

Secretaria Municipal da Saúde

Autocuidado apoiado

Manual para Equipe de Saúde

2ª edição

Curitiba
2025

PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA

Prefeito Eduardo Pimentel

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

Tatiane Corrêa da Silva Filipak

SUPERINTENDÊNCIA EXECUTIVA

Juliano Schmidt Gevaerd

SUPERINTENDÊNCIA DE GESTÃO

Jane Sescatto

DIRETORIA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Juliana Marcon Hencke

Curitiba, 2025

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE DE CURITIBA

AUTOCUIDADO APOIADO

MANUAL PARA EQUIPE DE SAÚDE

2ª edição

Organização	
Ana Maria Cavalcanti	
Autoria	
Ana Maria Cavalcanti	Liliane Barbosa Correa
Liliane Casagrande Sabbag	Marcelo Garcia Kolling
Angela Cristina Lucas de Oliveira	Mario Augusto Gori Gomes
Aléxei Volaco	Patrícia Audrey Reis Gonçalves Pinheiro
Gisele Dutra da Silva	Suelen do Carmo dos Anjos Scarabotto
Juan Ricardo Sierra	
Colaboração	
Ana Carolina Araujo dos Santos Schlotag	Gisele Aparecida Ragugneti de Goes
Ana Cristina Vidal Allegretti	Gustavo de Moraes Galvão
Carollina Pereira Rigues	Juliana Marcon Hencke
Claudia Schneck	Juliana Pereira Decimo
Daniela Cristina Rachadel	Karen Vivian Bernartt
Danielle Fontoura Teixeira	Ligiana Maffini Romanus
Diego Spinoza dos Santos	Sandra Goreti Morais
Elaine Gracia de Quadros Nascimento	Soriane Kieski Martins
Elaine Marcelle de Moraes Rodrigues	Viviane de Souza Gubert Fruet

Curitiba
2025

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
(Câmara Brasileira do Livro, SP, Brasil)

Autocuidado apoiado [livro eletrônico] : manual
para equipe de saúde / [organização Ana Maria
Cavalcanti ; elaboração Secretaria Municipal da
Saúde de Curitiba]. -- 2. ed. -- Curitiba, PR :
Fundo Municipal da Saúde, 2025.
PDF

Vários autores.

Bibliografia.

ISBN 978-65-88793-10-7

1. Atenção Primária à Saúde 2. Autocuidados
de saúde 3. Doenças crônicas não transmissíveis -
Prevenção 4. Doenças crônicas não transmissíveis -
Tratamento 5. Educação em saúde I. Cavalcanti,
Ana Maria. II. Secretaria Municipal da Saúde de
Curitiba.

25-281729

CDD-616.044

Índices para catálogo sistemático:

1. Doenças crônicas não transmissíveis : Ciências
médicas 616.044

Aline Grazielle Benitez - Bibliotecária - CRB-1/3129

APRESENTAÇÃO

A Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba tem a satisfação de apresentar o manual "Autocuidado Apoiado: Manual para a Equipe de Saúde", uma publicação que integra as ações da Diretoria de Atenção Primária à Saúde (DAPS), voltadas ao fortalecimento das práticas de cuidado às pessoas com condições crônicas de saúde.

Esta iniciativa nasce da convicção de que o cuidado em saúde se constrói no cotidiano das relações entre profissionais e usuários, e que a promoção do autocuidado apoiado é uma estratégia essencial para ampliar a autonomia das pessoas e a efetividade das ações em saúde.

O manual foi elaborado com o objetivo de apoiar o desenvolvimento de competências das equipes da Rede de Atenção à Saúde, oferecendo orientações práticas, reflexões conceituais e ferramentas que favoreçam o diálogo, a escuta qualificada e a corresponsabilização no cuidado.

Ao incentivar o autocuidado apoiado, reafirmamos o compromisso do SUS com uma atenção centrada nas pessoas, reconhecendo suas singularidades, saberes e contextos de vida.

Esperamos que esta publicação seja uma aliada no cotidiano dos serviços, promovendo práticas mais integradoras, colaborativas e resolutivas no acompanhamento de usuários com condições crônicas.

Agradecemos a todos os profissionais que seguem comprometidos com a construção de uma atenção mais humana, acolhedora e efetiva.

Desejamos uma leitura proveitosa e inspiradora!

Tatiane Filipak

Secretária Municipal da Saúde de Curitiba

PREFÁCIO À SEGUNDA EDIÇÃO

Profissionais de saúde recomendam estilo de vida saudável todos os dias, mas a adesão das pessoas nem sempre corresponde às expectativas da equipe. Expressões sobre o tema revelam crenças da equipe de que as pessoas não querem ou não conseguem mudar. O desafio que se apresenta é o de superar crenças limitantes uma vez que quanto mais acreditamos que algo é possível, mais intenção e esforço recrutamos para atingir determinado objetivo. *Entramos no jogo para ganhar!*

Para além da crença, é preciso conhecer como se dá o processo de mudança e quais habilidades são necessárias para mudar e sustentar a mudança. Ou seja, aliar pensamento, desejo e esforços para agir com coerência.

A segunda edição do manual do Profissional de Saúde sobre Autocuidado Apoiado pretende ampliar o diálogo das equipes de saúde sobre o processo de mudança de comportamento. Orienta, portanto, conversas produtivas sobre possibilidades, necessidades, motivações, capacidades, caminhos, soluções, superações, etc.

Esta edição revisita e aprofunda, na Parte 1, modelos teóricos sobre mudança de comportamentos relativos à saúde que embasam as estratégias de Autocuidado Apoiado. A Parte 2, além de abordar o apoio ao Autocuidado prestado pela equipe de saúde e orientar a utilização da segunda edição da Caderneta de Exercícios, fornece instrumentos de avaliação da capacidade da equipe e estratégias de implantação dessa tecnologia. A Parte 3 propõe estratégias de atividades coletivas como os Grupos de Apoio ao Autogerenciamento do Diabetes mellitus.

Esperamos que esta edição auxilie o desenvolvimento de competências das equipes de saúde e da comunidade para o apoio à adoção e sustentação de estilos de vida saudáveis e para o melhor gerenciamento de suas condições de saúde.

Ana Maria Cavalcanti
(Organizadora)

SUMÁRIO

<u>APRESENTAÇÃO</u>	03
<u>PREFÁCIO PARA A 2ª EDIÇÃO</u>	04
<u>PARTE 1 – REFERENCIAL TEÓRICO</u>	06
<u>AUTOCUIDADO</u>	07
<u>MOTIVAÇÃO PARA A MUDANÇA</u>	13
<u>ENTREVISTA MOTIVACIONAL</u>	35
<u>RESOLUÇÃO DE PROBLEMAS</u>	72
<u>PREVENÇÃO DE RECAÍDAS</u>	83
<u>GRUPO OPERATIVO</u>	95
<u>PARTE 2 – APOIO AO AUTOCUIDADO</u>	106
<u>APOIO AO AUTOCUIDADO</u>	107
<u>OS DOIS PRIMEIROS “As” – AVALIE E ACONSELHE</u>	109
<u>OS TRÊS ÚLTIMOS “As” – ACORDE, ASSISTA E ACOMPANHE</u>	146
<u>CAPACIDADE DE APOIO AO AUTOCUIDADO</u>	159
<u>PARTE 3 – GRUPOS DE APOIO AO AUTOGERENCIAMENTO DO DIABETES MELLITUS</u>	165
<u>ATIVIDADES EM GRUPO</u>	166
<u>SESSÃO 1 - A INSULINA, O CONTROLE GLICÊMICO E A SAÚDE</u>	174
<u>SESSÃO 2 - OS CUIDADOS COM A INSULINA</u>	180
<u>SESSÃO 3 – DIABETES, ALIMENTAÇÃO E CONTROLE GLICÊMICO</u>	188
<u>SESSÃO 4 – DIABETES, ATIVIDADE FÍSICA E CONTROLE GLICÊMICO</u>	197
<u>APÊNDICE 1 – CADERNETA DE AUTOGERENCIAMENTO DO DIABETES</u>	206
<u>ANEXO 1 - QUESTIONÁRIO DE ATIVIDADES DE AUTOCUIDADO COM O DIABETES</u>	210
<u>ANEXO 2 - TÉCNICA DE APLICAÇÃO DE INSULINA PARA DOMICÍLIO</u>	211
<u>ANEXO 3 - AUTOMONITORAMENTO DE GLICEMIA CAPILAR (AMGC)</u>	217
<u>REFERÊNCIAS</u>	218

PARTE 1

REFERENCIAL TEÓRICO

AUTOCUIDADO

**“MESMO QUANDO TUDO PARECE DESABAR, CABE A MIM DECIDIR
ENTRE RIR OU CHORAR, IR OU FICAR, DESISTIR OU LUTAR; PORQUE
DESCOBRIR, NO CAMINHO INCERTO DA VIDA, QUE O MAIS
IMPORTANTE É O DECIDIR.”**
CORA CORALINA

Autocuidado (tradução da palavra inglesa *Self-Care*), segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), significa a “capacidade de indivíduos, famílias e comunidades em promover a saúde, prevenir doenças, manter a saúde e lidar com doença e incapacidades, com ou sem apoio de prestadores de cuidados em saúde” (WHO, 2009, p. 17). Abrange a promoção da saúde, a prevenção e o controle de doenças, a automedicação, o cuidado de pessoas dependentes, o cuidado especializado e hospitalar, a reabilitação e o cuidado paliativo (WHO, 2009; 2014). **Autocuidado**, neste contexto, significa tudo o que as pessoas fazem para cuidar de si mesmas, com maior ou menor grau de autonomia e independência.

Para o Departamento de Saúde do Reino Unido, o **Autocuidado** faz parte da vida diária e consiste “(...) no cuidado do indivíduo com sua própria saúde e bem-estar, e inclui o cuidado dispensado aos filhos, familiares, amigos, vizinhos e pessoas da comunidade local” (DEPARTMENT OF HEALTH, 2005, p. 1). Inclui ações para manter a forma e a saúde física e mental, atender às necessidades sociais e psicológicas, prevenir doenças ou acidentes, cuidar de enfermidades menores e condições crônicas, e manter a saúde e o bem-estar após uma doença aguda ou alta hospitalar (DEPARTMENT OF HEALTH, 2005).

Alguns autores adotam uma definição diferente da apresentada pela OMS e pelo Reino Unido, restringindo o termo **Autocuidado** às estratégias utilizadas por pessoas **saudáveis** para promover a saúde e prevenir doenças. Para esses autores, o termo utilizado para o cuidado adotado por pessoas **doentes** para gerenciar sua doença é o *Self-Management*

(autogerenciamento, em português) (CLARK *et al.*, 1991). Neste manual, adotaremos a definição da OMS.

O **Autocuidado Apoiado** consiste no conjunto de intervenções e de serviços ofertados às pessoas e à comunidade, em âmbito micro, meso e macrosistêmico, com o intuito de favorecer o melhor gerenciamento das suas condições de saúde. Tem como objetivo, desenvolver a habilidade das pessoas para tomar decisões, resolver problemas, estabelecer parcerias, utilizar recursos e atuar frente às suas condições de saúde (LORIG e HOLMAN, 2003; TAYLOR *et al.*, 2014). O foco é a ampliação da autodeterminação e da autoeficácia, e a relação que se estabelece entre as equipes de saúde e as pessoas é a de parceria (BODENHEIMER *et al.*, 2002) para o cuidado colaborativo (VON KORFF *et al.*, 1997). Por considerar os desejos, as necessidades, as circunstâncias de vida e o ambiente onde as pessoas vivem, essa tecnologia é considerada uma abordagem centrada na pessoa.

O **Autocuidado Apoiado** é um dos elementos essenciais do Modelo de Atenção Crônica – MAC, tradução do termo inglês *Chronic Care Model*, proposto pelo *MacColl Institute for Health Care Innovation* (WAGNER, 1998). O MAC considera que melhores desfechos clínicos e funcionais advêm de interações produtivas entre equipes de saúde proativas e preparadas e pessoas ativas e informadas. Para que a atenção às condições crônicas seja de alta qualidade, os elementos essenciais, além do **Autocuidado Apoiado**, englobam: os recursos comunitários, a organização da atenção à saúde, o desenho do sistema de prestação de serviços, o suporte às decisões e os sistemas de informação clínica (Quadro 1). A maior efetividade dos sistemas de saúde ocorre, inclusive, quando há maior integração de todos os elementos do modelo.

QUADRO 1- ELEMENTOS DO MODELO DE ATENÇÃO CRÔNICA		
DIMENSÕES	FINALIDADE	PROCESSOS
Articulação com a comunidade	Mobilizar recursos comunitários para responder às necessidades em saúde das pessoas	<ul style="list-style-type: none"> - Parcerias com organizações comunitárias para apoiar e promover intervenções necessárias à atenção à saúde; - Mobilização das pessoas para o engajamento em programas comunitários.
Organização da Atenção à Saúde	Desenvolver a cultura organizacional de qualidade e segurança na atenção à saúde	- Apoio à melhoria da atenção com estratégias efetivas, incentivos de qualidade, abordagem sistemática de erros e coordenação da atenção dentro e através das organizações.
Autocuidado Apoiado	Empoderar e preparar as pessoas para o gerenciamento da sua saúde	<ul style="list-style-type: none"> - Centralidade da pessoa no gerenciamento da sua saúde; - Estratégias efetivas de apoio ao autocuidado, com organização interna e dos recursos comunitários para apoio contínuo.
Desenho do sistema de prestação de serviços	Garantir atenção eficiente e efetiva, e apoiar o autocuidado	<ul style="list-style-type: none"> - Distribuição de papéis e tarefas entre os profissionais de saúde; - Processos estruturados de apoio à atenção à saúde baseada em evidência; - Seguimento sistemático; - Gestão de caso para situações complexas; - Atenção à saúde abrangente e adaptada à cultura das pessoas.
Suporte à Decisão	Promover atenção à saúde coerente com as evidências científicas e as preferências das pessoas	<ul style="list-style-type: none"> - Compartilhamento de informações baseadas em evidência com os profissionais e as pessoas; - Educação em saúde e na saúde; - Integração entre todos os níveis de atenção à saúde.
Sistema de Informação Clínica	Organizar informações das pessoas e da população para favorecer atenção eficiente e efetiva	- Coordenação do cuidado por meio do compartilhamento de informações, identificação de subgrupos populacionais por riscos à saúde, registro de planos de cuidado, alertas e lembretes para profissionais de saúde e pessoas, e monitoramento da performance das equipes e do sistema de saúde.

Fonte: adaptado de MacColl Institute for Health Care Innovation. Disponível em: http://www.improvingchroniccare.org/index.php?p=Model_Elements&s=18.

Para a OMS, intervenções de apoio ao **Autocuidado** baseadas em evidências, viáveis, acessíveis, seguras e de boa qualidade tornam os

serviços de saúde mais eficientes e eficazes (WHO, 2014). Na Atenção Primária à Saúde, por exemplo, recomendações baseadas em evidências sobre a implementação do **Autocuidado** englobam (VON KORFF *et al.*, 1997; BATTERSBY *et al.*, 2010):

- a) Avaliação de necessidades, preferências e interesses, prontidão, confiança, comportamentos, capacidade de autocuidado e obstáculos;
- b) Aconselhamento e informação baseada em evidências para orientar a tomada de decisão compartilhada;
- c) Definição colaborativa de objetivos e metas, com pactuação realista e elaboração de plano de cuidado específico, baseado nas preferências da pessoa;
- d) Estratégias de solução de problemas com foco na autoeficácia;
- e) Acompanhamento proativo, sistemático e contínuo com adequações e repactuações;
- f) Trabalho multiprofissional, intervenções multifacetadas, estratégias de educação em saúde diversificadas e parcerias com programas e recursos comunitários;
- g) Gestão de caso para situações selecionadas.

Pessoas com condições crônicas como hipertensão ou diabetes gerenciam, no seu cotidiano, sintomas, intercorrências, complicações e consequências físicas, emocionais e sociais advindas das mesmas. Além disso, assumem a adesão a planos de cuidado que englobam mudanças no estilo de vida, terapias e uso de medicamentos (LORIG e HOLMAN, 2003). Alguns fatores aumentam a probabilidade de as pessoas serem bem-sucedidas nas mudanças de comportamento necessárias ao **Autocuidado** (WHITLOCK *et al.*, 2002). São eles:

- a) Desejo e intenção de mudar por razões claras e pessoais,
- b) Percepção de que a mudança é positiva e trará benefícios significativos,

- c) Coerência entre a mudança, a autoimagem e as normas dos grupos sociais,
- d) Habilidades e autoconfiança necessárias para fazer a mudança,
- e) Poucos obstáculos para a mudança,
- f) Ambiente muito favorável à mudança,
- g) Apoio sistemático (lembretes, incentivos, monitoramento etc.) pela rede social e de serviços de saúde.

Identificar esses fatores e intervir quando necessário é papel das equipes de saúde. Para apoiar o **Autocuidado**, portanto, os profissionais de saúde necessitam de habilidades de aconselhamento, pactuação de metas personalizadas, elaboração e monitoramento de planos de autocuidado, apoio à resolução de problemas e à prevenção de recaídas, entre outras. Várias teorias sobre mudança de comportamentos relativos à saúde embasam essas estratégias de autocuidado e alguns dos principais referenciais serão abordados na Parte 1 do manual.

O Quadro 2 sintetiza os principais aspectos e características do **Autocuidado Apoiado**, categorizados a partir da revisão de literatura realizada por um painel de especialistas.

QUADRO 2 – TAXONOMIA DOS PRINCIPAIS COMPONENTES DO AUTOCUIDADO APOIADO

Aspecto	Características
Efetividade das intervenções	<p>Intervenções multifacetadas, devendo ser:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Adaptadas à pessoa, sua cultura e suas crenças, - Adaptadas a uma condição crônica específica e à fase da doença, - Apoiadas por uma relação de colaboração/comunicação entre a pessoa e a equipe de saúde, num contexto institucional que promova ativamente o autocuidado.
Processo de apoio ao autocuidado	<p>Intervenções complexas cujos principais componentes são:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Educação sobre a condição crônica, com metodologias ativas de ensino aprendizagem, partindo do conhecimento prévio e das crenças das pessoas, - Estratégias psicológicas que apoiem o viver com uma condição crônica, - Estratégias específicas de apoio à adesão aos tratamentos, - Planos de ação para agudizações e complicações de condições crônicas, apoio às atividades da vida diária para condições incapacitantes, treinamento de habilidades clínicas específicas, - Apoio social, quando apropriado.
Implementação	<p>Abordagem sistêmica institucional e em rede, abrangendo os diferentes pontos de atenção, as pessoas e a comunidade. As instituições fornecem os meios (treinamento, tempo, recursos materiais) para a implementação e a avaliação sistemática de processos e resultados.</p>
Comunicação com a sociedade	<p>A sociedade precisa ser informada e envolvida no processo. O desconhecimento público interfere na percepção da necessidade e na procura por apoio ao autocuidado pelas pessoas com condições crônicas.</p>
Cultura institucional	<p>Gestores e profissionais de saúde devem promover ativamente a cultura de apoio ao autocuidado como um aspecto normal, esperado, monitorizado e recompensado da atenção à saúde de alta qualidade.</p>

Fonte: adaptado de Taylor *et al.*, 2014.

MOTIVAÇÃO PARA A MUDANÇA

“(…) MOTIVAÇÃO É UM ESTADO DE PRONTIDÃO OU DE AVIDEZ PARA A MUDANÇA, QUE PODE OSCILAR DE TEMPOS EM TEMPOS OU DE UMA SITUAÇÃO PARA A OUTRA. ESSE TAMBÉM É UM ESTADO QUE PODE SER INFLUENCIADO.”

WILLIAM R. MILLER E STEPHEN ROLLNICK (2001, p. 30)

Pelo senso comum, ou as pessoas querem ou não querem mudar, como se a **Motivação para a Mudança** fosse um estado definitivo e imutável, um “liga e desliga”. Nas décadas de 1970 e 1980, o conhecimento sobre comportamentos aditivos, proveniente de várias linhas de pesquisa e abordagens terapêuticas, esclareceu aspectos do processo de mudança, evidenciando, inclusive, as lacunas ainda existentes. Ficava claro que tanto a mudança como a motivação são multidimensionais (DICLEMENTE, 2015).

Surge, nesse período, o **Modelo Transteórico de Mudança de Comportamento (MTT)**, também conhecido como Modelo de Estágios de Mudança, a partir da análise comparativa das teorias de psicoterapia e de mudança de comportamento mais relevantes da época. Esse modelo utiliza os estágios de mudança para integrar processos e princípios de mudança de diferentes sistemas psicoterápicos de intervenção (PROCHASKA e DICLEMENTE, 1982; PROCHASKA e VELICER, 1997; PROCHASKA, REDDING e EVERS, 2015).

O MTT tem foco na tomada de decisão e considera a mudança intencional um processo vivenciado em diferentes estágios de motivação e prontidão, que envolve emoções, cognições e comportamentos. Por ser processo, é dinâmico, modificando-se no tempo e nas diferentes circunstâncias. A motivação, portanto, é um estágio interno de disposição para a mudança, podendo modificar-se no tempo e sofrer influência de fatores externos.

