@hotmail.com	Enfermeira	Vig. Epidemiológica
40	Marcia A. Damasceno	marcia_damasceno@hotmail.com	Ed. Física	Unidade Esportes
41	Marcos Belina Alves	marcosbelinaalves@hotmail.com	Medico	PSF
42	Fernanda R. Maria Mendes	fernandamaria@hotmail.com	Psicóloga	Unidade Mental - SES/MG
43				
44				
45				
46				
47				
48				
49				
50				



Oficina de Tecnologias de Prevenção de Condições Crônicas

Santo Antônio do Monte 27/02/2014 Tarde

	Nome	Email	Formação profissional	Área que atua
1	Maria Elma da Silva	elma.silva@saude.mg.gov.br	Enfermeira	Programa de Saúde
2	Regina Marques de Castro	regina.marques@ufpb.br	Psicóloga	CIUVH
3	Suzete Maria P. X. de Lima	logica_xavier@saude.mg.gov.br	Mtbi	SES MG
4	Marcia Marquell			
5	Marta Martins O Santos	martamartins@yahoo.com.br	Enfermeira	CIUVH
6	Amanda Aparecida de Paiva	amanda.somate@hotmail.com	Enfermeira	CIUVH
7	Fernanda Alexina Santos e	fernandaalexina@hotma	com voluntária	SMS
8	Renata do Carmo de Azevedo	hiperdia.200@gmail.com	Enfermeira	Hiperdia - SES/MG
9	Jaraine Ramos de Jesus	jaraine.rajes@ufmg.br	Farmacêutica	Saúde do Trabalhador
10	Priscila Aparecida Pinto	priscila.p@hotma	Enfermeira	Operante VAPS
11	Rita de Cassia de Oliveira Santos	ritasantos@uol.com.br	Estadística	CIUVH
12	Marcia Cristina Romualdo	marcia.cristina@ufmg.br	nutricionista	CIUVH
13	Marcia Helena Pereira Castro	marcia.castro@hotmail.com	psicóloga	Coord Saúde Mental
14	Marcia Larissa Pereira Trade	marcia.larissa@ufmg.br	nutricionista	PSF
15	Marcia Pêlo e Lucinda Jemel	marcia.pelo@ufmg.br	Enfermeira	UBS
16	Jaraine de Almeida	jaraine.almeida@hotmail.com	Enfermeira	Operante
17	Marta Aparecida de Almeida	marcia.almeida@ufmg.br	nutricionista	CIUVH
18	Anora Luiza Miranda Rumele	anora.luzia@ufmg.br	Enfermeira	atuação em saúde
19	Paloma Rodrigues	paloma.rodrigues@ufmg.br	nutricionista	NASF
20	Sylvia Helena Aguiar	sylvia.helena@ufmg.br	Enfermeira	Vig. Saúde
21	Maria A. Pereira	maria.pereira@ufmg.br	Enfermeira	Saúde do Trabalhador
22	Marcos Paulo de Jesus	marcos.paulo@ufmg.br	médico	PSF
23	Fernanda Rodrigues de Almeida	fernanda.rodrigues@ufmg.br	Psicóloga	SES/MG Saúde Mental
24	Julia Carolina de Almeida	juliacarolina@ufmg.br	USUÁRIO	CIUVH

	Nome	Email	Formação profissional	Área que atua
25	Maria Fani Silva	maria.fani@ufmg.br	Enfermeira	CIUVH - Hiperdia
26	Denise Rodrigues de Souza	denise.rodrigues@ufmg.br	Enfermeira	CIUVH - Hiperdia
27	Mariana Almeida Sales	hiperdia.200@gmail.com	Enfermeira	Hiperdia - SES/MG
28	Helena Cristina de Almeida	helena.cristina@ufmg.br	Enfermeira	Formação Clínica - CIUVH
29	Juliana Aparecida de Almeida	juliana.aparecida@ufmg.br	Mtbi	UBS - PSF
30	Regina Aparecida de Almeida	regina.aparecida@ufmg.br	Psicóloga	NASF - Clínica
31	Maria Helena de Almeida	maria.helena@ufmg.br	nutricionista	NASF - USF
32	Marcia Aparecida de Almeida	marcia.aparecida@ufmg.br	Enfermeira	PSF - São José do Rio Preto
33	Regina Aparecida de Almeida	regina.aparecida@ufmg.br	Enfermeira	CIUVH - NASF
34	Regina Aparecida de Almeida	regina.aparecida@ufmg.br	Enfermeira	MAB, UV, PU
35	Francielle Reis O Silva	francielle.reis@ufmg.br	Técnicas de Imagem	CIUVH
36	Daniela S. Campos	daniela.campos@saude.mg.gov.br	nutricionista	SES - MG
37	Juliana Aparecida de Almeida	juliana.aparecida@ufmg.br	Enfermeira	Coordenação APS
38	Marcia Helena de Almeida	marcia.helena@ufmg.br	Farmacêutica	VISA
39	Priscila Rodrigues de Almeida	priscila.rodrigues@ufmg.br	Enfermeira	Coordenação SMS - CIUVH
40	Marcia Helena de Almeida	marcia.helena@ufmg.br	Serviço Social	Atuação Social - CIUVH
41				
42				
43				
44				
45				
46				
47				
48				
49				
50				