Pessoas que necessitam adotar comportamentos mais saudáveis para promover a saúde e prevenir doenças ou suas complicações

apresentam níveis heterogêneos de motivação, confiança e habilidade para realizar a mudança (KREBS *et al.*, 2018). A abordagem do MTT não é orientada para a ação, como a maioria de programas que enfocam a mudança de comportamento, e sim, orientada para os estágios de mudança. O sucesso, para o MTT, é a progressão dos estágios de mudança, até porque assumir um plano de ação de forma prematura aumenta a possibilidade de fracasso e recaída.

PESSOA DESMOTIVADA: MITO OU VERDADE?

Nenhuma pessoa é desmotivada. Todos possuem aspirações, sonhos e metas. A motivação não é uma característica da pessoa, mas um estado passível de modificação, e o contexto dos relacionamentos é um dos fatores primordiais para essa modificação (ROLLNICK, MILLER e BUTLER, 2009).

No contexto da saúde, o MTT pode ser aplicado a diversos comportamentos relativos à prática de atividade física, alimentação, qualidade do sono, saúde bucal, uso racional de medicamentos, consumo de álcool e outras drogas, hábito de fumar, gestão do estresse, uso de métodos contraceptivos, sexo seguro, exposição ao sol etc.

PRINCÍPIOS DO MODELO TRANSTEÓRICO

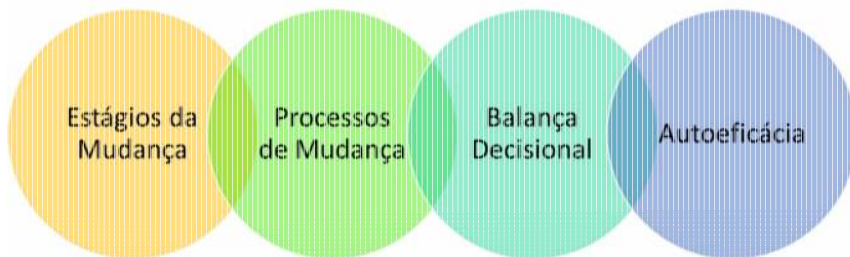
“O ÚNICO HOMEM QUE SE EDUCA É AQUELE QUE APRENDEU COMO APRENDER: QUE APRENDEU COMO SE ADAPTAR E MUDAR (...).”

CARL ROGERS (1973, p. 104)

O MTT pressupõe que a decisão de mudar precisa ser um processo consciente, desejado e planejado pela própria pessoa. Para tanto, além de considerar os estágios de motivação como um princípio fundamental, o modelo propõe outros três princípios, considerados preditores de sucesso da mudança: os processos de mudança, a balança decisória (ou decisional) e a autoeficácia (PROCHASKA, REDDING e EVERS, 2015).

Os quatro princípios do MTT estão expostos na Figura 1.

Figura 1 – Os princípios do Modelo Transteórico



1º PRINCÍPIO DO MTT - ESTÁGIOS DA MUDANÇA

Para o MTT, a mudança intencional de comportamento abrange seis estágios: **pré-contemplação, contemplação, preparação, ação, manutenção e término** (PROCHASKA, REDDING e EVERS, 2015; PROCHASKA e PROCHASKA, 2016). Estes estágios representam a dimensão temporal da mudança, num processo sequencial. Cada um deles compreende um período de tempo e um conjunto de atividades necessárias para o avanço ao estágio subsequente. Por isto, as intervenções da equipe de saúde são mais efetivas na medida em que estão adequadas ao estágio no qual a pessoa se encontra (KREBS *et al.*, 2018). De acordo com os autores, o tempo que uma pessoa permanece em cada estágio é variável, já os processos necessários para avançar na mudança não.

PRÉ-CONTEMPLAÇÃO

Na **pré-contemplação**, as pessoas não consideram mudar seu comportamento nos próximos 6 meses. Elas podem estar mal informadas ou desinformadas sobre as consequências do comportamento ou podem ter tentado mudar e, por não terem conseguido, acabaram desistindo. São pessoas que evitam ler, falar ou pensar sobre o assunto. Muitas vezes, a

procura pelo serviço de saúde ocorre por insistência de um familiar ou por motivos que independem delas (PROCHASKA, REDDING e EVERS, 2015; PROCHASKA e PROCHASKA, 2016). Em outros casos, as consequências negativas e positivas do comportamento são consideradas, mas há indecisão, ou mesmo sabendo que é preciso mudar, a percepção é de que o problema não é importante e as pessoas não se envolvem (WEINSTEIN, ROTHMAN e SUTTON, 1998). A pré-contemplação pode durar muitos anos.

Reações de hostilidade (não querer investir na mudança ou falar no assunto), resignação (desistir da possibilidade de mudar e sentir-se soterrada pelo problema) ou racionalização (discursar sobre os riscos pessoais ou as justificativas sobre o problema não ser um problema) podem surgir.

Para Prochaska e Prochaska (2016), a pré-contemplação é caracterizada pelos três D's – **Desconhecimento, Desmoralização e Defensiva**. O primeiro **D, desconhecimento**, consiste em não saber como mudar ou não conhecer as consequências do comportamento atual sobre a saúde, assim como a importância e a necessidade de mudar. O segundo **D, desmoralização**, provém das tentativas anteriores frustradas de mudar o comportamento atual, e mesmo na presença do desejo de mudar, há dúvidas sobre a habilidade para mudar. O terceiro **D, defensiva**, compreende a defesa do comportamento de risco, principalmente em casos de adição ou hábitos de longa data, no intuito de preservar a autonomia. Abandonar o tratamento, ficar em silêncio, ter atenção seletiva, culpar-se, culpar os outros ou racionalizar são alguns exemplos de mecanismos de defesa.

O profissional de saúde pode explorar as concepções sobre determinado comportamento, os pensamentos sobre riscos assumidos e sobre a possibilidade de mudar. À medida que as dúvidas e preocupações são amplificadas, a possibilidade de mudança de estágio é maior. Ao mesmo tempo, esclarecer que recaídas são esperadas no processo de mudança pode contribuir para a diminuição do sentimento de desmoralização. Em

relação às atitudes defensivas, é possível apoiar a transformação das mesmas em atitudes de enfrentamento (PROCHASKA e PROCHASKA, 2016).

O objetivo é que as pessoas passem a considerar, com mais intensidade e frequência, a mudança. Abordagens baseadas na Entrevista Motivacional são mais efetivas, uma vez que tentar convencer, persuadir ou confrontar tende a aumentar a resistência e diminuir a probabilidade de mudança.

CONTEMPLAÇÃO

Na **contemplação**, as pessoas pretendem agir nos próximos 6 meses, mas apresentam-se muito ambivalentes. Apesar de estarem mais cientes das vantagens de mudar, quando comparadas aos pré-contempladores, há bastante consciência sobre as desvantagens da mudança. Este estágio caracteriza-se, portanto, pelos dois D's – **Dúvida e Demora** (procrastinação) (PROCHASKA e PROCHASKA, 2016). A **dúvida** sobre o quanto a mudança vale a pena geralmente leva à **demora** na tomada de decisão.

A dificuldade em avançar da contemplação pode ser explicada por duas forças: a **contemplação crônica** e a **busca por certeza**. Na contemplação crônica, as pessoas reconhecem a importância de mudar, mas não agem para concretizar seus desejos. Enquanto se limitam a pensar e falar sobre o comportamento, a chance de fracassar é quase nula e a mobilização de ansiedade também. Ou seja, permanecer na contemplação é permanecer na zona de conforto. Este fenômeno também pode ocorrer com os profissionais de saúde (PROCHASKA e PROCHASKA, 2016).

Já na busca por certeza, as pessoas se esforçam em remover todas as dúvidas e riscos de fracasso, ou querem compreender todas as causas dos problemas, ou querem soluções perfeitas ou garantias de sucesso. Enquanto não conseguem responder a todas estas necessidades, algumas pessoas permanecem na contemplação.

Cabe ao profissional oferecer informações e feedbacks relevantes, fazer considerações e acentuar o lado positivo da mudança de comportamento. Quanto mais pessoais e específicas forem as razões para mudar, mais efetivo será o processo decisório em direção a um comportamento mais saudável.

DICA

Utilize a técnica dos Cinco “Rs” (Quadro 3) e da Balança Decisória (p. 29), que levanta os prós (benefícios) e os contras (custos) da mudança, para apoiar pessoas em pré-contemplação ou contemplação.

QUADRO 3- TÉCNICA DOS CINCO “RS”

INTERVENÇÃO	TÉCNICA
RELEVÂNCIA (<i>RELEVANCE</i>)	Encoraje a pessoa a falar, de forma específica, sobre a relevância em mudar determinado comportamento. Dialogar sobre as preocupações em relação à saúde, à história clínica, às circunstâncias familiares e às experiências anteriores têm maior impacto.
RISCOS (<i>RISKS</i>)	Indague sobre consequências negativas do comportamento atual a curto, médio e longo prazo, e valorize as de maior relevância para a pessoa.
RECOMPENSAS (<i>REWARDS</i>)	Indague sobre possíveis benefícios decorrentes da mudança. Sugira e enfatize os mais relevantes para a pessoa como, por exemplo, melhor condição de saúde, capacidade funcional, aparência pessoal, autoestima, relacionamento interpessoal (familiares, colegas de trabalho etc.).
OBSTÁCULOS (<i>ROADBLOCKS</i>)	Indague sobre barreiras/obstáculos para a mudança e como superá-los, aplicando a técnica de solução de problemas e o treinamento de habilidades. Incentive a procura por recursos pessoais e comunitários.
REPETIÇÃO (<i>REPETITION</i>)	Repita a intervenção motivacional em todos os encontros enquanto a pessoa não tenha passado para os estágios seguintes de motivação para mudar. Para os que se frustraram com experiências anteriores, comente que a maioria das pessoas fez várias tentativas até serem bem-sucedidas.

Fonte: adaptado de Tobacco Use and Dependence Guideline Panel, 2008.

PREPARAÇÃO

No estágio de **preparação**, as pessoas pretendem mudar o comportamento a curto prazo, geralmente nos próximos 30 dias. A ambivalência está menor, há intenção de mudar e alguns pequenos passos para a mudança já ocorreram. Apesar da empolgação, o medo de fracassar está presente e as experiências baseiam-se em “tentativa e erro”. Essas tentativas são frequentemente ineficientes e não alcançam os resultados desejados, podendo reforçar sentimentos de desmoralização (PROCHASKA e PROCHASKA, 2016).

É necessário que a equipe de saúde estabeleça uma parceria com a pessoa, apoiando a elaboração de planos de ação realistas e viáveis. Nessa construção colaborativa, é possível observar a força e o nível de comprometimento com a mudança. O plano precisa ser o mais específico possível, com estratégias e metas bem delineadas. É importante levantar os pontos fortes e os pontos fracos para a sua execução, antecipando-se às dificuldades e aos obstáculos. Por maior que seja o comprometimento, habilidade insuficiente para o enfrentamento do cotidiano pode resultar num plano de ação frágil.

AÇÃO

Ação é o estágio no qual as pessoas têm feito modificações evidentes no seu comportamento nos últimos 6 meses. Estudos indicam que esse período pode variar de 3 a 9 meses (KREBS *et al.*, 2018) e o processo é muitas vezes reconhecido por familiares e amigos. Os planos de ação estão instituídos e o processo de mudança transcorre. Esse é o estágio que mais traz demandas para a pessoa e a equipe de saúde, uma vez que envolve planejamento e recursos para prevenir recaídas.

Nesse estágio, compete à equipe de saúde acompanhar e monitorar os avanços alcançados, fornecendo informações sobre a necessidade de adequações dos planos de ação. É necessário fortalecer a persistência, a capacidade de resolução de problemas e de prevenção de deslizos e

recaídas. Assim, a autoeficácia (sentimento de valor próprio, adequação, eficácia e competência no enfrentamento de problemas) aumenta. Ao mesmo tempo, é importante valorizar as atividades bem-sucedidas e reafirmar permanentemente as decisões tomadas sobre a mudança.

MANUTENÇÃO

O estágio de **manutenção** é atingido quando a mudança é evidente e os avanços ocorridos na ação são consolidados. O esforço para manter o novo comportamento diminui, assim como o risco de recaída. Esse estágio pode durar de 6 meses a cinco anos, mas para alguns comportamentos, como, por exemplo, atividade física, controle de peso e uso de preservativos, pode durar toda a vida (PROCHASKA e VELICER, 1997; PROCHASKA e PROCHASKA, 2016).

O desafio dessa fase é estabilizar o novo comportamento e evitar ou aprender a lidar com deslizos ou recaídas. Além disso, um dos maiores obstáculos para a continuidade do progresso é a maneira como as pessoas enfrentam o estresse. Estratégias frequentemente utilizadas como o uso de álcool, tabaco e alimentação não saudável devem ser substituídas por outras mais saudáveis e efetivas (PROCHASKA e PROCHASKA, 2016).

O papel do profissional de saúde é auxiliar a pessoa a consolidar o processo, identificando e manejando deslizos e recaídas com a utilização de estratégias de prevenção. Pode ser frustrante para a equipe de saúde reconhecer que, muitas vezes, a pessoa deixa de procurá-la por perceber que está fazendo as mudanças sozinha. É importante, no entanto, salientar que esse é um dos principais objetivos do trabalho da equipe: respeitar a autonomia da pessoa e fortalecer o grau de confiança em si mesma para lidar com o cotidiano. Isto aumentará sua autoeficácia e independência.

TÉRMINO

O estágio de **término** é alcançado quando não há mais tentação de retornar ao comportamento anterior e a confiança em sustentar o novo

comportamento é de 100%. Independentemente de estados emocionais como depressão, ansiedade, tédio, raiva, estresse, as pessoas sabem que não voltarão ao comportamento anterior. É como se elas nunca tivessem se comportado como antes, uma vez que o comportamento atual se tornou automático.

DESLIZES E RECAÍDAS

Deslizes e recaídas não caracterizam um estágio no MTT, mas são eventos esperados quando as pessoas buscam a mudança de qualquer padrão de longa duração. Prochaska e Prochaska (2016), inclusive, propõem a denominação **Reciclagem** ao invés de **Recaída**.

Deslizes se caracterizam pela retomada do comportamento anterior, mas com retorno ao novo comportamento, sem desistência da mudança. Já as recaídas consistem em um retorno do estágio da ação ou manutenção para estágios anteriores de pré-contemplação, contemplação ou preparação. Ou seja, a pessoa volta ao comportamento antigo e não retoma seu plano de ação para mudar o comportamento (PROCHASKA e VELICER, 1997). Na maioria das vezes, as recaídas ocorrem gradualmente, depois de um deslize inicial.

Deslizes e recaídas são eventos comuns quando a pessoa busca mudar algum comportamento e devem ser considerados como oportunidades de aprendizagem tanto para reconhecer as situações de alto risco, quanto para a elaboração de planos de ação mais efetivos.

Quando o deslize ou a recaída ocorrem, a autoconfiança diminui e pensamentos de culpa, fracasso ou impotência podem ganhar força. A pessoa pode se sentir envergonhada e desistir de persistir no processo de mudança. A equipe de saúde também pode vivenciar pensamentos e sentimentos semelhantes ao se deparar com os deslizes ou recaídas da pessoa em processo de mudança. O diálogo entre os membros da equipe

permite o questionamento destes pensamentos para a sua reelaboração e a participação do psicólogo neste momento é recomendada.

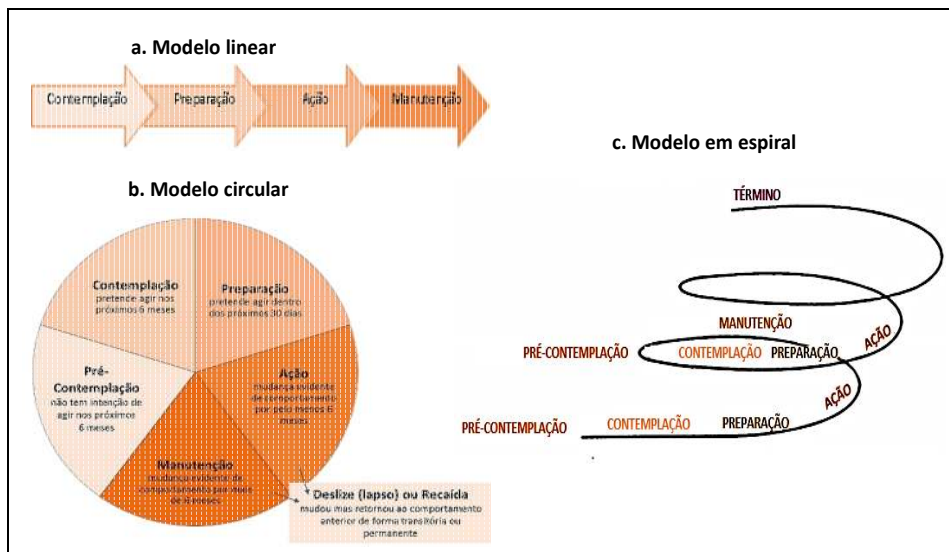
O papel da equipe é o de auxiliar a pessoa a evitar o desânimo e a desmoralização, e recomeçar a circular no contínuo da mudança, contemplando-a, renovando sua determinação, retomando a ação e mantendo seus esforços. Esse recomeço não é linear, ou seja, não ocorre necessariamente a partir do primeiro estágio, seguindo para o segundo e assim sucessivamente. Alguém que estava em manutenção e recaiu pode recomeçar a partir da determinação e, após outra recaída, pode voltar à pré-contemplação. Por isso, até alcançar mudanças mais duradouras, a pessoa geralmente passa várias vezes pelos diversos estágios, como se o processo fosse uma espiral (PROCHASKA, DICLEMANTE e NORCROSS, 1992; PROCHASKA e VELICER, 1997).

CONSIDERAÇÕES ADICIONAIS SOBRE OS ESTÁGIOS DE MUDANÇA

O modelo de estágios de mudança evoluiu ao longo do tempo, partindo da concepção inicial linear (sequencial) para a circular (portagiratória), alcançando, atualmente, a concepção em espiral (Figura 2).

Essa evolução ocorreu ao se constatar que a mudança de comportamento não é linear e que, ao reciclar, após deslizes e recaídas, a pessoa pode regredir ou progredir nos estágios várias vezes até atingir seu objetivo de mudança de comportamento.

Figura 2 – Evolução do Modelo de Estágios de Mudança



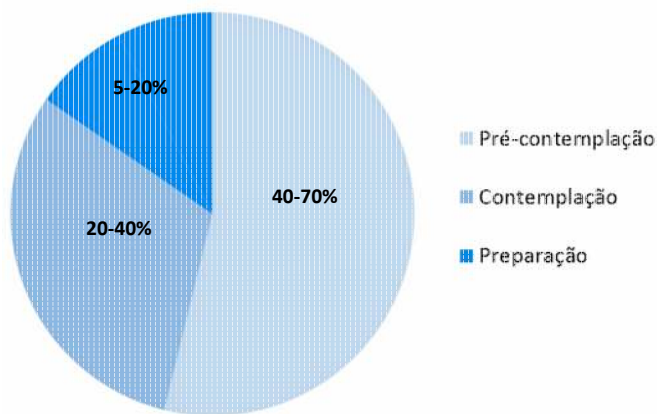
Fonte: adaptado de Prochaska e DiClemente, 1982; Prochaska, DiClemente e Norcross, 1992; Prochaska, Redding e Evers, 2015.

Outro aspecto relevante é que a distribuição das pessoas nos diferentes estágios de mudança tem se mostrado relativamente constante. Em relação ao tabagismo, estudos realizados na Europa, Austrália, China e Estados Unidos demonstraram uma distribuição de fumantes que variou de 40 a 70% na pré-contemplação, 20 a 40% na contemplação e 5 a 20% na preparação (VELICER et al., 2000; PROCHASKA e PROCHASKA, 2010 e 2016) (Figura 3).

Outros comportamentos de alto risco à saúde, apesar do número menor de estudos, apresentaram uma frequência de pessoas nos estágios iniciais significativamente maior do que nos estágios finais (PROCHASKA e VELICER, 1997; VELICER et al., 2000; PROCHASKA e PROCHASKA, 2016).

Vale ressaltar que uma pessoa apresenta diferentes estágios para diferentes comportamentos – pode-se estar na pré-contemplação em relação à atividade física e na ação em relação à alimentação, por exemplo.

Figura 3 – Distribuição de fumantes nos estágios de pré-contemplação, contemplação e preparação para cessação do tabagismo



Fonte: adaptado de Velicer *et al.*, 2000; Prochaska e Prochaska, 2010 e 2016.

Os profissionais de saúde precisam estar atentos para não tratar todas as pessoas como se elas estivessem no estágio da ação. Planos de ação, mesmo bem elaborados, são geralmente inefetivos para pessoas em pré-contemplação e contemplação, ocasionando frustração tanto na equipe de saúde como nas pessoas em processo de mudança. Serviços de saúde cujas abordagens são orientadas para a ação não respondem às necessidades em saúde de grande parte da população. Por isso, é preciso avançar do **paradigma da ação** para o **paradigma dos estágios de mudança** (PROCHASKA e PROCHASKA, 2016; KREBS *et al.*, 2018).

2º PRINCÍPIO DO MTT - PROCESSOS DE MUDANÇA

O segundo princípio do MTT compreende os **processos de mudança**, conjunto de estratégias e técnicas que auxiliam as pessoas na progressão de um estágio de mudança a outro. Considerados catalisadores, cada processo engloba um número diversificado de intervenções que podem ser utilizadas de acordo com o estágio. Enquanto os estágios de mudança representam

quando as pessoas mudam, os processos de mudança representam **como** elas mudam (KREBS *et al.*, 2018).

A equipe de saúde pode incorporar essas estratégias no apoio ao autocuidado, escolhendo as mais adequadas aos estágios apresentados pelas pessoas para determinados comportamentos. Para se obter sucesso na mudança de comportamento, é preciso aplicar **as estratégias certas (processos) no tempo certo (estágios)** (PROCHASKA, DICLEMANTE e NORCROSS, 1992).

O Quadro 4 apresenta os dez principais processos de mudança divididos em duas categorias: processos experienciais, que incluem principalmente experiências internas como elevação de consciência e autorreavaliação, e processos comportamentais, que englobam atividades externas como gerenciamento de reforços e suporte social.

QUADRO 4 - PROCESSOS DE MUDANÇA EXPERIENCIAIS

PROCESSO	CARACTERÍSTICAS	EXEMPLOS DE INTERVENÇÕES
ELEVAÇÃO DA CONSCIÊNCIA	Aumentar o conhecimento sobre si e sobre o comportamento, como causas e consequências, possíveis soluções, benefícios da mudança. Aprender novos fatos, ideias e dicas que apoiem a mudança.	<ul style="list-style-type: none"> - Feedback - Educação em saúde - Confrontação construtiva – análise realista dos comportamentos e das discrepâncias em relação aos objetivos e valores - Materiais instrucionais - Campanhas de mídia
ALÍVIO DRAMÁTICO	Experimentar e expressar emoções acerca de problemas, como medo e ansiedade, quando considera os riscos à saúde, seguidas por alívio ao adotar o comportamento saudável. Enfrentar o medo, a culpa e o arrependimento provenientes da não mudança.	<ul style="list-style-type: none"> - Dramatização (role-playing, psicodrama, simulações etc.) - Elaboração do luto pela perda - Testemunhos de outras pessoas - Feedback sobre riscos à saúde - Campanhas de mídia
AUTORREAValiação	Perceber que a autoimagem e a identidade estão ligadas à presença ou ausência do comportamento não saudável. Avaliar o que pensa e sente sobre si em relação a determinado comportamento.	<ul style="list-style-type: none"> - Clarificação de valores - reconhecer valores que influenciam decisões e ações, com incentivo ao desenvolvimento de recursos pessoais - Imagética - exercícios autodirigidos ou orientados onde se visualizam sentimentos e emoções durante o desempenho de determinados comportamentos - Experiência emocional corretiva – reviver situações em condições mais favoráveis para obter novas experiências emocionais - Modelos de comportamentos saudáveis
REAValiação DO AMBIENTE	Perceber o impacto do comportamento (saudável e não saudável) no ambiente social e/ou físico. Conscientizar-se sobre seu papel social e o modelo que exerce para outras pessoas.	<ul style="list-style-type: none"> - Treinamento de empatia - capacidade de compreender sentimentos, necessidades e perspectivas das pessoas - Documentários - Depoimentos - Intervenções familiares
LIBERAÇÃO SOCIAL	Perceber que a sociedade valoriza e reconhece comportamentos saudáveis. Identificar alternativas para a superação do comportamento. Disponibilizar alternativas para comportamentos saudáveis.	<ul style="list-style-type: none"> - Empoderamento de pessoas e comunidades - Defesa de direitos de populações vulneráveis - Oferta de alternativas sociais para a adoção de comportamentos saudáveis como, por exemplo, ambientes livres de fumaça, acesso à comida de verdade, acesso a preservativos e contraceptivos, espaços públicos para prática de atividade física

QUADRO 4 (CONT.) - PROCESSOS DE MUDANÇA COMPORTAMENTAIS

PROCESSO	CARACTERÍSTICAS	EXEMPLOS DE INTERVENÇÕES
AUTOLIBERAÇÃO	<p>Acreditar que é possível mudar, comprometer-se e escolher a mudança.</p> <p>Ampliar as escolhas em relação a comportamentos e reconhecer formas alternativas para viver.</p> <p>Libertar-se do sofrimento mudando o comportamento.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Busca de sentido na vida como principal motivação e reorientação de futuro (logoterapia) - Técnicas de tomada de decisão – balança decisória, priorização - Técnicas para aumentar o compromisso com a mudança – pequenos passos, projeção de futuro, compromissos públicos, pactuações em grupo, resoluções de ano novo
SUPORTE SOCIAL	<p>Buscar apoio social em relacionamentos que combinam carinho, confiança, franqueza e aceitação como apoio para a mudança.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Grupos de mútua ajuda - Grupos terapêuticos - Atividades coletivas - Apoio de familiares e colegas - Redes sociais
CONTRA CONDICIONAMENTO	<p>Condicionar uma resposta contrária à que era produzida por um estímulo condicionado. Requer o aprendizado sobre comportamentos saudáveis que podem substituir os menos saudáveis.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Treino de relaxamento e respiração - Exposição gradual - dessensibilização sistemática (Ex.: retirada gradual da nicotina por meio dos adesivos) - Treino assertivo – ensaio comportamental, feedback corretivo, vivências em grupos, dramatização etc. - Imagética - Autoafirmações positivas
GERENCIAMENTO DE REFORÇOS	<p>Aumentar as recompensas pelo comportamento saudável e diminuir as recompensas pelo comportamento não saudável.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Reforço positivo (estímulo adicional após um comportamento, tornando a repetição do mesmo mais provável) - incentivos, elogios, celebração, reconhecimento pessoal e de grupos - Contratos contingenciais estabelecendo metas comportamentais específicas e recompensas ou consequências a partir dos resultados alcançados
CONTROLE DE ESTÍMULOS	<p>Evitar ou contornar estímulos que aumentam o risco de recair.</p> <p>Implementar estímulos que promovem o comportamento saudável.</p> <p>Reestruturar o ambiente para favorecer o comportamento saudável e evitar deslizes e recaídas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Exposição gradual - Técnicas de distração - Mensagens, lembretes, dicas - Técnicas de esvanecimento pela introdução gradual de estímulos (Ex.: reforço positivo para comportamentos saudáveis) ou remoção gradual de estímulos (Ex.: reforço negativo para comportamentos menos saudáveis) - Adaptações socioambientais, com mudança de estilo de vida

Fonte: adaptado de Prochaska, DiClemente e Norcross, 1992; Prochaska e Velicer, 1997; Prochaska, Redding e Evers, 2015; Prochaska e Prochaska, 2016; Krebs *et al.*, 2018.

Os processos de mudança frequentemente utilizados pelas pessoas na progressão dos diferentes estágios de mudança variam, conforme demonstra o Quadro 5. Nos estágios iniciais (da pré-contemplanção à preparação) a progressão é otimizada por processos experienciais, enquanto nos estágios finais (da ação à manutenção) são utilizados processos comportamentais (PROCHASKA, DICLEMENTE e VELICER, 1985; PROCHASKA, DICLEMENTE e NORCROSS, 1992; PROCHASKA e VELICER, 1997; KREBS *et al.*, 2018).

QUADRO 5 - PROCESSOS DE MUDANÇA E A PROGRESSÃO ENTRE OS ESTÁGIOS				
PRÉ-CONTEMPLAÇÃO	CONTEMPLAÇÃO	PREPARAÇÃO	AÇÃO	MANUTENÇÃO
Elevação da consciência	Reavaliação do ambiente	Autorreavaliação	Contracondicionamento	
Alívio dramático		Autoliberação	Gerenciamento de reforços	
Reavaliação do ambiente	Autorreavaliação		Controle de estímulos	
			Suporte social	

Fonte: adaptado de Prochaska, DiClemente e Velicer, 1985; Prochaska, DiClemente e Norcross, 1992; Prochaska e Velicer, 1997; Krebs *et al.*, 2018.

Obs.: Liberação social foi omitida porque, para os autores, sua relação com os estágios não está clara

Assim como os processos, as relações entre os profissionais de saúde e as pessoas também se modificam ao longo dos estágios, podendo passar de uma postura assistencial (parental nutriz), na pré-contemplanção, para questionadora socrática, na contemplação, instrucional colaborativa, na ação, e consultora, na manutenção (Quadro 7).

3º PRINCÍPIO DO MTT - BALANÇA DECISÓRIA

A **balança decisória** é o terceiro princípio do MTT e reflete a ponderação da pessoa sobre os benefícios e os custos da mudança. Derivada do modelo proposto por Irving Janis e Leon Mann (1977, apud VELICER *et al.*, 1985), a balança incluía originalmente a análise de quatro categorias de prós (ganhos para si e para os outros, aprovação de si e dos outros), e

quatro categorias de contras (custos para si e para os outros, desaprovação de si e dos outros). Ao longo dos estudos no MTT, ela evoluiu para uma versão simplificada de dois fatores, os prós e os contras da mudança (PROCHASKA *et al.*, 1994; PROCHASKA e PROCHASKA, 2016), exemplificada no Quadro 6.

QUADRO 6 - BALANÇA DECISÓRIA	
PRÓS Benefícios da Mudança	CONTRAS Custos da Mudança
<ul style="list-style-type: none"> - <i>O que você pode ganhar fazendo a mudança?</i> - <i>Quais os melhores resultados que você imagina com a mudança?</i> - <i>Quão importante é o ganho da mudança para você? (Pode-se usar uma escala de 0 a 10).</i> 	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Quais são as desvantagens de fazer a mudança? Você pode considerar diferentes aspectos como saúde, relacionamentos, recursos financeiros, etc.</i>

Prochaska e colaboradores (1994) identificaram um padrão consistente de prós e contras da mudança nos diferentes estágios do MTT, ao analisarem doze comportamentos relativos à saúde (Figura 4). Para as pessoas em pré-contemplação, os contras superam os prós. Na contemplação, os prós aumentam em relação ao estágio anterior e empatam ou ultrapassam os contras. Na preparação, os prós são maiores que os contras e nos estágios finais, ação e manutenção, os prós persistem mais elevados que os contras e são cada vez maiores que em estágios anteriores. Ou seja, as pessoas mudam de atitude (intenção, disposição mental ou motivação interna), aumento dos prós e diminuição dos contras na contemplação e preparação, por exemplo, antes de mudar o comportamento (ação). Para os autores, é preciso aumentar os benefícios da mudança para progredir da pré-contemplação para a contemplação e reduzir os contras para progredir para a ação (PROCHASKA *et al.*, 1994).

A recomendação, portanto, é que, para favorecer o avanço para a contemplação, as intervenções enfatizem a identificação e o aumento dos

benefícios da mudança, uma vez que as pessoas em pré-contemplação tendem a subestimá-los e superestimar os custos. Da contemplação para a ação, no entanto, o foco deve ser a diminuição dos custos (contras) da mudança (PROCHASKA *et al.*, 1994; PROCHASKA e VELICER, 1997; PROCHASKA e PROCHASKA, 2016).

4º PRINCÍPIO DO MTT – AUTOEFICÁCIA

O quarto princípio é o da **autoeficácia**, baseado na Teoria Social Cognitiva de Albert Bandura (1982 e 2008) e incorporado ao MTT. A autoeficácia corresponde ao senso de capacidade para desempenhar determinada tarefa como mediador do desempenho de futuras tarefas. Para Bandura (2008, p. 24), “as crenças das pessoas na eficácia pessoal e coletiva desempenham um papel influente na maneira como organizam, criam e lidam com as circunstâncias da vida, afetando os caminhos que tomam e o que se tornam”. A autoeficácia percebida é, portanto, determinante da ação humana.

No MTT, a autoeficácia consiste na confiança que a pessoa tem em manter um comportamento específico e não recair, ao enfrentar situações de alto risco (PROCHASKA, REDDING e EVERS, 2015). Pessoas com um alto senso de autoeficácia concentram-se nas oportunidades que o ambiente externo oferece enquanto aquelas com baixa autoeficácia focam principalmente nos riscos e obstáculos, sendo mais suscetíveis à tentação (KRUEGER e DICKSON, 1993, 1994; citados por BANDURA, 2008).

A tentação é um outro conceito importante no MTT e corresponde ao inverso da autoeficácia, ou seja, ao grau de desejo ou impulso que uma pessoa experimenta de retornar a um comportamento anterior, quando em situações de alto risco. Três fatores refletem os tipos mais comuns de situações tentadoras: afeto negativo (distresse emocional, angústia), situações sociais positivas (contingências externas, estímulos ambientais) e desejo de retornar ao comportamento anterior (incluindo abstinência)

(VELICER *et al.*, 1990, 2000; PROCHASKA, REDDING e EVERS, 2015; PROCHASKA e PROCHASKA, 2016).

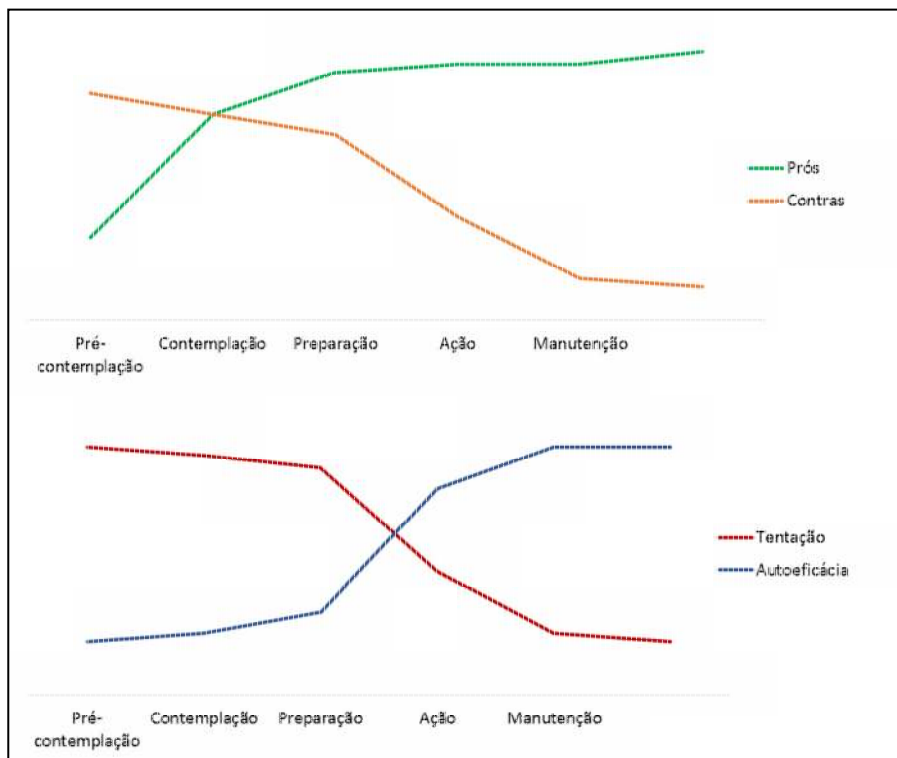
AUTOEFICÁCIA	Grau de confiança em assumir e persistir no comportamento desejado mesmo frente a situações desafiadoras e de alto risco.
TENTAÇÃO	Grau (intensidade) do desejo ou inclinação de retornar ao comportamento anterior frente a situações desafiadoras e de alto risco.

Em geral, quanto maior a autoeficácia, menor a tentação. No entanto, algumas pessoas podem se sentir fortemente tentadas a recair em algumas situações, mesmo estando muito confiantes na sua capacidade de resistir (DICLEMENTE, 2018).

Alterações do grau de autoeficácia e tentação são preditoras de mudanças duradouras de comportamento. Por isso, avaliar o grau de tentação em situações de alto risco para recaída pode indicar a necessidade de adaptação de planos de ação, assim como predizer o grau de sucesso de atividades desenvolvidas na ação e na manutenção (DICLEMENTE, 2018). Ao mesmo tempo, graus elevados de autoeficácia relacionam-se com graus maiores de perseverança e motivação frente a obstáculos, o que influencia diretamente as escolhas das pessoas (BANDURA, 2008).

A Figura 4 ilustra as modificações dos prós e contras e do grau de autoeficácia e tentação observadas ao longo dos estágios de mudança (VELICER *et al.*, 2000).

Figura 4 – Relação dos Prós e Contras e da Tentação e Autoeficácia com os estágios de mudança



Fonte: adaptado de Prochaska *et al.* 1994; Velicer *et al.*, 2000.

OUTRAS CONSIDERAÇÕES SOBRE O MTT

De forma resumida, Prochaska e Prochaska (2016) descrevem os 12 princípios do progresso da mudança, sendo eles:

- 1º Aumente os **prós** para progredir da pré-contemplação para a contemplação;
- 2º Aumente a **consciência** para aumentar a probabilidade de mudar o comportamento;
- 3º Use o **alívio dramático** para sair da pré-contemplação;
- 4º Diminua os **contras** para sair da contemplação;

- 5º Faça **reavaliação do ambiente** para progredir da contemplação para a preparação;
- 6º Use a **autorreavaliação** para avançar da preparação para a ação;
- 7º Por meio da **autoliberação**, comprometa-se com uma vida melhor e avance para a ação;
- 8º Com o **contracondicionamento**, use substitutos para os hábitos não saudáveis e progrida da ação para a manutenção;
- 9º **Reforce** seu progresso utilizando lembretes para avançar da ação para a manutenção;
- 10º Fomente **relações de apoio** e encontre alguém com quem contar para lhe apoiar e progredir da ação para a manutenção;
- 11º Use a **liberação social**, observando tendências sociais, para aumentar a autoliberação e mover-se para a manutenção;
- 12º Pratique o **controle de estímulos** para gerenciar o ambiente e tornar hábitos saudáveis automáticos, avançando para a manutenção ou além.

O Quadro 7 apresenta os estágios de mudança do MTT, suas características e as atitudes geralmente assumidas pelas pessoas, assim como as recomendações para apoiar a progressão nos estágios, considerando os processos de mudança, a atitude a ser adotada pelos profissionais de saúde e estratégias efetivas.

QUADRO 7 – QUADRO RESUMO DO MODELO TRANSTEÓRICO DE MOTIVAÇÃO PARA A MUDANÇA					RECOMENDAÇÕES PARA PROGRESSÃO DOS ESTÁGIOS		
ESTÁGIO DE MUDANÇA	CARACTERÍSTICA	ATITUDE DA PESSOA	PROCESSOS DE MUDANÇA	ATITUDE DA EQUIPE DE SAÚDE	ESTRATÉGIAS		
PRÉ-CONTEMPLAÇÃO	Nenhuma intenção de agir nos próximos 6 meses. Os contras superam os prós.	Desconhecimento Desmoralizada Defensiva (hostil) Resignada Racionalizadora “Não quero mudar...” “Isto não é um problema para mim.”	Elevação da consciência Alívio dramático Reavaliação do ambiente	Parental nutriz (assistencial)	Aumentar os PRÓS Fornecer informações; levantar dúvidas e questionamentos; ampliar a percepção das consequências do comportamento atual para si, para os outros e para o ambiente; evidenciar a discrepância em relação aos objetivos e valores pessoais; dar feedback; evidenciar os benefícios da mudança; apoiar a transformação da resistência em enfrentamento.		
CONTEMPLAÇÃO	Preende agir nos próximos 6 meses. Os prós e os contras empatam.	Ambivalente (dúvida) “Sim e não” Procrastinadora (demora) “Sim, mas...”	Reavaliação do ambiente Autorreavaliação	Parental nutriz (assistencial) Questionadora (socrática)	Diminuir os CONTRAS Explorar a divisão interna para sair da paralisia; auxiliar na conscientização das consequências do comportamento; evocar valores e objetivos pessoais, benefícios e custos da mudança; fornecer apoio; fortalecer a autoeficácia; levantar possibilidades de redução dos contras.		
PREPARAÇÃO	Prende agir dentro dos próximos 30 dias e tomou alguns passos nesta direção. Os prós superam os contras.	Determinada “Sim, vou mudar...”	Autorreavaliação Autoliberação	Questionadora (socrática)	Planejar proativamente Apoiar o compromisso com a mudança, auxiliar na elaboração do plano de ação detalhado (o que, quando, como, onde, quanto, quanto tempo); antecipar-se aos obstáculos.		
AÇÃO	Mudança evidente de comportamento há menos de 6 meses em média. Os prós são maiores que os contras.	Dando passos “Estou mudando...”	Contracondicionamento Controle de estímulos Gerenciamento de reforços Liberação social Suporte social	Instrutora colaborativa	Monitorar e adaptar Acompanhar a realização dos passos para a mudança; avaliar sistematicamente foco, resultados, adequações necessárias, persistência, habilidade em solucionar problemas; recompensar os ganhos; mapear recursos e rede de apoio; desenvolver estratégias de prevenção de recaídas.		
MANUTENÇÃO	Mudança evidente de comportamento há mais de 6 meses em média. Os prós são maiores que os contras.	Comprometida “Mudei...”		Consultora	Estabilizar o novo comportamento Apoiar a identificação dos benefícios do comportamento assumido e a valorização do que está funcionando; reconhecer as situações de risco e as estratégias de enfrentamento; desenvolver estratégias de prevenção de recaídas.		
TÉRMINO	Tentação zero e 100% de autoconfiança.	Comprometida “Mudei para sempre!”	Para comportamentos como prática de atividade física, uso de preservativo e controle de peso, a manutenção pode durar a vida toda pois as tentações são muito prevalentes e intensas.				
DESUZE E RECAÍDAS	Mudou mas voltou ao comportamento anterior de forma transitória ou permanente.	Depende do estágio para o qual retornou.			Prevenir recaídas e manter o foco na mudança Auxiliar na progressão dos estágios e retomada do plano; reconhecer e lidar com as consequências (culpa, desmoralização, imobilização, desistência); apoiar a análise objetiva do fato e do contexto, evocar o aprendizado para prevenir futuras situações.		