Oficina de Tecnologias de Prevenção de Condições Crônicas

Santo Antônio do Monte 28/02/2014 Manha

	Nome	Email	Formação profissional	Área que atua
1	Maria Matheus Oliveira Santos	maria.bonamonte@yaho.com.br	Enfermeira	CIUVH
2	Marcia Marques			DANT Contagem
3	Jayne Mara D. X. de Lima	jayne_xavier@saude.mg.gov.br	Nutci	SES MG
4	Amanda Aparecida e Silva	amanda.vanmark@hotmail.com	Enfermeira	CIUVH
5	Regiane Margarete D. Lourenço	regiane_duquevareto@yaho.com.br	Psicóloga	CIUVH
6	Carolina Almeida de Oliveira	carolina_silveira@saude.mg.gov.br	Enfermeira	SAÚDE PÚBLICA
7	Marcia Oliveira Santos e Cast	marcia.castelo@hotmail.com	Psicóloga	Saúde Mental Municipal
8	Janaina Ramos de Souza	janaina_ramos@uol.com.br	Enfermeira	Saúde do Trabalhador
9	Renata de Aguiar de C. Cantarelli	hiperdia.sas@gmail.com	Enfermeira	Hiperdia - SES/MG
10	Andressa Cavalcanti de Almeida	andressacavalcanti@yaho.com.br	Nutricionista	CIUVH
11	Julia Gabriela Pinto Silva	quellu.mp@hotmail.com	Enfermeira	Quarta VAP5
12	Marilene de Oliveira Santos	marilene.oliveira@hotmail.com	Obstetra	CIUVH
13	Sylvia Edina Figueira	sylviafigueira@hotmail.com	Enfermeira	Vigilância Saúde
14	Flávia Carolina de Azevedo	flavia_cadiz@hotmail.com	Enfermeira	CIUVH
15	Leandro de Mota Mendes	leandrochmga@hotmail.com	Psicólogo	SES/MG Saúde Mental
16	Marcos Belém Filho	marcosbelamfilho@vet.com.br	Médico	PSF
17	Adelaine Rodrigues	adelainerodrigues@uol.com.br	Nutricionista	NASF
18	Carina de Castro Almeida	carina_castro@uol.com.br	Enfermeira	UBS
19	Anna Lúcia M. Ruyter	saude.trabalhador_samonte@gmail.com	Enfermeira	Vigilância Saúde
20	Carla Aparecida de Oliveira	carlaoliveira22@yaho.com.br	Nutricionista	CIUVH
21	Carina de Castro Almeida	carina_castro@uol.com.br	Enfermeira	APS
22	Janaina de Almeida	janainadealmeida@hotmail.com	Enfermeira	Quarta VAP5
23	Maria A. Coimbra	mariahuacocoma@yaho.com.br	Educação Física	Saúde de Esportes
24	Regiane de Souza e Queiroz	iza_groco@hotmail.com	Psicóloga	NASF + Clínica

	Nome	Email	Formação profissional	Área que atua
25	Maria Helena Melo Aguiar	mariahelena_melo_aguiar@hotmail.com	Assistente social	NASF-UBS
26	Lucia Maria Moura	luciamour@uol.com.br	Médica	UBS Paulista
27	Isabel Cristina Campos Werneck de Melo	isabelcristina@uol.com.br	Farmacêutica	Farmácia Básica CIUVH
28	Marciana Almeida Sales	hiperdia_sas@gmail.com	Enfermeira	Hiperdia - SES
29	Denise Rodrigues de Souza	denise_souza@uol.com.br	Enfermeira	CAPS I e II
30	Carolina Gabriela D. Ferraz	gabrielaferraz@hotmail.com	Médica	VAS SESD de São Paulo
31	Maria Fátima Silva	maria_fatima_silva@gmail.com	Enfermeira	CIUVH
32	Franciele Reis Oliveira	francielereis@uol.com.br	Técnic em	CIUVH
33	Tereza Regina Mendes de Souza	tereza_r_mendes@hotmail.com	Psicóloga	CIUVH + NASF
34	Daniela L. Campos	daniela_campos@saude.mg.gov.br	Nutricionista	SES-MG
35	Priscila Rodrigues de Almeida	prisciladelopes@gmail.com	Enfermeira	SAÚDE + CIUVH
36				
37				
38				
39				
40				
41				
42				
43				
44				
45				
46				
47				
48				
49				
50				