Fonte: adaptado de Prochaska, DiClemente e Velicer, 1985; Prochaska, DiClemente e Norcross, 1992; Prochaska et al., 1994; Prochaska e Velicer, 1997; Prochaska, Redding e Evers, 2015; Prochaska e Prochaska, 2016; KREBS et al., 2018.

ENTREVISTA MOTIVACIONAL

“A EM NÃO É UMA TÉCNICA PARA LEVAR AS PESSOAS A FAZER ALGO QUE NÃO QUEREM FAZER. PELO CONTRÁRIO, É UM ESTILO CLÍNICO HABILIDOSO PARA EVOCAR DOS PACIENTES AS SUAS BOAS MOTIVAÇÕES PARA FAZER MUDANÇAS COMPORTAMENTAIS NO INTERESSE DA SUA PRÓPRIA SAÚDE.”

ROLLNICK, MILLER E BUTLER (2009, P. 22)

A **Entrevista Motivacional (EM)** é um estilo de abordagem clínica que pode ser entendida como um tipo particular de **conversa sobre a mudança** de comportamento ou de estilo de vida, na qual o profissional está melhor preparado para agir positivamente sobre a motivação da pessoa e seu compromisso em mudar.

A EM surgiu na década de 1980, com o trabalho dos psicólogos William Miller e Stephen Rollnick, para o tratamento da dependência química, especificamente o tabagismo, por meio da exploração e resolução da ambivalência entre “querer” e “não querer” se comprometer a mudar o comportamento. Devido à efetividade dos resultados de sua aplicação, a técnica tem sido foco de diversas pesquisas, e aplicada em áreas que abrangem desde a promoção da saúde até o autogerenciamento de condições crônicas de saúde como diabetes, obesidade e hipertensão.

Miller e Rollnick (2016, p. 47) consideram que a definição mais técnica para a EM é:

(...) um estilo de comunicação colaborativo e orientado para objetivos, com particular atenção à linguagem de mudança. Está desenhada para fortalecer a motivação pessoal e o compromisso face a um objetivo específico, estimulando e explorando as próprias razões da pessoa para mudar, em clima de aceitação e compaixão.

Os autores desenvolveram seu método apoiados em diversos estudos de evidências sobre o estilo da relação entre o profissional e a

pessoa como um dos mais poderosos agentes de mudança. Desse modo, a EM instrumentaliza a equipe de saúde a desenvolver um estilo de comunicação que favoreça um clima de confiança e colaboração, para estimular a própria pessoa a se comprometer com a mudança em prol da sua saúde, ou a sustentar novos padrões de comportamento saudáveis.

Sentindo-se apoiada por essa relação de confiança com o profissional, a pessoa desenvolve maior autonomia e comprometimento para decidir sobre o *porquê*, *quando* e *como* proceder. Quanto mais o profissional estimula a pessoa a refletir sobre seus motivos para mudar, sobre suas ambivalências, valores e objetivos de vida, mais ela se escuta e reforça os argumentos mais significativos para sua mudança. Ao contrário, se o profissional adota uma postura prescritiva, apresentando os argumentos para a mudança, é provável que a pessoa reaja automaticamente na defesa da “não mudança”, reforçando suas resistências.

Ouvir a pessoa e seus argumentos também possibilita ao profissional entender a perspectiva dela sobre o comportamento em questão. Por essa razão, os autores denominam a EM como uma “**Conversa sobre a Mudança**”, contrapondo-se à “**Conversa sobre manter como está**”.

A EM pode ser utilizada tanto para iniciar um processo de mudança quanto em momentos de impasse, ajudando a pessoa a explorar e resolver sua ambivalência ou a não adesão à mudança (MEYER, 2014, citando MILLER e ROLLNICK, 2013).

O “ESPÍRITO” DA ENTREVISTA MOTIVACIONAL

“SE POSSO PROPORCIONAR UM CERTO TIPO DE RELAÇÃO, A OUTRA PESSOA DESCOBRIRÁ DENTRO DE SI A CAPACIDADE DE UTILIZAR ESTA RELAÇÃO PARA CRESCER, E MUDANÇA E DESENVOLVIMENTO PESSOAL OCORRERÃO.”

CARL ROGERS (2009, p. 37)

Considerando que a EM envolve um estilo de conversa colaborativa, Miller e Rollnick (2016) utilizam o termo “**Espírito da EM**” para se referir ao

modo particular de ser do profissional, que contribuirá para que a pessoa se sinta segura e acolhida para expor seus pontos de vista sobre a mudança (FIGLIE e GUIMARÃES, 2014).

Os autores apresentam quatro elementos do espírito da EM (Figura 5): **parceria, aceitação, evocação e compaixão** (MILLER e ROLLNICK, 2016). Esses quatro elementos se interligam e devem ser expressos por meio de comportamentos e atitudes dos profissionais. É esse estilo de ser do profissional, mental e afetivo, que possibilita a necessária segurança para que a pessoa possa revelar suas histórias, vulnerabilidades e preocupações, sem medo de julgamentos.

Figura 5 – O espírito da Entrevista Motivacional



Fonte: Adaptado de Miller e Rollnick, 2013, p. 22.

Como o espírito da EM pressupõe uma postura não prescritiva do profissional, é necessário que ele esteja aberto a aprender essa nova forma de abordagem, até que ela se torne um estilo natural. Esse novo estilo de abordagem desenvolve-se ao longo dos atendimentos e, quanto mais o profissional constata os resultados positivos na conversa com a pessoa, mais

se sente confortável e seguro para trabalhar com a EM (MILLER e ROLLNICK, 2016).

PARCERIA

O primeiro aspecto fundamental da EM é a **parceria**. A EM não é feita “para” alguém ou “sobre” alguém. Ela é feita pela pessoa com o apoio do profissional. Ambos caminham lado a lado para encontrar as melhores soluções conjuntamente. Cabe ao profissional criar um clima colaborativo e interativo, ao invés de adotar uma comunicação diretiva e prescritiva, apontando o que deve ser feito para que a pessoa cumpra.

Parceria significa colocar-se ao lado da pessoa, como um bom ouvinte de suas necessidades, desejos, história, objetivos e valores de vida. Esse é o primeiro aspecto na postura do profissional que atua com EM.

Nesse modelo, a conversa é mais tranquila e menos conflituosa, parecendo mais com uma “dança”, do que como uma “luta”. Na dança, quem conduz, guia com habilidade, sem tropeços, sem pisar no pé. À medida que a dança avança, mais a pessoa se percebe confiante e deixa-se conduzir, uma vez que suas dificuldades são respeitadas e acolhidas, sem julgamento.

A parceria é importante porque o profissional não pode agir sozinho e precisa evitar a crença de ser o detentor das respostas certas. Somente a pessoa detém informações essenciais ao processo de mudança e é preciso criar um clima favorável para que ela as acesse.

O profissional precisa reconhecer suas próprias expectativas, seu “reflexo de consertar as coisas”, natural em todos que se ocupam de ajudar os outros. Na conversa sobre a mudança, é como se a pessoa mostrasse um álbum de fotografias de sua vida. O profissional pode comentar e colocar questões, mas na maior parte do tempo ele ouve, pois seu objetivo é compreendê-la e poder enxergar a vida a partir da perspectiva dela (ROLLNICK, MILLER e BUTLER, 2009; MILLER e ROLLNICK, 2016).

O ESTILO DE COMUNICAÇÃO

É a partir da escuta que o profissional poderá facilitar o processo de mudança da pessoa. Como seu parceiro de jornada, sua postura será mais de **guiar e orientar**, do que de dirigir, dizendo o que ela deverá fazer, ou de simplesmente deixar a pessoa resolver as coisas do seu próprio jeito, no seu próprio tempo. A postura de guiar e orientar envolve ajudar a pessoa a encontrar o caminho, como um tutor que ajuda a pessoa a resolver as coisas por conta própria. Alguns comportamentos do profissional da EM são: respeitar o tempo de aprendizagem da pessoa; oferecer alternativas para a pessoa escolher; esclarecer; encorajar; amparar; celebrar conquistas; cuidar; evocar; despertar; apoiar; permanecer ao lado, mesmo quando a pessoa não encontra o caminho (ROLLNICK, MILLER e BUTLER, 2009; MILLER e ROLLNICK, 2016).

ACEITAÇÃO

A **aceitação** está diretamente relacionada ao espírito de parceria, e significa que o profissional aceita a pessoa profundamente. É por meio da aceitação que a pessoa poderá escutar a si mesma, perceber suas ambivalências e motivações mais profundas e escolher como se conduzir diante de um comportamento não saudável ou de risco. O conceito de aceitação fundamenta-se nos estudos de Carl Rogers, psicólogo que desenvolveu a Abordagem Centrada na Pessoa. A aceitação envolve quatro aspectos: **valor absoluto, empatia precisa, autonomia e afirmação** (Figura 6).

Figura 6 - Quatro aspectos da Aceitação



Fonte: Miller e Rollnick, 2016, p. 34.

A) VALOR ABSOLUTO

O primeiro aspecto da aceitação envolve reconhecer o **valor** inerente da pessoa, apreciar e respeitar sua individualidade para que ela possa se desenvolver e se revelar. O profissional que aceita o outro como ele é, valoriza seu potencial e respeita sua autonomia, aceitando que é ele quem decide o que fazer. Aceitar é acreditar que a pessoa é capaz de fazer suas próprias escolhas, mesmo quando não há concordância ou aprovação.

Na EM, o profissional adota o não julgamento. Para Rogers, a pessoa que se sente não aceita fica imobilizada e, quando se percebe julgada ou desrespeitada em suas escolhas, tende a resistir à mudança. Ao contrário, quando se sente aceita, torna-se livre para mudar e disposta a experimentar novas possibilidades, naturalmente, mesmo quando o profissional discorda de suas escolhas. Segundo Rollnick, Miller e Butler (2009, p. 23), “existe algo na natureza humana que resiste a ser coagido e forçado a agir”, e justamente “(...) o reconhecimento do direito e da liberdade do outro de

não mudar é o que torna a mudança possível”. Assim, a aceitação é uma condição básica para que a mudança ocorra (MILLER e ROLLNICK, 2016).

B) EMPATIA PRECISA

O segundo aspecto crítico para a mudança, segundo Rogers, a **empatia precisa**, consiste em um esforço e interesse genuíno em compreender a perspectiva do outro, enxergando a vida a partir de seu quadro de referências, aceitando sua postura sem julgamento. Segundo Miller e Rollnick (2016, p. 35), é uma “(...) habilidade para compreender o quadro de referência do outro e a convicção de que vale a pena fazer isso”.

Uma atitude empática auxilia a sensação de aceitação e facilita a mudança. Vale lembrar que a ambivalência é normal e demonstrar frustração com ela é contraproducente à empatia. Por isso é importante o desenvolvimento do “Espírito da EM”, sobre as formas de perguntar, escutar e informar, além dos cuidados com a expressão da postura corporal, o tom de voz, a qualidade do contato visual, entre outros.

C) APOIO PARA A AUTONOMIA

O profissional da EM compreende e respeita a **autonomia** irrevogável da pessoa em fazer suas próprias escolhas. Essa postura nem sempre é fácil, principalmente se essas escolhas, a seu ver, não são as mais adequadas. No entanto, é preciso lidar com a frustração e evitar induzir ou coagir a pessoa a fazer outra escolha. Isso representaria uma ruptura do processo de aceitação. Conforme afirmam Miller e Rollnick (2016), quando o profissional aceita a autonomia das pessoas, reconhece que, efetivamente, não tem o poder de mudar alguém.

Algumas perguntas propostas por Meyer (2014) auxiliam o profissional a reconhecer o quanto sua atitude se aproxima ou se afasta do respeito à autonomia das pessoas. São elas:

- *Eu discordo das escolhas da pessoa?*
- *Eu tento convencer a pessoa a mudar?*

- *Reconheço e aceito as escolhas da pessoa, incluindo a escolha de não mudar?*
- *Pareço indiferente aos seus desejos e escolhas, dando a impressão de apenas observar?*

D) AFIRMAÇÃO

Por fim, o profissional demonstra sua aceitação por meio da **afirmação**, reforçando positivamente os pontos fortes da pessoa e reconhecendo seus esforços na direção da mudança. O oposto da afirmação é a avaliação, quando o foco do profissional está em identificar erros ou inadequações, e direcionar ações para sua correção. Como nos outros aspectos da aceitação, é importante que o profissional comunique de forma intencional e explícita seu reconhecimento.

COMPAIXÃO

A **compaixão**, incluída no espírito da EM em 2013 (MILLER e ROLLNICK, 2016), refere-se a agir ativamente em prol do bem-estar da pessoa. É dar oportunidade às necessidades do outro e desejar que seu sofrimento termine.

Na EM, a compaixão é mais que uma experiência emocional ou um sentimento, é uma ação deliberada. Sem ação, a compaixão não é muito eficaz. Portanto, é necessário “colocar a mão na massa” com a pessoa, aproximar-se dela, compreendendo seus anseios, expectativas, dúvidas e dilemas em relação ao seu problema.

É pela compaixão que o profissional compreende melhor as dificuldades que a pessoa apresenta para realizar a mudança desejada (ROLLNICK, MILLER e BUTLER, 2009).

EVOCAÇÃO

O espírito da EM coloca a pessoa no centro do processo, pois considera que ela possui, em si mesma, muitos recursos para apoiá-la em

sua mudança. O reconhecimento de seu potencial funciona como uma força interna e a pessoa passa a ter maior confiança em si mesma para implementar os passos necessários ao alcance de seus objetivos. Cabe ao profissional, a partir dessa premissa, ajudá-la a reconhecer essas forças, **evocando** seus valores, desejos, interesses, saberes e habilidades, muitos deles desenvolvidos em experiências anteriores. Ao evocar, o profissional demonstra sua crença de que quem possui as respostas sobre o processo e decide se a mudança deve ocorrer, como e quando, é a própria pessoa.

Essa perspectiva difere do que se observa, em geral, em outros processos que visam a mudança de comportamento, nos quais a atenção é colocada naquilo que falta à pessoa, cabendo ao profissional corrigir. Nesse tipo de abordagem, os resultados observados demonstram baixa eficácia.

O espírito de evocar inclui o conceito de ambivalência, pois a pessoa conhece tanto os argumentos para mudar quanto para manter a situação atual. A tarefa do profissional consiste, então, em ajudá-la a recordar e reconhecer seus próprios argumentos e motivações para mudar, que são geralmente mais convincentes do que os fornecidos por outrem.

Miller e Rollnick (2016, p. 26), questionando pessoas em todo o mundo a respeito da utilidade de argumentos de terceiros sobre mudanças em seus comportamentos, constataram que apenas 1 em cada 20 os considerava úteis. A maioria sentia-se aborrecida, irritada, incompreendida, desconfortável, impotente e, por vezes, sem vontade de mudar. Segundo os autores, essa é uma reação natural ao reflexo de correção do profissional ou de alguém que, com as melhores intenções, direciona a conversa, dizendo aos outros o que, por que e como fazer.

Ao contrário, quando estimuladas a falar sobre a mudança a partir de sua perspectiva, e sendo escutadas com respeito, normalmente as pessoas sentem-se comprometidas, com energia, abertas e compreendidas, o que favorece o trabalho do profissional.

ALGUNS PRINCÍPIOS NO CUIDADO CENTRADO NA PESSOA

A EM foi desenvolvida a partir de teorias que colocam a pessoa no centro do cuidado. Nessa perspectiva, Miller e Rollnick (2016, p. 39 e 40), sistematizaram os principais conceitos dessa abordagem em onze princípios:

- 1º Os serviços existem para beneficiar as pessoas, e não o contrário. As **necessidades das pessoas** (clientes, pacientes, usuários, compradores etc.) têm **prioridade**.
- 2º A mudança é, fundamentalmente, **automudança**. Os serviços (tratamento, terapia, intervenções, aconselhamento etc.) facilitam os processos naturais da mudança.
- 3º As pessoas são **especialistas** em relação a si mesmas. Ninguém sabe mais sobre elas que elas próprias.
- 4º Os profissionais não têm que fazer com que a mudança aconteça. Não se pode fazer isso sem o **curso da própria pessoa**.
- 5º Os profissionais não têm que produzir todas as **boas ideias**. É possível que não tenham as melhores.
- 6º As pessoas têm seus próprios pontos fortes, motivações e recursos, sendo vital **ativá-los** para que a mudança aconteça.
- 7º Mudar requer um **trabalho conjunto** da pessoa e do profissional, uma colaboração de conhecimentos.
- 8º É importante compreender a **perspectiva** da própria pessoa sobre a situação, sobre o que é necessário e sobre como consegui-lo.
- 9º A mudança não é uma luta de poder em que, se ela ocorre, é porque o profissional “ganhou”. Uma conversa sobre a mudança deve ser mais como uma **dança**.
- 10º A motivação para mudar não está instalada, mas deve ser **evocada**. Ela já está lá e só precisa ser estimulada.
- 11º Não se pode anular a escolha das pessoas sobre seus próprios comportamentos. As pessoas tomam suas decisões sobre o que

querem ou não querem fazer, e não há mudança de objetivo até que a **pessoa** assim o **queira**.

UM PROCESSO DE DESENVOLVIMENTO

O desenvolvimento de habilidades na EM é um processo que ocorre por sucessivas aproximações, ao longo dos atendimentos, e pressupõe mudança de atitude do profissional.

Miller e Rollnick (2016, p. 40) enfatizam que, para atuar com a EM, os profissionais não precisam ter internalizado por completo esse estado, “(...) uma vez que é a prática que ensina a cada um esse espírito subjacente”. Assim, essa nova atitude, mental e afetiva, não é pré-requisito, pois se torna natural à medida em que é praticada.

Para auxiliar os profissionais a incorporar essa forma de ser, os autores sugerem que, antes dos encontros, eles se preparem, meditando e até ensaiando. Miller elaborou, com a ajuda de um ancião navajo, uma reflexão pessoal para auxiliar esse processo (MILLER e ROLLNICK, 2016, p. 41).

Guia-me para ser um companheiro paciente, para escutar com o coração tão aberto como o céu.

Concede-me visão para ver através dos seus olhos e ouvidos ansiosos por ouvir a sua história.

Cria um planalto seguro e aberto onde possamos caminhar juntos.

Torna-me um lago claro onde ele/a possa refletir-se.

Guia-me para descobrir nele/a sua beleza e conhecimento, sabendo que o teu desejo por ele/a está em harmonia: saudável, amoroso e forte.

Deixa-me honrar e respeitar a sua escolha do seu próprio caminho e abençoa-o/a por percorrê-lo livremente.

Possa eu saber mais uma vez que, apesar de sermos diferentes, existe um lugar de paz onde somos um.

William R. Miller

“CONVERSA SOBRE A MUDANÇA”

Para conduzir a “Conversa sobre a Mudança”, é importante que o profissional identifique os argumentos oferecidos pela pessoa e que refletem a importância da mudança para ela. A fala da pessoa pode apresentar diferentes elementos que compõem duas fases distintas: a preparação e a ação.

Os quatro primeiros elementos são: desejo, habilidade, razão e necessidade, que formam o acrônimo **DARN**. Esses componentes relacionam-se à fase de PREPARAÇÃO porque a pessoa ainda não está comprometida com a mudança. São considerados argumentos **PRÉ-COMPROMETIMENTO** (Quadro 8).

QUADRO 8 – EXEMPLOS DE CONDUÇÃO DA CONVERSA SOBRE A MUDANÇA NA PREPARAÇÃO

DARN	CARACTERÍSTICA	PROFISSIONAL	PESSOA
D – DESEJO (<i>DESIRE</i>)	Primeiro tema na conversa sobre a mudança. Verbos: querer, gostar e desejar	<i>Numa escala de 0 a 10, onde 0 é nenhum interesse e 10 é total interesse, quanto você deseja fazer essa mudança agora?</i>	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Eu realmente gostaria de praticar atividade física agora, então a nota é 9.</i> - <i>Sei que preciso, mas a vontade é 3 nesse momento.</i>
A - HABILIDADE (<i>ABILITY</i>)	Capacidade percebida pela pessoa. Verbo: Posso	<i>Como você poderia fazer isso?</i>	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Talvez eu possa criar uma rotina de dias para fazer atividade física.</i>
R - RAZÃO (<i>REASON</i>)	Argumentos específicos a favor da mudança. Não há verbos específicos	<i>Quais são os três melhores motivos para fazer a mudança?</i>	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Sei que me sentiria melhor se fizesse exercício regularmente.</i> - <i>Sei que me sentiria muito mais feliz e flexível.</i> - <i>Ficaria feliz de ganhar massa muscular.</i>
N - NECESSIDADE (<i>NEED</i>)	Indica uma falta ou carência. Verbos: necessito, tenho, devo, preciso	<i>Quanto essa mudança é necessária para você?</i>	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Minha saúde precisa muito disso!</i> - <i>Eu devia cuidar mais da atividade física, é uma necessidade para mim.</i>

Os três últimos elementos são orientados para a AÇÃO, e formam o acrônimo **CAT**. São eles: **compromisso**, **ativação** e **tentando/ dando passos** (Quadro 9).

QUADRO 9 – EXEMPLOS DE CONDUÇÃO DA CONVERSA SOBRE A MUDANÇA NA AÇÃO			
CAT	CARACTERÍSTICA	PROFISSIONAL	PESSOA
C - COMPROMISSO (COMMITMENT)	Verbos: vou, garanto, prometo	<i>O que você pretende fazer?</i>	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Comprometo-me a fazer atividade física.</i> - <i>Vou mudar minha alimentação.</i>
A - ATIVAÇÃO (ACTIVATING)	Verbos: proponho fazer, disponho-me a fazer	<i>O que você está pronto ou disposto a fazer?</i>	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Vou procurar um tipo de atividade física em grupo que eu possa ir.</i> - <i>Disponho-me a pesquisar sobre atividade física na internet.</i>
T - TENTANDO/ DANDO PASSOS (TAKING STEPS)	Verbos: fiz, estou fazendo	<i>O que você já fez e está fazendo?</i>	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Encontrei um grupo e vou na próxima terça-feira.</i> - <i>Hoje subi a escada ao invés de usar o elevador.</i> - <i>Não tenho tomado refrigerantes de segunda a sexta.</i>

A “**Conversa sobre manter como está**”, oposto da “**Conversa sobre a mudança**”, reflete a ambivalência e mantém a situação atual. A ambivalência envolve, muitas vezes, conflito entre os quatro elementos do DARN (desejo, habilidade, razão e necessidade). Alguns exemplos são:

- *Eu deveria praticar exercícios físicos regularmente (necessidade), mas não consigo (habilidade).*
- *Quero muito emagrecer (desejo), mas adoro comer (desejo).*
- *Meu colesterol está alto (razão), mas não consigo mudar minha alimentação (habilidade).*

Na EM, é importante distinguir ambivalência e resistência. A resistência é entendida como um componente natural no processo de

mudança, e, como tal, deve ser acompanhada e não confrontada. Uma das técnicas que podem ser utilizadas nesses casos é a inversão de papéis, no qual o profissional pede à pessoa que tente persuadi-lo a fazer a mudança, o que possibilita a ela elencar os motivos pelos quais deveria mudar. A resistência é apresentada com maior detalhamento no tópico “Princípios da EM”.

Estar atento ao que a pessoa diz e reconhecer seus desejos, habilidades, razões e necessidades de mudança, contribuem para que a pessoa se sinta, gradualmente, comprometida, ativada e disposta a dar os primeiros passos efetivos rumo à mudança.

Quando o profissional explora os argumentos da fase pré-comprometimento (DARN), está reconhecendo os valores mais profundos da pessoa, suas esperanças e o que mais lhe importa na vida. É importante ater-se e explorar esses valores, pois um valor profundo pode ser a força para a ação. Essa é a razão pela qual vale a pena explorar os argumentos das pessoas antes de passar para a fase de comprometimento (CAT).

O Buquê de flores

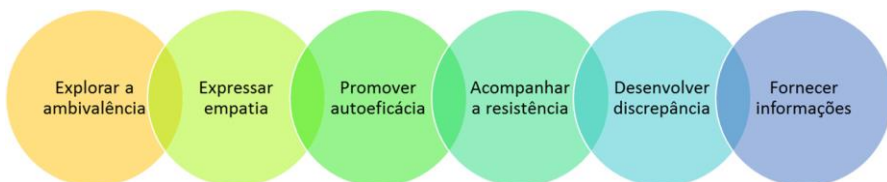
O estilo de conduzir a conversa sobre a mudança é como colher um buquê de flores em um jardim. A grama é o pano de fundo da conversa, as ervas daninhas são os argumentos contra, e as flores são os argumentos a favor da mudança. Cada argumento da pessoa a favor da mudança é uma flor que o profissional colhe para compor o buquê, que é mostrado à pessoa periodicamente, e para o qual a pessoa continua a acrescentar novas flores.

OS PRINCÍPIOS DA ENTREVISTA MOTIVACIONAL

Na EM, o profissional sabe que o que mais importa é a pessoa escutar o que ela mesma fala. Quanto mais ela escuta seus próprios argumentos para mudar ou não mudar, mais acreditará no seu ponto de vista. Assim, os SEIS princípios da EM guiam o profissional a promover que a pessoa se escute. São eles: **explorar a ambivalência, expressar empatia,**

promover a autoeficácia, acompanhar a resistência, desenvolver discrepância e fornecer informações.

Figura 7 – Os princípios da Entrevista Motivacional



1. EXPLORAR A AMBIVALENÇA

“PERSUADIMO-NOS MELHOR, DE ORDINÁRIO, COM AS RAZÕES QUE NÓS MESMOS DESCOBRIMOS DO QUE COM AS QUE OCORREM AO ESPÍRITO DE OUTREM.”

BLAISE PASCAL, 2002, p. 312

Ambivalência, para a mudança de comportamento, significa o conflito da pessoa entre “querer e não querer” mudar. A ambivalência é natural em qualquer processo de mudança de comportamento e não é, necessariamente, um mau sinal.

A EM parte do princípio de que a pessoa tende a acreditar naquilo que fala. Se o profissional conduz a conversa defendendo as vantagens da mudança, a pessoa pode falar apenas sobre as dificuldades e desvantagens de mudar. Quanto mais ela verbaliza as desvantagens, maior é a probabilidade de não fazer as mudanças necessárias. Para evitar esse resultado, o profissional precisará dar a mesma atenção aos motivos da pessoa para mudar ou não mudar. Ouvindo-se quanto às suas razões para mudar, aumentam as chances dela se comprometer com o plano de mudança.

A ambivalência envolve conflitos em quatro áreas: **desejos, capacidade, razões e necessidades**.

- Eu realmente deveria (necessidade), mas não consigo (capacidade).
- Eu quero (desejo), mas é muito difícil (razão).

Escalas que avaliam o grau de interesse podem ser utilizadas pela equipe de saúde para determinar a prontidão da pessoa para realizar a mudança nesse momento, como demonstrado a seguir.

ESCALA PARA AVALIAÇÃO DO GRAU DE INTERESSE										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Não é importante		Menos importante do que outras coisas que quero alcançar		Importância igual a outras coisas que quero alcançar			Mais importante do que a maioria das coisas que quero alcançar			É a coisa mais importante na minha vida agora

Fonte: adaptado de Souders, 2019.

Ao aplicar a escala, o profissional pode indagar sobre o porquê da indicação de um número ao invés de outro, por exemplo, ou o que seria necessário para avançar para um número maior. A escolha das estratégias de intervenção baseia-se nesses resultados e respostas. Grau de interesse baixo pode indicar estágios de motivação de pré-contemplação ou contemplação.

Algumas perguntas podem auxiliar a equipe de saúde a **explorar a ambivalência**, como:

- *O que o preocupa sobre a situação atual?*
- *Suponha que você não faça nada a respeito, o que você imagina que de pior poderá acontecer?*
- *O que o faz pensar que você deve fazer algo sobre ...?*
- *O que o incentiva a mudar?*
- *O que você tem pensando em mudar nos seus padrões de ...?*
- *Quanto essa mudança é importante para você?*
- *Quais seriam os melhores resultados que você imagina se você ...?*
- *Você se lembra de um tempo em que estava satisfeito com seu ... ? Como você se sentiu?*
- *O que você acha que funcionará melhor se você decidir mudar?*
- *O que você acha que pode acontecer se você não mudar ...?*
- *Como sua vida seria diferente se você ...?*

- *Se você acordasse amanhã e as coisas tivessem mudado por magia, como as coisas seriam melhores para você?*
- *Quais são as principais razões que você vê para ...?*
- *Quais seriam os benefícios dessa mudança para você?*

2. EXPRESSAR EMPATIA

Demonstrar **empatia** é uma das essências da EM. Significa expressar que você consegue entender o que é estar na situação do outro, aceitando a postura dele sem julgamento. Uma atitude empática auxilia a sensação de aceitação e facilita a mudança. Vale lembrar que a ambivalência é normal e demonstrar frustração com ela é contraproducente à empatia. Por isso é importante o desenvolvimento do “Espírito” da EM, sobre as formas de perguntar, escutar e informar, além dos cuidados com a expressão da postura corporal, o tom de voz, a qualidade do contato visual, entre outros.

3. PROMOVER A AUTOEFICÁCIA

Para tomar a decisão de mudar, a pessoa precisa confiar na sua capacidade de realizar a mudança e na sua força para resistir à tentação e lidar com o estresse. A crença nessa capacidade favorece, por si só, a mudança e, de acordo com Meyer (2014), aumentar o grau de confiança em mudar pode ser mais eficaz do que aumentar o grau de importância (desejo, interesse).

Pessoas com baixa **autoeficácia** e que se sentem resignadas e incapazes de mudar podem se sentir incentivadas à mudança quando o profissional as auxilia a focar em seus pontos fortes internos. Para tanto, a equipe de saúde pode apoiá-las na identificação de ações positivas já realizadas, fortalecendo a percepção quanto à capacidade de enfrentar obstáculos, por exemplo. Perguntas que podem ajudar no reconhecimento de pontos forte são:

- *Conte-me sobre uma situação em que você fez uma mudança exitosa em sua vida. Como você fez?*

- *Que qualidades ou características suas foram importantes nessa situação?*
- *O que o incentiva e inspira?*
- *Com quem você pode contar para lhe dar suporte numa mudança?*

4. ACOMPANHAR A RESISTÊNCIA

Para a EM, a **resistência** à mudança é um componente natural do processo e pode ser categorizada em: 1) resistência à mudança ou resistência intrapsíquica; e 2) resistência ao profissional de saúde ou ao tratamento, chamada de resistência interpessoal (MILLER e ROLLNICK, 2013). Independentemente do tipo de **resistência**, o profissional deve acompanhá-la ao invés de confrontá-la, deixando claro que compreende e respeita os motivos da pessoa. Novas perspectivas são oferecidas, nunca impostas, pois é a pessoa quem decide o que fazer. Esse posicionamento do profissional contribui para que a pessoa volte a uma perspectiva mais equilibrada.

O exemplo a seguir ilustra um diálogo sobre acompanhar a resistência.

Pessoa: *Eu não quero parar de fumar... tem muita gente que fuma há anos e não tem problema nenhum, assim como tem pessoas que não fumam e têm câncer!*

Profissional: *Tenha certeza de que a decisão é sua. Você é quem escolhe se vale a pena ou não continuar fumando.*

Pessoa: *Não quero mais pessoas me dizendo o que eu devo ou não fazer. Chega de sermão!*

Profissional: *Combinado! Não vou fazer sermão. Se você concordar, talvez possa me contar algo sobre a sua relação com o cigarro.*

5. DESENVOLVER DISCREPÂNCIA

Desenvolver a **discrepância** é um papel que o profissional desempenha para eliciar os argumentos da própria pessoa para a mudança,

ao promover sua reflexão sobre seus valores e objetivos de vida. Perceber o conflito ou a discrepância entre o comportamento atual e seus valores e objetivos podem atuar como força motivadora para a mudança.

Uma pessoa que tem a família em alto valor pode decidir parar de fumar com a notícia da chegada de um bebê. Outra pode decidir parar de beber para conquistar uma vaga de trabalho. Nestes exemplos, o valor “família” e o objetivo “ter um trabalho” são reconhecidos como motivos para a mudança de comportamento.

Alguns exemplos de perguntas que ajudam a pessoa a refletir sobre possíveis discrepâncias estão descritos a seguir.

a) Explorando valores:

- *O que é mais importante na sua vida neste momento?*
- *Conte-me sobre as coisas que você valoriza e que são prioritárias.*
- *De que forma você está vivendo esses valores?*

b) Explorando objetivos:

- *O que você deseja alcançar em sua vida?*
- *Quando você pensa no futuro, o que você gostaria de ter nele?*
- *Quando você mais novo, o que você sonhava em fazer da sua vida? Que tal agora?*
- *Se você pudesse fazer três pedidos para realizar três desejos, o que você pediria?*

c) Explorando discrepâncias:

- *Como seu comportamento atual reflete seus valores de vida?*
- *Como esse valor pode ajudá-lo a atingir seu objetivo de mudança?*
- *Como seu comportamento atual contribui para você atingir seus objetivos?*
- *Conte-me sobre como tem sido para você não estar vivendo seus valores tão plenamente como gostaria.*

d) Oferecendo contrapontos:

- *Você disse que gostaria de poder caminhar com seus amigos nas férias e que seu nível de energia atual o impede de fazer isso.*
- *Você disse que é importante para você brincar com seus filhos e que seu peso interfere nisso.*

6. FORNECER INFORMAÇÕES

Fornecer informação só é útil quando a pessoa está aberta a escutá-la, caso contrário, poderá criar resistência. Segundo Meyer (2014), no método da EM, a informação deve ser dada seguindo algumas orientações. Num primeiro momento, é necessário identificar o que a pessoa já tem de informação e quais são as suas concepções, ideias e crenças sobre o comportamento a ser modificado. No momento seguinte, é recomendado perguntar objetivamente se ela autoriza o fornecimento de novas informações sobre o assunto. Esta etapa é muito importante porque, além de reforçar a autonomia da pessoa, fortalece a relação de respeito, parceria e colaboração com a equipe de saúde. Por fim, é importante verificar o que a pessoa compreendeu e sentiu em relação às informações recebidas.

Etapas para fornecer informações

- 1ª - Pergunte o que a pessoa já sabe ou quais são as suas ideias sobre o comportamento-alvo;
- 2ª - Peça permissão para dar informações;
- 3ª - Pergunte o que lhe pareceu essa informação.

Alguns exemplos de como abordar estas etapas estão descritos a seguir.

a) Identificando ideias, crenças e concepções sobre o comportamento:

- *Quais são suas ideias sobre isto?*
- *O que você pensa sobre este comportamento?*
- *Eu gostaria de compreender o que você pensa sobre ...*

b) Fornecendo informação:

- *Sei algumas coisas sobre isso. Você gostaria de ouvir?*
- *Você se importaria de conversar durante alguns minutos sobre essa situação e como ela pode afetá-lo?*
- *Geralmente, quando as pessoas têm informações baseadas em pesquisas, fica mais fácil tomar uma decisão. Você tem interesse em conversar sobre elas neste momento?*
- *Li algumas declarações de pessoas que mudaram seus comportamentos e como lidaram com a situação. Você quer falar sobre isto?*

c) Checando o impacto das novas informações:

- *O que você acha dessas ideias?*
- *Como você se sente após conversar sobre estas informações?*
- *Como isso se aplica a você?*

Exemplo de um diálogo sobre o fornecimento de informações:

Profissional: *O que você já sabe sobre os perigos do uso excessivo de açúcar?*

Pessoa: ... *(expõe sua visão)*

Profissional: *Tudo bem se eu compartilhar algumas preocupações que tenho sobre o uso excessivo de açúcar?*

Pessoa: *Tudo bem!*

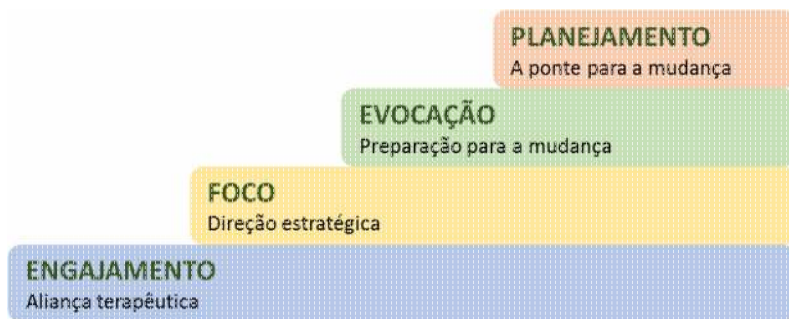
Profissional: ... *(expõe informações sobre o uso excessivo e consequência negativas)* ...

Profissional: *O que você acha dessas ideias?*

OS PROCESSOS DA ENTREVISTA MOTIVACIONAL

A EM ocorre a partir de quatro processos: **engajamento, foco, evocação e planejamento**. Estes quatro processos são sequenciais e, ao mesmo tempo, sobrepostos, ou seja, um depende do êxito do anterior e acontecem sem fronteiras bem definidas ao longo da EM. Por essa razão, são representados por uma escada pois, durante a conversa sobre mudança, pode-se dançar para cima ou para baixo, dependendo do processo que requer maior atenção.

Figura 8 - Os quatro processos da Entrevista Motivacional



Fonte: adaptado de Miller e Rollnick, 2016; Figlie e Guimarães, 2014.

Inicialmente, é necessário que o profissional se vincule à pessoa para que ocorra o **Engajamento**, ou aliança terapêutica, para a elaboração de uma solução para o problema. O engajamento é pautado na colaboração, respeito e confiança mútua, e possibilita uma maior adesão ao tratamento. O **Foco** dá a direção que ambos devem percorrer para alcançar a mudança pretendida, e cabe ao profissional estar atento para não o perder de vista. Sem uma direção definida, não é possível ao profissional evocar os recursos da pessoa. A **Evocação** é uma das principais competências do profissional, pois cabe a ele ajudar a pessoa a encontrar seus próprios motivos, recursos e objetivos quanto à mudança. Evocar não é induzir e nem direcionar, mas ajudar a pessoa a alcançar as conclusões e caminhos a serem percorridos. Finalmente, a elaboração do **Planejamento** é a fase em que os questionamentos da pessoa diminuem e ela se prepara para a ação, considerando “como” e “quando” mudar. Novamente, o planejamento não deve ser prescrito pelo profissional, e sim evocado da pessoa. Ele deve ser factível e sempre revisto.

1º PROCESSO – ENGAJAMENTO: ALIANÇA TERAPÊUTICA

O primeiro processo da EM, **engajamento**, refere-se à ligação que ocorre entre o profissional e a pessoa. Nesse período inicial, as pessoas verificam o quanto confiam e gostam do profissional, a ponto de estabelecer com ele uma aliança terapêutica. Esta decisão pode ocorrer no primeiro encontro ou pode ser um pouco mais demorada, exigindo que seja o foco dos encontros seguintes.

A atitude do profissional nesta etapa é determinante para o sucesso da EM, e poderá ajudar a pessoa a estabelecer com ele uma relação de trabalho colaborativa, de confiança e participação ativa. Para tanto, o profissional utiliza um estilo de comunicação centrada na pessoa, no qual ele procura entender a situação pelo ponto de vista dela, considerando seus interesses, necessidades e valores. Com isso, a pessoa sente-se acolhida e um clima de confiança se estabelece, permitindo que o profissional seja percebido como um parceiro para a mudança.

Além disso, pesquisas demonstram que um engajamento bem estabelecido é um importante preditor para a adesão da pessoa ao processo de mudança. Miller e Rollnick (2013) apresentam, então, três aspectos que favorecem o engajamento:

1. Estabelecimento de uma relação terapêutica de confiança e respeito mútuo;
2. Acordo quanto aos objetivos;
3. Negociação colaborativa das tarefas a serem realizadas para o alcance do objetivo.

Os autores também destacam a perspectiva da pessoa, que pode estar se perguntando:

- *Sinto respeito por este profissional?*
- *Ele me escuta e me entende?*
- *Confio nesse profissional?*

- *Ele oferece alternativas considerando a especificidade da minha situação?*
- *Ele negocia alternativas comigo ao invés de direcionar o que devo fazer?*

ALGUMAS ARMADILHAS QUE PROMOVEM DESENGAJAMENTO

No início do processo da EM, é bastante comum que a pessoa esteja ambivalente quanto à mudança e, como visto anteriormente, a postura do profissional pode contribuir poderosamente para que a ambivalência seja superada. Assim, é importante estar atento desde o primeiro atendimento, para não “cair” em algumas armadilhas que poderão gerar o desengajamento e a adoção de uma postura passiva por parte da pessoa. Algumas das principais armadilhas são descritas a seguir:

1. **ARMADILHA DA AVALIAÇÃO** – quando o profissional direciona perguntas para aquilo que quer ou precisa saber, estabelecendo um diálogo estilo pergunta e resposta (pingue-pongue). Essa atitude impede a pessoa de falar livremente sobre suas razões e impressões a respeito de sua condição, o que vai na contramão do espírito da EM. Vale ressaltar que perguntas direcionadas podem ser utilizadas em situações específicas, como será explorado no item “Perguntas Abertas”.
2. **ARMADILHA DO ESPECIALISTA** – por conhecer doenças e fatores de risco, o profissional pode assumir uma atitude que desconsidere o saber da pessoa e da comunidade. Assim, poderá ficar impaciente e não ouvir a pessoa, ou interromper e concluir suas frases. Pode, também, passar a argumentar e contra-argumentar usando a lógica, correndo o risco de estabelecer uma relação hierárquica de superioridade, indo na contramão da EM, na qual o profissional não está no controle e, portanto, não direciona o que a pessoa deve fazer.
3. **ARMADILHA DA ROTULAÇÃO** – muitas vezes o profissional e/ou a pessoa procuram dar um nome para a situação, acreditando que é necessário ter um diagnóstico. Para a EM, os problemas são explorados sem a necessidade de rótulos, evitando entrar em discussão quanto a rótulos

que podem gerar resistência e sentimentos de desconforto, prejudicando o progresso da pessoa.

4. **ARMADILHA DO FOCO PREMATURO** – o profissional pode focar prematuramente no comportamento alvo, enquanto para a pessoa é mais importante falar sobre outros aspectos. Não valorizar as informações da pessoa, distraíndo-se ou mudando de assunto, é um risco ao estabelecimento da aliança terapêutica.
5. **ARMADILHA DA CULPA** – buscar culpados pela situação é uma tendência muito comum da pessoa. O profissional deve estar atento, auxiliando-a a reformular suas preocupações e evitando que ela fique paralisada com a causa do problema ou o seu culpado. Explicações sobre o funcionamento da EM e seus objetivos também auxiliam a pessoa a compreender esse método de trabalho.
6. **ARMADILHA DO BATE PAPO** – pode ocorrer quando a pessoa, ainda ambivalente nos estágios da contemplação ou pré-contemplação, traz assuntos que fogem do foco. Cabe ao profissional avaliar se deve ceder a fim de fortalecer a aliança entre eles. No entanto, ele também deve ficar atento para que essa conversa não se prolongue, correndo o risco de diminuir a motivação e a adesão ao tratamento.

2º PROCESSO – FOCO: DIREÇÃO ESTRATÉGICA

O segundo processo, **foco**, refere-se a definir e manter uma direção para a conversa sobre a mudança. É comum, durante os atendimentos, que a pessoa traga variadas informações sobre seu contexto, sintomas e fatos cotidianos. Nesse sentido, cabe ao profissional ajudá-la a manter o foco da conversa, evitando desvios na direção da conversa sobre a mudança pretendida.

Essa etapa será mais eficaz quanto melhor for a aliança terapêutica estabelecida na fase anterior de engajamento. Se houver mais de um comportamento-alvo, o profissional deverá ajudá-la a priorizar um, mas sempre tomando o cuidado para evitar influenciar sua escolha.

Para avaliar se está conduzindo bem a manutenção do foco da conversa, o profissional pode fazer a seguinte reflexão:

- *Tenho clareza dos objetivos da pessoa?*
- *Meus objetivos são diferentes dos dela?*
- *Estamos caminhando juntos em relação a um objetivo comum?*
- *Esta conversa se parece mais com uma dança ou com uma luta?*

Caso perceba que não estão caminhando juntos em direção a um mesmo objetivo, o profissional poderá intervir, perguntando:

- *Que tal pararmos um momento para considerar o que é mais importante hoje?*
- *Hoje você parece preocupado com ... Poderíamos passar algum tempo conversando como essa situação o afeta?*

DICA

O uso de recursos visuais como deixar bilhetes ou lembretes em locais de fácil visualização, auxilia a manter o foco.

3º PROCESSO – EVOCAÇÃO: PREPARAÇÃO PARA A MUDANÇA

O terceiro processo, **evocação**, consiste em auxiliar a pessoa a expressar seus próprios argumentos e motivação para a mudança. Representa um importante papel do profissional que, ao evocar, estimula a pessoa a entrar em contato com seus sentimentos e ideias sobre o motivo da mudança, e como poderá realizá-la. Quanto mais a pessoa se escuta sobre sua motivação e razões para a mudança, mais próxima de se comprometer com ela e de atingir seu objetivo ela estará (MEYER, 2014).

Essa abordagem tem demonstrado maior efetividade nos processos de mudança pessoal, do que uma postura prescritiva, mais adequada a situações agudas e que não envolvem a necessidade de compromisso com uma mudança de comportamento a longo prazo.

Quanto mais o profissional provocar a “conversa sobre a mudança” e evitar a “conversa sobre manter-se como está”, mais apoiará a pessoa a mudar. Para isso, poderá usar perguntas abertas, reflexões e resumos.

LEMBRE-SE

Na EM o profissional de saúde é responsável pela intervenção e não pelo resultado, devendo apoiar a pessoa a fortalecer sua motivação para que atinja o resultado desejado.

Exemplos de perguntas que ajudam a evocar a mudança:

- *Por que essa mudança é importante para você?*
- *Como você pretende fazer essa mudança em sua vida?*
- *Quais são os três principais motivos para essa mudança?*
- *Em uma escala de 0 a 10, onde 0 é não pronto e 10 é totalmente pronto, quanto você se sente pronto para mudar? Por que você escolheu esse número e não um menor?*

4º PROCESSO – PLANEJAMENTO: A PONTE PARA A MUDANÇA

O processo final da EM, **planejamento**, consiste em elaborar um plano de ação concreto para atingir o resultado pretendido. Com a decisão de mudança tomada, vem o passo a passo para que ela se consolide. Perguntas sobre “**o que**”, “**quando**”, “**onde**”, “**quanto**”, e “**como**” precisam ser respondidas, ao mesmo tempo em que a pessoa assume o compromisso com seu plano.

O planejamento deve ocorrer apenas quando a pessoa estiver motivada e comprometida para mudar. É muito importante que o profissional faça perguntas-chave a fim de verificar sua prontidão para a mudança, pois um planejamento prematuro tende a diminuir a motivação, além de ser frustrante para a pessoa.

O apoio do profissional é fundamental para que o plano de ação elaborado seja **SMART** (Quadro 10), conceito que parte do acrônimo formado pelas iniciais dos termos em inglês relativos a **Específico** (*Specific*), **Mensurável** (*Measurable*), **Atingível** (*Attainable*), **Realista/Relevante** (*Realistic/Relevant*) e **Temporal** (*Time-bound ou Timely*).

QUADRO 10 -CARACTERÍSTICAS DE UM PLANO DE AÇÃO PARA MUDANÇA DE COMPORTAMENTO	
ESPECÍFICO	Tem clareza, objetividade e metas específicas.
MENSURÁVEL	Com metas que podem ser mensuradas para acompanhamento/monitoramento do progresso.
ATINGÍVEL	Viável e orientado para a ação, considerando as possibilidades da pessoa e do seu contexto de vida.
REALISTA / RELEVANTE	Oportuno, alinhado aos objetivos, vale a pena pois o esforço corresponde às necessidades e é motivador para a pessoa.
TEMPORAL	Com prazo definido para sua realização e para o alcance de metas.

Uma forma de avaliar se o plano de ação elaborado está adequado consiste em verificar o **grau de confiança** da pessoa sobre sua capacidade de executá-lo nos próximos dias, considerando seu contexto de vida. Escalas que medem o grau de confiança podem contribuir para este processo.

ESCALA PARA AVALIAÇÃO DO GRAU DE CONFIANÇA										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nada confiante na minha capacidade de execução		Pouco confiante na minha capacidade de execução		Mais ou menos confiante na minha capacidade de execução		Muito confiante na minha capacidade de execução		Totamente confiante na minha capacidade de execução		

O profissional solicita que a pessoa responda, numa escala de 0 a 10, o quanto ela se sente confiante em realizar o plano, ou seja, o quanto ela acredita que seu plano dará certo, onde 0 significa nada confiante enquanto 10 significa totalmente confiante. Algumas perguntas podem apoiar esta análise e esclarecer se o plano é factível ou não. São elas:

- a) *Analise as adaptações necessárias;*
- b) *Avalie se os recursos estão disponíveis;*
- c) *Antecipe os prováveis obstáculos;*
- d) *Avalie sua capacidade de enfrentamento e execução do plano.*

Se o grau de confiança for inferior a 7, será importante pedir para a pessoa fazer ajustes no plano de ação. Algumas perguntas podem auxiliar na análise das adequações necessárias para que a confiança aumente e alcance um grau igual ou superior a 7, como:

- *O que seria necessário para o seu grau de confiança aumentar de número?*
- *O que você poderia fazer para aumentar sua confiança neste plano?*
- *Que tal revermos as metas estabelecidas para analisarmos o que poderia ajudar no aumento da confiança?*

Outro aspecto importante, após a definição do plano, é o **monitoramento**, momento no qual a pessoa e a equipe de saúde acompanham os resultados e fazem adequações, se necessário.

A elaboração de planos de ação será abordada, detalhadamente, na parte 2 deste manual.

HABILIDADES CENTRAIS DA ENTREVISTA MOTIVACIONAL

A postura do profissional torna-se fundamental e técnicas da EM devem ser utilizadas para favorecer o engajamento. Essas técnicas foram organizadas no acrônimo **PARR** (tradução de OARS, em inglês). São elas:

- Perguntas Abertas (*Open questions*)
- Afirmações (*Affirmations*)
- Reflexões (*Reflective*)
- Resumos (*Sumaries*)

A utilização da PARR não é necessariamente linear, podendo o profissional mover-se de uma estratégia para outra, pois o objetivo é expandir os recursos e entendimentos. O sucesso no uso dessas estratégias

resultará na “Conversa sobre a Mudança”, na qual a pessoa sentirá uma maior motivação para mudar.

PERGUNTAS ABERTAS

Como um dos princípios da EM é que a própria pessoa explore suas razões para a mudança, é importante estimulá-la a falar. As **perguntas abertas** permitem maior elaboração do que as perguntas fechadas, que normalmente podem ser respondidas de forma simples, muitas vezes com um “sim” ou “não” ou com alguma outra informação breve e objetiva. As perguntas abertas demandam uma opinião ou explicação e a pessoa terá que usar seus conhecimentos e sentimentos para responder.

As perguntas fechadas são úteis para obter informações específicas, mas como não convidam a pessoa a parar, pensar, refletir e elaborar, devem ser usadas com cuidado pelo profissional. As perguntas abertas, além de muito importantes para o engajamento da pessoa, também propiciam a troca de ideias e auxiliam o profissional a obter mais informações a respeito dos motivos da pessoa para a mudança.

Alguns exemplos de **perguntas abertas** são:

- *Como posso ajudá-lo?*
- *O que você gostaria de conversar?*
- *O que o trouxe aqui?*
- *Fale-me sobre o problema*
- *Como você está se sentindo hoje?*
- *Conte-me, desde o início, como sua dor começou?*
- *Então, o que faz você pensar que seja a hora para fazer essa mudança?*
- *Quais são as suas preocupações?*
- *O que aconteceu desde o nosso último encontro?*
- *O que está lhe incomodando?*

DICAS

- Use perguntas com “como”, “quando” e “onde”
- Peça exemplos para a pessoa

O profissional deve escutar as respostas da pessoa de forma reflexiva, com empatia, evitando interrompê-la ou concluir as frases por ela. Encorajá-la a falar e demonstrar interesse é fundamental para expressar compreensão do ponto de vista da pessoa e de suas motivações. Sempre que possível, é importante manter contato visual ao fazer as perguntas, evitando ler ou escrever durante o tempo da EM.

O elemento essencial é a forma como o profissional responde ao que ouve, decodificando e parafraseando para verificar o que a pessoa está dizendo, ao invés de pressupor. Exemplos de escuta reflexiva compreendem:

- *Se eu entendi bem, você quis dizer que (...), é isso?*
- *Parece que você está preocupado...*
- *Significa que você está.... ?*

O Quadro 11 traz exemplos de perguntas abertas que podem ser utilizadas a partir de expressões da pessoa que revelam reconhecimento do problema, preocupações, intenção de mudança e otimismo.

QUADRO 11 – EXEMPLOS DE DIÁLOGOS SOBRE A MUDANÇA		
SITUAÇÃO	EXPRESSÕES DA PESSOA	PERGUNTAS ABERTAS DO PROFISSIONAL
RECONHECIMENTO DO PROBLEMA	Não tinha percebido que meu comportamento é incompatível com meu projeto de vida	<i>-O que o faz pensar que tal comportamento seja um problema?</i> <i>-De que maneira isso interfere com os objetivos de vida (...) que você descreveu?</i> <i>-De que forma você se considera prejudicado pelo seu comportamento?</i>
EXPRESSÕES DE PREOCUPAÇÃO	Nossa, o problema é mais sério do que eu imaginava!	<i>-No que seu comportamento pode ser visto como uma preocupação para você ou para a família?</i> <i>-O que você acha que pode acontecer se você mantiver seu padrão de comportamento?</i>
INTENÇÃO DE MUDANÇA	Eu preciso fazer alguma coisa para mudar	<i>-Que motivos você vê para mudar?</i> <i>-Quais as vantagens em mudar seu comportamento?</i> <i>-Que aspectos negativos você percebe em seu hábito?</i>
OTIMISMO EM RELAÇÃO À MUDANÇA	Dessa vez eu estou decidido a mudar	<i>-Por que você acha que conseguiria mudar, se quisesse?</i> <i>-O que dará certo para você, caso decida mesmo mudar?</i>

AFIRMAÇÕES

As **afirmações** são reforços positivos genuínos feitos pelo profissional que reconhece as qualidades, valores e metas da pessoa, e valida seus esforços e sucesso. As afirmações são, portanto, muito poderosas e não soam como elogios vazios. Demonstram que o profissional sente empatia pelo que a pessoa está vivenciando, por esse motivo, deve-se ter cuidado para não usar em excesso, pois podem perder a força e parecer elogios inautênticos e desagradáveis.

Alguns exemplos de **afirmações** são:

- *Fico muito feliz que você tenha dado esse passo...*
- *Essa é uma boa ideia...*
- *Seu ... mostra realmente os passos que você está dando.*
- *Compreendo o que você quer dizer com ..., imagino que tenha sido bastante difícil.*
- *Vejo que você foi bastante persistente nos últimos dias desde a última consulta.*
- *Você se segurou sob enorme ...*
- *Com todos os obstáculos que você tem agora, é impressionante (incrível) que você tenha ...*
- *Parabéns! Deve ter sido ...*
- *Muito bacana! Isso mostra que ...*
- *Isso parece uma boa ideia!*
- *Parece que pode funcionar!*
- *Você marcou um gol!*
- *Vejo que você se dedicou muito a isso!*

REFLEXÕES

Esta é a parte em que o profissional mais participa da EM e, por esse motivo, esta habilidade precisa estar bem desenvolvida. Fazer **reflexões** sobre o que a pessoa diz demonstra compreensão e empatia e, por esse motivo, deve ser feito de forma cuidadosa (Quadro 12).

As modalidades de **reflexão** consistem em: a) reflexão simples, b) reflexão amplificada, c) reflexão de dois lados, d) reformulando, e) enfatizando a escolha, f) mudando o foco, e g) vindo ao lado.

Na **reflexão amplificada**, é preciso cuidado para que a técnica não seja percebida como um sarcasmo, o que poderá gerar resistência. Já na estratégia **vindo ao lado**, é preciso considerar os riscos de concordar com a escolha, evitando reforçar a possível manutenção do comportamento pela pessoa.

Exemplos de diferentes estratégias de **reflexão** utilizadas a partir de um mesmo disparador estão descritas a seguir:

Pessoa: *Eu não pretendo voltar a fazer dieta!*

Profissional (possibilidades de reflexões):

- *Você está dizendo que vai continuar comendo o que quiser. (Reflexão simples)*
- *Sim, é sua escolha comer ou não comer. (Enfatizando a escolha pessoal)*
- *Você tem direito de escolher não fazer dieta, embora reconheça os problemas que isso poderá acarretar à sua saúde. (Reflexão de dois lados)*
- *Então você está dizendo que vai continuar comendo só aquilo que quiser pelo resto de sua vida. (Reflexão amplificada)*
- *Compreendo que você não queira fazer dieta agora. Que outras atividades você imagina realizar agora para melhorar sua saúde? (Mudando o foco)*
- *É compreensível desanimar após um deslize. Por outro lado, esta é uma oportunidade de aprender a lidar com tentações e seguir em frente. (Reformulando)*
- *Entendo que este pode não ser o melhor momento para se fazer dieta. (Vindo ao lado)*

DICAS PARA INICIAR FRASES REFLEXIVAS

- "Parece que ..."
- "Então você está dizendo que ..."
- "Do seu ponto de vista ..."
- "Estou entendendo que você ..."
- "O que te incomoda é ..."
- "Eu imagino que ...".
- "Para você é uma questão de ..."

O Quadro 12 exemplifica a conversa sobre a mudança utilizando diferentes modalidades de **reflexão**.

QUADRO 12 – EXEMPLOS DE DIÁLOGOS SOBRE A MUDANÇA E AS MODALIDADES DE REFLEXÃO		
CARACTERÍSTICA	EXPRESSÕES DA PESSOA	REFLEXÕES DO PROFISSIONAL
REFLEXÃO SIMPLES		
Demonstrar em outras palavras que compreendeu o significado das palavras da pessoa	<i>A bebida não é um problema. Meu problema é lidar com a pressão no trabalho e em casa. Eu fumo porque fumo, sem um motivo especial.</i>	<i>O verdadeiro motivo para você beber é a ansiedade que sente no trabalho e em casa. Não há motivos para você fumar. Você fuma porque escolheu fumar.</i>
REFLEXÃO AMPLIFICADA		
Amplificar, exagerar algo que a pessoa falou	<i>Meu problema é que lá em casa tudo acontece em torno de comida! Eu consigo controlar quanto eu bebo.</i>	<i>Então você pode escolher o que come, exceto quando está em sua casa. Quer dizer que você não tem de se preocupar com a bebida, o álcool nunca é um problema para você.</i>
REFLEXÃO DE DOIS LADOS		
Constatar o que a pessoa diz e acrescentar o outro lado do argumento, tanto para a mudança quanto para não mudar	<i>Não entendo como meu colesterol está tão alto. Meu médico disse que eu estava bem há pouco tempo ... Não sei como começar atividade física com tantos compromissos... trabalho, crianças, casa ...</i>	<i>Não parece possível que seu colesterol tenha subido, embora você reconheça que deixou sua dieta de lado nos últimos meses. Bem, por um lado você não consegue ver como arrumar tempo para seus exercícios físicos, e por outro, você quer muito iniciar as atividades físicas. Parece que isso é mesmo muito frustrante (afirmação).</i>
REFORMULANDO		
Sugerir uma nova maneira de olhar para a situação que seja mais consistente com a mudança desejada pela pessoa	<i>Eu não aguento mais tentar e não conseguir...</i>	<i>Às vezes é difícil acreditar que chegará lá, mas vejo seu esforço em mudar e você está de parabéns. Deslizes e recaídas fazem parte da mudança e você se fortalece ao aprender sobre o que lhe faz recair para saber evitar e chegar à manutenção.</i>
ENFATIZANDO A ESCOLHA		
Enfatizar que a escolha é da pessoa e é dela o controle sobre a mudança	<i>Eu não sei o que gostaria de fazer sobre meu diabetes. Eu teria que parar totalmente de comer açúcar?</i>	<i>Na verdade, depende de você decidir como quer lidar com esse diagnóstico.</i>
MUDANDO O FOCO		
Mudar o foco quando a pessoa parece não querer mudar, ou conversar sobre o assunto	<i>Não aguento mais. Minha vida está muito estressante, então não me importa se eu fumo ou não.</i>	<i>Você está deixando bem claro que não tem interesse ou motivação para parar de fumar agora. Então, me pergunto sobre o que você estaria disposto a mudar para melhorar sua saúde.</i>
VINDO AO LADO		
Concordar com a pessoa, por mais paradoxal que pareça.	<i>Não posso fazer isso, não consigo, sou um perdedor.</i>	<i>Talvez esse não seja o melhor momento para você fazer essa mudança.</i>

RESUMOS

Resumos são feitos pelo profissional para a pessoa, e podem ter diferentes objetivos como:

- Resumir as principais questões trazidas por ela,
- Resumir os dois lados da ambivalência,
- Trazer o foco quando a conversa está sendo improdutiva ou servindo para manter as coisas como estão,
- Fazer a transição de um tema para outro,
- Resumir a conversa sobre a mudança ao final da entrevista.

Alguns exemplos de **resumos** são:

- *Entendo que você esteja dividido. Ao mesmo tempo em que você vê vantagens para mudar seu comportamento, como (...), ele também tem pontos positivos para você, como (...).*
- *Estamos no final da nossa conversa e gostaria de lhe apresentar um resumo para ver se entendi corretamente. (...). É isso?*
- *Na última vez em que conversamos, você me contou (...)*

Uma entrevista que está funcionando bem geralmente evolui por meio de perguntas abertas que levam ao aprofundamento do tema pela pessoa. O aprofundamento pode ser potencializado pelo uso de afirmações de escuta reflexiva e mais perguntas abertas. Em encruzilhadas-chave, no entanto, quando existe a necessidade de mudar a direção ou usar outra estratégia, o profissional pode resumir o que foi dito, e então fazer outra pergunta aberta. A entrevista passa, assim, por todo o ciclo novamente.

ENCERRAMENTO DE UM ENCONTRO

Pelo método da EM, um encontro (atendimento, consulta, sessão) para abordar mudança de comportamento não tem de terminar com a concordância da pessoa em fazer algo. O sucesso pode ser medido pelo grau em que ela se moveu ao longo do contínuo da prontidão para a mudança.

Uma forma construtiva de encerrar um encontro é resumir o progresso feito até então, reiterar quaisquer preocupações e intenções de mudar, expressas pela pessoa, enfatizando sua liberdade de escolha e colocando-se à disposição como apoio. Se surgir a oportunidade, o profissional de saúde pode fazer as orientações e os encaminhamentos necessários.

O QUE NÃO É ENTREVISTA MOTIVACIONAL

Por ser frequentemente confundida com outras metodologias, Miller e Rollnick (2009) destacam dez aspectos que a **EM não é**:

1. **EM não é baseada no MTT:** Embora tenham surgido paralelamente, a EM não busca descrever o processo de mudança, como faz o MTT. Ela é, sim, um método de comunicação que visa aumentar a motivação para a mudança, respeitando o ritmo e o processo da pessoa.
2. **EM não é um meio para persuadir, manipular ou convencer:** A EM fundamenta-se na autonomia da pessoa e no seu interesse genuíno de mudança, nos seus próprios argumentos para mudar, e não nos do profissional ou da instituição.
3. **EM não é uma técnica:** Reduzir a EM a uma técnica empobrece seu sentido. Trata-se de um método de comunicação sofisticado, que exige prática e refinamento, mais próximo de uma habilidade clínica do que de uma ferramenta isolada.
4. **EM não se confunde com balança decisória:** A balança decisória pode ser utilizada para auxiliar a pessoa a perceber sua ambivalência e fazer uma escolha consciente e intencional. Entretanto, eliciar intencionalmente a “conversa sobre manter-se como está”, pode fortalecer os argumentos contrários à mudança. Além disso, o uso indiscriminado pode ir contra os princípios da EM caso não respeite a autonomia e o ritmo da pessoa.

5. **EM não depende de avaliações ou feedbacks estruturados:** Embora úteis em certos contextos, não são elementos essenciais da EM. Podem ser utilizados, desde que alinhados ao espírito motivacional da abordagem.
6. **EM não é terapia cognitivo-comportamental (TCC):** Diferente da TCC, a EM não se propõe a ensinar habilidades ou reestruturar crenças. Seu foco está em evocar nas pessoas os próprios motivos e recursos para a mudança, em um processo de parceria genuína.
7. **EM não é apenas aconselhamento centrado na pessoa:** Embora se inspire em Carl Rogers, a EM é orientada por metas e estratégias específicas para evocar a conversa sobre a mudança. O profissional escuta de forma estratégica e reflexiva, buscando reduzir resistências.
8. **EM não é fácil:** Exige um conjunto de habilidades desenvolvidas com a prática consciente e intencional dos princípios e estratégias da EM.
9. **EM não é o que já se fazia:** Apesar de parecer familiar, a EM é uma prática refinada, com escuta reflexiva intencional e uma forma específica de guiar a conversa, que não se confunde com abordagens comuns de aconselhamento.
10. **EM não é uma panaceia:** Não pretende ser uma psicoterapia completa. É uma intervenção breve, útil quando há ambivalência. Quando bem dosada, pode catalisar mudanças significativas, mas não substitui outras abordagens quando a mudança já está em curso ou exige intervenções mais extensas.

RESOLUÇÃO DE PROBLEMAS

“O PIOR DOS PROBLEMAS DA GENTE É QUE NINGUÉM TEM NADA COM ISSO!”

MÁRIO QUINTANA

De acordo com D'Zurilla e Nezu (2001), pesquisadores na área de Terapia de Resolução de Problemas há mais de 30 anos, **problemas** correspondem a situações ou tarefas, existentes ou previstas, que requerem respostas adaptativas, mas para as quais soluções efetivas de enfrentamento não são identificadas ou não estão disponíveis de imediato para a pessoa que vivencia tais situações, devido à existência de barreiras e obstáculos. Em contrapartida, **soluções** são respostas de enfrentamento que alteram a natureza dos problemas, suas consequências emocionais, ou ambos. Soluções efetivas são aquelas que, além do alcance das metas estabelecidas, maximizam benefícios (consequências positivas) e minimizam custos (consequências negativas) (D'ZURILLA e NEZU, 2001).

A habilidade em resolver problemas é desenvolvida desde a infância e pode ser aprimorada por meio de técnicas que ampliam o repertório individual e coletivo de soluções. Neste processo, a probabilidade de escolher soluções mais efetivas para a superação dos limites pessoais e ambientais vivenciados é maior.

Durante a mudança de comportamento, inúmeras situações cotidianas podem dificultar a execução das ações planejadas, colocando em risco o processo. A equipe de saúde pode auxiliar as pessoas a reconhecerem esses obstáculos e elaborar estratégias de enfrentamento, aumentando sua autoeficácia.

Quando realizados em grupo, os exercícios de solução de problemas permitem que as estratégias de enfrentamento sejam compartilhadas, assim como o monitoramento das soluções encontradas. Desse modo, as pessoas fortalecem seu processo de aprendizagem e reconhecem o que é

efetivo e viável para a sustentação do novo estilo de vida, de acordo com a sua realidade.

Duas dimensões são determinantes para os resultados do processo de resolução de problemas: a orientação frente ao problema e o estilo de resolução de problema (NEZU, 2004).

ORIENTAÇÃO FRENTE AO PROBLEMA

A **orientação frente ao problema** corresponde aos esquemas afetivo-cognitivos pessoais que representam crenças, emoções e comportamentos relativos aos problemas vivenciados, assim como a capacidade de enfrentá-los com sucesso (NEZU, 2004; NEZU, NEZU e D’ZURILLA 2012). Este processo é influenciado pela autopercepção de controle sobre o meio, englobando dois aspectos apresentados por Bandura (2008):

- **Autoeficácia** - expectativa de ser capaz de resolver problemas de forma efetiva (p. 30),
- **Expectativa de resultado** – crença de que os problemas na vida são solucionáveis.

A orientação frente ao problema pode ser positiva ou negativa, conforme demonstra o Quadro 13. Pessoas com orientação positiva tendem a enfrentar e persistir na resolução de problemas, tornando-se mais hábeis e alcançando melhores desempenhos futuros. Por conseguinte, há aumento da autoeficácia e maior otimismo na expectativa de resultado, maior enfrentamento, maior habilidade, melhores resultados e assim por diante. O contrário é observado naquelas com orientação negativa. Quanto mais evitam o enfrentamento de problemas, mais reforçam a baixa autoeficácia e as expectativas negativas de resultados, desenvolvem menos a habilidade de resolução, alcançam desempenhos insatisfatórios etc., mantendo o círculo vicioso (D’ZURILLA e NEZU, 2001; NEZU, 2004).

QUADRO 13 – CARACTERÍSTICAS DA ORIENTAÇÃO FRENTE AO PROBLEMA

ASPECTO	ORIENTAÇÃO	
	POSITIVA	NEGATIVA
CONCEPÇÃO SOBRE PROBLEMAS	Desafios	Ameaças
EXPECTATIVA DE RESULTADO	Otimista	Pessimista
AUTOEFICÁCIA	Alta	Baixa
ATITUDE NO ENFRENTAMENTO	Persistência	Desistência
AFETO	Positivo	Negativo
RESPOSTA	Satisfação	Frustração
MOTIVAÇÃO	Alta	Baixa

Fonte: adaptado de D’Zurilla e Nezu, 2001; Nezu, 2004.

ESTILO DE RESOLUÇÃO DE PROBLEMA

Há três estilos observados nas pessoas para a resolução de problemas em geral: o estilo racional, o impulsivo e o evitativo. Enquanto o primeiro é considerado adaptativo, os dois últimos são considerados mal-adaptativos (D’ZURILLA e NEZU, 1999; NEZU, 2004). Os estilos e suas características estão descritos no Quadro 14.

QUADRO 14 – ESTILOS DE RESOLUÇÃO DE PROBLEMAS

ASPECTO	ESTILO		
	RACIONAL	IMPULSIVO	EVITATIVO
CARACTERÍSTICA	Funcional Adaptativo	Disfuncional Mal-adaptativo	Disfuncional Mal-adaptativo
ATITUDE DA PESSOA	Ativa	Ativa	Passiva
PLANEJAMENTO	Sim	Não	Não
SISTEMATIZAÇÃO:	Sim, em etapas bem estruturadas:	Não, sem estruturação de etapas:	Não, sem estruturação de etapas:
1. Definição e formulação do problema	Delineia razões pelas quais determinada situação é um problema (Ex.: obstáculos) Define objetivos e metas realistas para direcionar esforços de solução	Define o problema de forma impulsiva, precipitada e descuidada Não elabora objetivos e metas e não faz análise de viabilidade	Procrastina Enfrenta os problemas apenas quando eles acontecem, de forma reativa
2. Geração de alternativas de solução	Explora inúmeras alternativas viáveis, aumentando a probabilidade de identificação de ideias efetivas	Explora poucas alternativas, pela pressa e descuido, limitando as opções de solução	Delega a outras pessoas a elaboração de soluções de problemas
3. Tomada de decisão	Analisa custo-benefício de cada solução Elabora um plano geral de solução	Escolhe a primeira ideia sem analisar custo-benefício e viabilidade. Elabora plano de solução limitado	Evita assumir a responsabilidade de decidir e depende de outros para tomar decisões
4. Implementação da solução e verificação	Implementa o plano com monitoramento e avaliação da efetividade Adapta resultados insatisfatórios Reinicia o processo com novas soluções até ser bem-sucedido	Implementa a solução sem critérios Analisa consequências de forma aleatória, descuidada e rápida	Procrastina a implementação e quando o faz, não utiliza critérios para análise
CONSEQUÊNCIAS	Planos bem-sucedidos Aumento da autoeficácia	Planos malsucedidos e inefetivos Piora dos problemas existentes e criação de novos problemas	

Fonte: adaptado de D’Zurilla e Nezu, 1999 e 2001; Nezu, 2004.

OBJETIVOS DA RESOLUÇÃO DE PROBLEMAS

As estratégias de resolução de problemas pretendem desenvolver a habilidade das pessoas em lidar com situações problemáticas, solucionando-as por meio de um conjunto de respostas efetivas (D’ZURILLA e GOLDFRIED, 1971, citado por KNAPP, 2004).

Os principais objetivos das equipes de saúde em relação à Resolução de Problemas consistem em (NEZU, 2004):

- a) Incrementar a orientação positiva,
- b) Diminuir a orientação negativa,
- c) Desenvolver o estilo racional,
- d) Diminuir os estilos impulsivo e evitativo.

Para alcançar esses objetivos, é importante o reconhecimento da orientação e do estilo frequentemente utilizado pelas pessoas a fim de apoiar o desenvolvimento de habilidades necessárias à elaboração, execução e adaptação dos planos de ação efetivos.

CICLO DE RESOLUÇÃO DE PROBLEMAS

Sternberg (2008) 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 na Figura 9, parte da identificação e definição do problema, construção de estratégias de solução, busca de informação, alocação de recurso, monitoramento e avaliação da solução do problema.

Figura 9 - Modelo de Ciclo de Resolução de Problemas



Fonte: adaptado de Sternberg, 2008.

Este ciclo apresenta similaridades com o estilo racional de resolução de problemas de D’Zurilla e Nezu (1999 e 2001), mas com um número maior de etapas (Quadro 15).

QUADRO 15 – COMPARAÇÃO DE DOIS MODELOS DE RESOLUÇÃO DE PROBLEMAS	
CICLO DE STERNBERG	MODELO RACIONAL DE D’ZURILLA E NEZU
Identificação do problema	Definição do problema
Definição do problema	Formulação do problema
Estratégias de solução	Geração de alternativas
Organização da informação	Tomada de decisão
Alocação de recursos	Implementação e verificação da solução
Monitoramento da solução	
Avaliação da solução	

Fonte: adaptado de D’Zurilla e Nezu, 1999 e 2001; Sterneberg, 2008.

As etapas do ciclo de resolução de Sternberg estão descritas a seguir.

1. IDENTIFICAÇÃO E DEFINIÇÃO DO PROBLEMA

As etapas de identificação e definição do problema são das mais importantes e difíceis de serem executadas, pois problemas aparentemente sem solução podem, na verdade, estar mal formulados. É importante reconhecer o que exatamente representa um problema ou barreira ao processo de mudança, e estabelecer uma hierarquia, elegendo um alvo para a aplicação da técnica. O problema precisa estar representado de modo a ser passível de solução.

O profissional de saúde poderá fazer perguntas para obter informações que esclareçam a situação a ser resolvida de forma clara e precisa, solicitando que a pessoa destaque os fatos relevantes e os aspectos pertinentes. Ao desdobrar o problema inicial em questões mais específicas e objetivas, é possível identificar aspectos da situação problemática que podem ser mudados e qual a natureza dessa mudança.

2. ESTRATÉGIAS DE SOLUÇÃO

Nesta etapa, o profissional de saúde convida a pessoa a explorar soluções potenciais, avaliando a viabilidade e efetividade de cada uma. A formulação de estratégias pode envolver uma fase analítica, onde o problema é dissecado em etapas menores gerenciáveis, e uma fase de síntese, onde várias características do problema são sintetizadas.

3. ORGANIZAÇÃO DA INFORMAÇÃO E ALOCAÇÃO DE RECURSOS

As informações sobre os recursos pessoais e sociais precisam ser levantadas e organizadas. Questões como quem poderia ajudar, de que forma, onde, quando, em que momento, o que é preciso, resultados de experiências anteriores, o quanto esta solução depende de si, vantagens (prós) e desvantagens (contras), entre outras, compõem o processo. Essa análise favorece a tomada de decisão, a escolha de quais soluções implementar assim como a elaboração de um plano de ação com tarefas

predeterminadas e a alocação de recursos necessários para a execução do mesmo.

4. MONITORAMENTO DA SOLUÇÃO

Para o monitoramento das soluções implementadas por meio do plano de ação, é importante a utilização de informações objetivas. Alguns exemplos são a mensuração do grau de esforço, de confiança, de motivação e de efetividade e os percentuais de realização das tarefas escolhidas.

5. AVALIAÇÃO DA SOLUÇÃO

Nessa etapa, verifica-se se as soluções foram efetivas para o alcance das metas e objetivos propostos; o que funcionou ou não; aspectos positivos e negativos; empecilhos que surgiram, e o que se imaginava e o que aconteceu. As soluções adequadas ao propósito devem ser **reforçadas** e as inadequadas ou de maior dificuldade devem ser **revistas e reorganizadas**. O processo é reiniciado e novas soluções surgem. À medida que uma tarefa foi concluída, outras são eleitas para que a habilidade em resolver problemas desenvolva-se progressivamente com maior espontaneidade e autonomia.

ETAPAS PARA 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
- Reinicie o processo quantas vezes necessário

A equipe de saúde pode utilizar o ciclo de Sternberg ou o modelo de D’Zurilla e Nezu como apoio ao desenvolvimento da habilidade das pessoas de resolver problemas. Desta maneira, é possível fomentar o estilo racional e diminuir os estilos impulsivo e evitativo.

O Quadro 16 apresenta estratégias adicionais que podem auxiliar a pessoa a encontrar soluções para seus problemas, frente a algumas dificuldades no processo.

QUADRO 16 - USANDO ESTRATÉGIAS DE RESOLUÇÃO DE PROBLEMAS	
DIFICULDADES	ESTRATÉGIAS POSSÍVEIS
A dificuldade não é um problema a ser resolvido, mas um padrão de pensamento ou comportamento Orientação negativa para solução de problemas	Usar perguntas abertas e reflexivas para a pessoa perceber padrões e reestruturar pensamentos e comportamentos Fornecer informações sobre a tecnologia de Resolução de Problemas e os estilos
Padrão procrastinador no enfrentamento do problema (estilo evitativo) e na execução do plano de ação	Usar perguntas abertas e reflexivas para a pessoa perceber padrão procrastinador Utilizar estratégias como a <u>Matriz de Gestão do Tempo</u> (ver p. 82)
Problema complexo, não sabe por onde começar	Dividir o problema em problemas menores ajuda na organização de informações
Incapacidade ou pressa em elencar soluções (estilo impulsivo)	Usar perguntas reflexivas para ajudar a pessoa a ampliar o repertório de soluções
Soluções irreais, não factíveis, com sucesso improvável	Usar a <u>balança decisória</u> para analisar custos e benefícios das soluções elencadas Avaliar viabilidade das soluções
Plano de ação vago	Incentivar o detalhamento do plano, revendo o passo a passo
Objetivo e metas obscuros	Indagar sobre objetivos e metas a serem alcançados Rever as etapas do ciclo de resolução de problemas Analisar o grau de confiança na execução do plano
Monitoramento e avaliação de resultados insuficientes	Dialogar sobre a função do monitoramento Pactuar monitoramento periódico pela equipe de saúde Apoiar adaptações necessárias com perguntas abertas

Fonte: adaptado de Pierce, 2012.

Pessoas com estilo impulsivo ou evitativo costumam gerar pendências e acúmulo de problemas (NEZU, 20014), o que aumenta a ansiedade e a frustração. A **Matriz de Gestão do Tempo** é um instrumento que pode ajudar no enfrentamento de ambos os estilos. Desenvolvida por Dwight D. Eisenhower, ex-presidente dos EUA que costumava dizer que “O que é importante é raramente urgente, e o que é urgente é raramente importante”, a matriz engloba as seguintes etapas:

1ª etapa – Elaboração de uma lista de atividades pendentes, sem considerar, num primeiro momento, a complexidade de cada atividade.

2ª etapa – Distribuição das atividades da lista nos quadrantes da matriz segundo o grau de urgência e importância, os valores pessoais e as prioridades. **Importante** é aquilo cujo resultado aproxima a pessoa de suas metas e objetivos prioritários e **urgente** é o que exige atenção imediata e que pressiona a uma ação agora.

Cada atividade deve ser colocada em apenas um quadrante, sendo:

- Quadrante 1 – muito urgente e muito importante – tarefas importantes não planejadas ou que atrasaram, imprevistos, situações críticas inesperadas;
- Quadrante 2 - pouco urgente e muito importante – tarefas importantes que podem ser realizadas com tempo e planejamento;
- Quadrante 3 - muito urgente e pouco importante – tarefas que precisam ser feitas de imediato, mas que podem ser delegadas a outras pessoas, por exemplo;
- Quadrante 4 - pouco urgente e pouco importante – distrações em geral, tarefas irrelevantes que podem ser delegadas a outras pessoas, postergadas ou evitadas.

3ª etapa – Definição de planos de ação para a execução de cada pendência, iniciando pelas muito importantes (quadrantes 1 – fazer de imediato e 2 – agendar). Quanto menos pendências no quadrante 1, menos estresse e mais qualidade de vida a pessoa experimenta. Por isto é fundamental investir tempo e planejar a execução das tarefas que estão no quadrante 2 a fim de

evitar acúmulos no quadrante 1. O que está no quadrante 3 pode ser delegado a outras pessoas e o que está no quadrante 4 pode ser realizado depois, sem necessidade de agendamento, e muitas vezes pode ser descartado.

Um exemplo de preenchimento da matriz está exposto a seguir. Vale ressaltar que a urgência e a importância dependem da pessoa e do contexto em que ela vive. Se para uma pessoa, acompanhar as redes sociais é pouco importante e é um fator de distração (como no exemplo a seguir), para alguém que trabalha como influenciador digital ou analista de mídias sociais, por exemplo, pode ser muito importante. Por isto, ao apoiar o preenchimento da matriz, a postura da equipe de saúde é de acolhimento e problematização, e não de julgamento ou definição das prioridades do outro.

MATRIZ DE GESTÃO DO TEMPO (EISENHOWER)		
	MUITO URGENTE	POUCO URGENTE
MUITO IMPORTANTE	QUADRANTE 1 (FAZER DE IMEDIATO) <ul style="list-style-type: none"> - Consultar na UBS para avaliar a piora da glicemia - Terminar o relatório para a reunião de amanhã 	QUADRANTE 2 (PLANEJAR E AGENDAR) <ul style="list-style-type: none"> - Acompanhar o plano de cuidado do diabetes com a equipe de saúde - Fazer atividade física - Organizar as férias
POUCO IMPORTANTE	QUADRANTE 3 (PODE SER DELEGADO) <ul style="list-style-type: none"> - Pegar a roupa na lavanderia - Organizar a gaveta dos medicamentos - Pesquisar o preço de um produto 	QUADRANTE 4 (PODE SER FEITO DEPOIS) <ul style="list-style-type: none"> - Acompanhar postagens na rede social - Ver e-mails de ofertas de produtos

Fonte: adaptado de Covey, 2022.

A técnica da **Balança Decisória**, abordada anteriormente no MTT (p. 29), também é uma importante ferramenta para a resolução de problemas, uma vez que apoia a tomada de decisão. Desta forma, o problema pode ser colocado na balança dos prós e contras, onde a pessoa analisará custos e benefícios das alternativas de solução.

PREVENÇÃO DE RECAÍDA

“UMA PESSOA INTELIGENTE RESOLVE UM PROBLEMA, UM SÁBIO O PREVINE.”

ALBERT EINSTEIN

A **Prevenção de Recaída** (PR) é um termo genérico que se refere a um amplo conjunto de estratégias utilizadas para prevenir e manejar recaídas. Oriunda da área de comportamentos aditivos, a PR logo passou a ser aplicada em outros processos de mudança de comportamento relativos à saúde (WITKIEWITZ e MARLATT, 2004).

O principal objetivo da PR é abordar o problema da recaída e prevenir ou gerenciar sua ocorrência. Seus objetivos específicos são (MARLATT e WITKIEWITZ, 2005):

- Prevenir um deslize inicial e manter o comportamento novo ou as metas do tratamento,
- Desenvolver estratégias para manejar deslizes ocorridos a fim de prevenir a evolução para uma recaída completa, independentemente da situação ou dos fatores de risco iminentes.

Para utilizar abordagens de PR, é necessário compreender a recaída e seus modelos explicativos.

RECAÍDA

O termo “**recaída**”, proveniente do modelo biomédico, refere-se ao retorno a um estado de doença após um período de remissão. Este conceito era predominante na década de 70, quando transtornos aditivos eram interpretados como doença e as recaídas, consequentemente, significavam um **resultado** (desfecho) no qual as pessoas eram categorizadas como doentes ou não (em uso de substância ou abstinências) (MARLATT e GORDON, 1985; BROWNELL *et al.*, 1986).

Nos anos 80, pesquisadores da área afastam-se do paradigma biomédico e passam a adotar um modelo cognitivo-comportamental de transtornos aditivos. Neste modelo, as recaídas representam um **processo** durante a mudança de comportamento, onde há retrocesso ou qualquer transgressão ao novo comportamento adotado.

O reconhecimento da história natural da recaída, de seus determinantes e de suas consequências originou o modelo de recaída de Marlatt e Gordon (1985) (Figura 10). Nele, a chance de recair a partir da exposição a situações de alto risco está intrinsecamente relacionada aos processos cognitivos e comportamentais desencadeados (MARLATT e GORDON, 1985). O modelo extrapola a área de transtornos aditivos e é aplicado a outras áreas da saúde, uma vez que a mudança de qualquer comportamento de longa duração é acompanhada por deslizos que podem, por sua vez, levar a recaídas (CARROLL, 1996; POLIVY e HERMAN, 2002).

No Modelo Transteórico de Prochaska e DiClemente, a recaída é considerada um **processo de reciclagem**, um evento esperado durante a mudança e que faz parte do aprendizado. A maioria das pessoas experimenta deslizos e a forma como elas lidam com os mesmos interfere no resultado final, ou seja, na retomada do processo de mudança ou no retorno ao comportamento anterior, caracterizando uma recaída (PROCHASKA e PROCHASKA, 2016).

FATORES DETERMINANTES DE RECAÍDA

A recaída é um processo dinâmico, complexo e multidimensional que engloba determinantes críticos intra e interpessoais, além de processos subjacentes. Estes determinantes são:

DETERMINANTES INTRAPESSOAIS

- a) **Autoeficácia** – níveis baixos de autoeficácia para o gerenciamento de situações de risco aumenta a probabilidade de recaída. Ao contrário, autoconfiança elevada geralmente prediz processos de mudança bem-

sucedidos. Em comportamentos aditivos, no entanto, estar muito confiante sobre a capacidade de controlar o uso de substâncias pode aumentar o risco de a pessoa voltar a usar e recair.

- b) **Expectativas de resultado** – o resultado que a pessoa espera ter (efeitos físicos, psicológicos ou comportamentais) ao manter ou retornar ao comportamento habitual interfere na probabilidade de recair. Se a expectativa é positiva, o risco de recaída é maior, especialmente se as consequências negativas são desconsideradas. Por exemplo, esperar ficar mais relaxado, alegre e sociável pelo consumo de álcool, aliviar a angústia comendo um doce etc. Ao contrário, se a expectativa de resultado é negativa, o risco de recair tende a diminuir.
- c) **Motivação** – corresponde ao estímulo para agir em determinada direção como mudar ou manter o comportamento atual. Quando a motivação para permanecer como está é maior, o risco de recaída também é maior.
- d) **Enfrentamento** – pouca habilidade no uso de estratégias de enfrentamento de situações de alto risco para recaídas prediz planos de ação malsucedidos. Na medida em que a habilidade aumenta, o risco de recaída diminui.
- e) **Estados emocionais** – afeto negativo (raiva, ansiedade, frustração, solidão, tédio, apreensão, tristeza, luto etc.) é preditor de risco de recaída maior. Em contrapartida, emoções como euforia podem aumentar o risco de recair também.
- f) **Craving** - traduzido como fissura, caracteriza-se pelo desejo intenso e subjetivo de repetir a experiência dos efeitos provocados por uma substância ou um comportamento, decorrente de componentes cognitivos, afetivos, comportamentais e fisiológicos. Relaciona-se diretamente com a expectativa de resultado.

DETERMINANTES INTERPESSOAIS

Apoio social – apoio social negativo prediz maior risco de recaída. Conflitos interpessoais, situações que testam o autocontrole como eventos comemorativos, pressão social direta (“coma só mais um pouquinho”, “não vá caminhar hoje”) ou indireta devido ao modelo social (amigo que usa bebida alcoólica num jantar) ou à exposição a algum gatilho para o comportamento anterior (cinzeiros ou isqueiros na casa de um familiar) são exemplos de apoio negativo. Ao contrário, relacionamentos sociais presenciais ou remotos (redes sociais etc.) que apoiam a mudança de comportamento aumentam a probabilidade de sucesso e são considerados fatores protetores.

MODELOS DE RECAÍDA

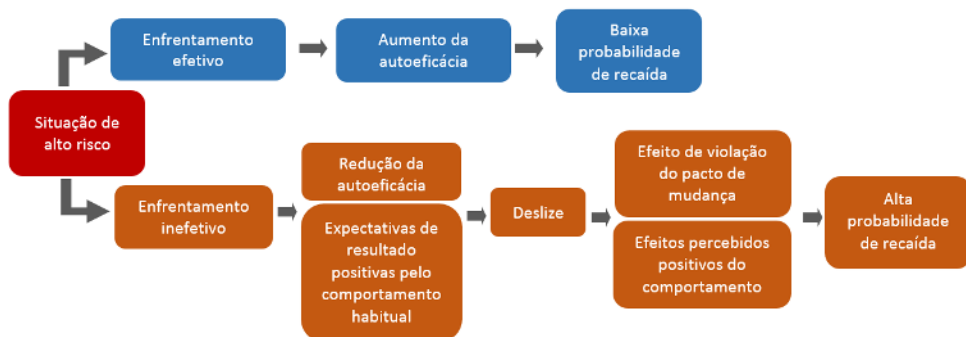
No primeiro modelo cognitivo-comportamental de recaída (MARLATT e GORDON, 1985), a resposta de enfrentamento a uma situação de alto risco para uso de substâncias desencadeia uma sequência de eventos que interferem na probabilidade de recair. Se a resposta é ineficaz, há redução da autoeficácia, que associada à expectativa de resultado positivo pelo uso da substância leva ao deslize, que, por sua vez, gera o efeito de violação da abstinência somado aos efeitos percebidos da substância, e, por fim, recaída. Intervenções de PR foram propostas para cada componente do modelo, com foco no desenvolvimento de habilidades de enfrentamento, reestruturação cognitiva e promoção de um estilo de vida saudável.

O **efeito de violação da abstinência** diz respeito às consequências que uma pessoa experimenta após violar regras autoimpostas, englobando aspectos afetivos, como culpa, vergonha e desesperança, e aspectos cognitivos. Estes últimos consistem na atribuição de significados dados ao deslize e à recaída. Se um deslize é entendido como um fator interno incontrolável, a chance de recair aumenta; ao contrário, se é entendido

como um fator externo passível de controle, a chance de recair diminui (WEINER, 1985; MARLATT e GORDON, 1985).

A Figura 10 adapta o modelo a outros comportamentos que não exclusivamente os aditivos, propondo, inclusive, a denominação **efeito de violação do pacto de mudança**.

Figura 10– Modelo cognitivo-comportamental de recaída

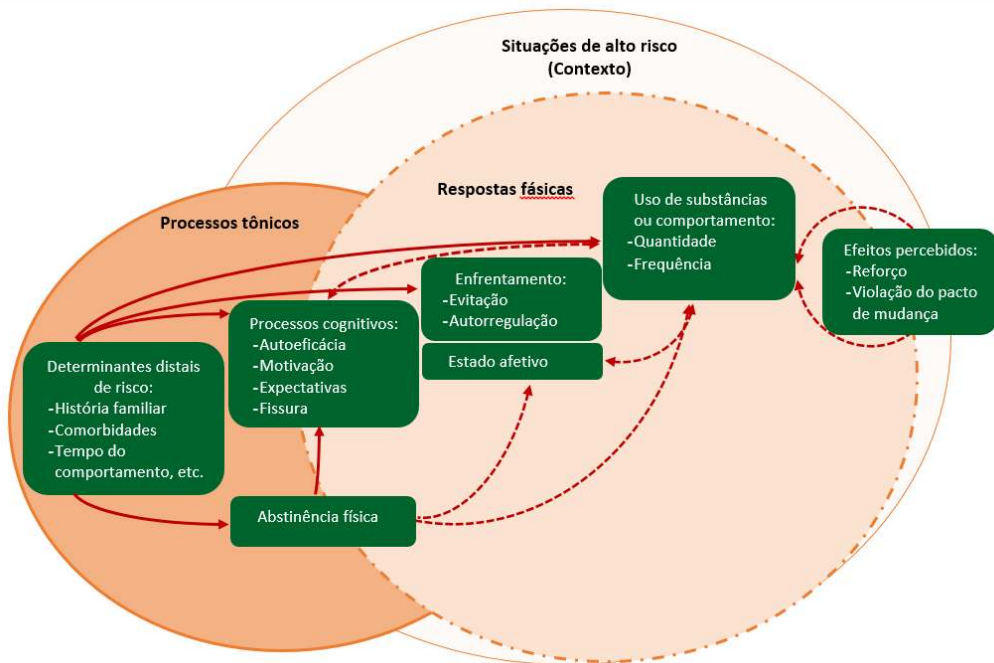


Fonte: adaptado de Marlatt e Gordon, 1985.

Com o avanço do conhecimento na área de PR e as críticas devido à linearidade do modelo, Witkiewitz e Marlatt (2004) propõem o Modelo Dinâmico de Recaída (Figura 11). Nele, o enfoque é na dinâmica das inter-relações entre as disposições, o contexto e as experiências atuais e passadas da pessoa. Para os autores, a resposta da pessoa frente a uma situação de alto risco é um processo multidimensional de auto-organização que engloba determinantes distais de risco (tempo de adição, história familiar, suporte social e comorbidades), estados fisiológicos (ex.: abstinência física), processos cognitivos (ex.: autoeficácia, expectativas de resultado, motivação, efeito de violação da abstinência), e habilidades de enfrentamento. Os determinantes distais correspondem a fatores predisponentes relativamente estáveis que aumentam a vulnerabilidade a deslizes (processos tônicos). As respostas fásicas, que englobam estratégias de enfrentamento, processos cognitivos, estados físicos e emocionais,

atuam como precipitantes imediatos de deslizes (MARLATT e WITKIEWITZ, 2005).

Figura 11 – Modelo Dinâmico de Recaída



Fonte: adaptado de Witkiewitz e Marlatt, 2004.

ABORDAGENS DE PREVENÇÃO DE RECAÍDA

As abordagens de PR baseiam-se na identificação e gerenciamento de situações de risco (LARIMER, PALMER e MARLATT, 1999; MARLAT e DONOVAN, 2005). Estas abordagens englobam as ações descritas a seguir.

1. IDENTIFICAR E MONITORAR SITUAÇÕES DE RISCO

O primeiro passo para a PR é o reconhecimento de **situações de risco**, ou seja, aquelas que ameaçam o controle e a manutenção de novos comportamentos adotados. Quando a tentação em retornar ao

comportamento habitual é muito alta e a confiança em não deslizar é muito baixa, a situação caracteriza-se como de ALTO RISCO. Para isso, é importante:

A. AVALIAR DESLIZES E RECAÍDAS ANTERIORES

Quando houveram tentativas anteriores de mudança de determinado comportamento, identificar situações que favoreceram deslizes e recaídas é importante. Para isto, recomenda-se questionar o que aconteceu, quais eram as circunstâncias, como era o estilo de vida na época, que fatores determinantes de risco estavam presentes, que imagem a pessoa fez de si e dos fatos, e quais estratégias de enfrentamento foram utilizadas.

B. FAZER O AUTOMONITORAMENTO

Instrumentos de automonitoramento (disponíveis na segunda parte deste manual) contribuem para a caracterização de situações de alto risco. Ao registrar os momentos de quase deslize e os deslizes propriamente ditos, as pessoas podem identificar padrões de risco e decisões aparentemente irrelevantes que podem desencadeá-los, como comprar ou fazer doces para as visitas ou dormir mais um pouquinho antes de ir para a caminhada do grupo, por exemplo.

C. INVESTIGAR AS CONSEQUÊNCIAS DOS DESLIZES

Um deslize aumenta significativamente o risco de recaída, mas não necessariamente leva a ela. Pela Teoria de Atribuição de Weiner (1985), o significado atribuído a um deslize interfere nas consequências do mesmo. Interpretá-lo como perda de autocontrole, fracasso pessoal, erro irreparável ou caminho inevitável para a recaída, pode levar à culpa e outras emoções negativas, aumentando a chance de recair. O efeito de violação do pacto de mudança, devido à “quebra do contrato”, pode atingir as pessoas e os

profissionais envolvidos no processo e é muito importante reconhecer os significados atribuídos aos deslizes e recaídas e dialogar sobre o assunto.

2. ELABORAR ESTRATÉGIAS EFETIVAS DE ENFRENTAMENTO

A equipe de saúde precisa engajar as pessoas na construção colaborativa de estratégias para lidar com as vulnerabilidades reconhecidas. Para isso, a abordagem dos profissionais deve ser mais cooperativa do que diretiva e basear-se em treinamento de habilidades de enfrentamento. Recomenda-se:

A. 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 do novo comportamento.

B. 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. Alguns exemplos são:

- *O que você poderia dizer para este amigo nesta situação?*
- *Imagine que sou sua sogra e explique para mim como posso lhe apoiar nesta mudança.*
- *Coloque-se naquela situação e treine o que dizer para seu companheiro.*

C. BUSCAR AJUDA

É importante comunicar as pessoas que apoiam o processo de mudança (equipe de saúde, familiares e amigos) o quanto antes sobre o deslize, e sobre a necessidade de auxílio para gerenciá-lo. Aprender a pedir apoio de forma assertiva e oportuna é uma habilidade a ser desenvolvida.

D. FAZER CONTROLE DE ESTÍMULO

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

3. ANALISAR E AUMENTAR A AUTOEFICÁCIA

Alguns passos importantes para apoiar o aumento da autoeficácia são:

- Estabelecer uma relação colaborativa entre todos os envolvidos no processo de mudança - a pessoa, a equipe de saúde, os amigos e familiares. Este aspecto é muito relevante para o profissional de saúde que está apoiando o autocuidado, uma vez que é preciso frear o desejo de prescrever comportamentos e planos de ação para a pessoa;
- Observar ativamente o comportamento e aceitar a responsabilidade sobre o mesmo e sobre a mudança dele;
- Analisar e monitorar o grau de confiança em relação à adoção do novo comportamento;
- Estabelecer metas intermediárias para aumentar a confiança no plano de ação - “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;

- 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;
- Valorizar as conquistas e celebrar os avanços nos estágios de mudança e no plano de ação, quando pertinente. Valorizar as conquistas, mesmo que aparentemente pequenas, é motivador;
- Utilizar instrumentos para monitoramento e gerenciamento de deslizes e recaídas como auxílio para a sistematização das estratégias de enfrentamento escolhidas, o monitoramento de sua aplicação e seus resultados (ver instrumentos na segunda parte do manual).

4. DESAFIAR EXPECTATIVAS DE RESULTADOS POSITIVOS

Para confrontar expectativas positivas em relação ao efeito do comportamento habitual, pode-se fazer o mapeamento de consequências imediatas e tardias do comportamento habitual e do novo comportamento. Por exemplo, avaliar os efeitos imediatos e de longo prazo do sedentarismo assim como da prática de atividade física.

5. PREVENIR E ENFRENTAR O EFEITO DA VIOLAÇÃO DO PACTO DE MUDANÇA

Quando todos os envolvidos – a equipe de saúde, a pessoa em processo de mudança e seus familiares e amigos – interpretam os deslizes como eventos esperados e subsídios para a aprendizagem, a probabilidade de recaídas tende a diminuir. Mudar um hábito é um processo de aprendizagem de novas habilidades e não um **teste da força de vontade ou de competência pessoal/profissional**.

Algumas ações podem apoiar a pessoa a confrontar pensamentos e sentimentos sobre sua performance em relação a deslizes e recaídas, lidando melhor com o efeito da violação do pacto de mudança. São elas (MARLATT e DONOVAN, 2005):

- Manter a calma e acolher possíveis sentimentos de culpa, raiva e tristeza;
- Acolher a raiva e a frustração é diferente de se entregar a elas e abandonar o plano de mudança;
- Interpretar o deslize como uma possibilidade no processo de mudança, e não um fracasso ou como se tudo estivesse perdido;
- Evitar rótulos como fracassado, fraco, sedentário, fumante etc., uma vez que o deslize não o define;
- Colocar o foco nas conquistas e no esforço realizado até o momento, e não no deslize;
- Reagir ao deslize como reage a outras situações de aprendizagem;
- Renovar o compromisso com a mudança imediatamente e não procrastinar;
- Determinar o fim do deslize, ou seja, definir que foi apenas neste momento, combatendo assim os efeitos da violação do pacto de mudança para prevenir uma recaída;
- Retomar o plano de mudança o mais rápido possível, fazendo os ajustes necessários;
- Aprender com o que aconteceu para prevenir próximos episódios;
- Ter cartões lembrete à mão, orientando o que fazer em determinadas situações ou auxiliando no término do deslize – *Foi só um deslize; comece de novo agora; Primeiro vá caminhar e depois pense se está com vontade!*

6. ATUAR SOBRE ESTRATÉGIAS GLOBAIS DE AUTOCONTROLE

Determinantes distais para recaída como estilo de vida, trabalho, situação financeira, espiritualidade, relações interpessoais, entre outros, podem aumentar a chance de exposição a situações de alto risco ou diminuir a resistência às mesmas. Analisar estes aspectos globais pode auxiliar a pessoa a atuar sobre estes fatores.

Investir em outras estratégias como gestão do estresse, balanceamento de prazer e obrigação, atividades de relaxamento, alimentação mais saudável, prática regular de atividade física, entre outros, tem um efeito sinérgico sobre o processo de mudança de comportamento. Tornar-se adito de comportamentos saudáveis (meditação, atividade física, relaxamento etc.) também é uma estratégia eficaz para lidar com o estresse e o desequilíbrio no estilo de vida.

Com relação à fissura, técnicas de relaxamento, imagética e distração podem ajudar, assim como cartões lembrete apoiando o enfrentamento com frases positivas como: *Este desejo passa logo; Procure se distrair com (...); Saia de perto da mesa e vá conversar!*

Figura 12 – Exemplos de estratégias de enfrentamento de deslizes



Fonte: adaptado de Marlatt e Gordon, 1985.

GRUPO OPERATIVO

“(...) MAS SOMOS UM GRUPO, ENQUANTO SOMOS CAPAZES DE, DIFERENCIADAMENTE, EU SER EU, VIVENDO COM VOCÊ E VOCÊ SER VOCÊ, VIVENDO COMIGO.”

MADALENA FREIRE

Os **Grupos Operativos** são uma teoria e uma estratégia metodológica para coordenação de grupos. Foi concebida pelo médico psiquiatra e psicólogo social Enrique Pichon-Rivière (1907-1977), na década de 1940. Atualmente é uma metodologia utilizada em diferentes áreas do conhecimento como saúde, educação, desenvolvimento de equipes e gestores. Segundo Menezes e Avelino (2016), no Sistema Único de Saúde (SUS), tem sua aplicação evidenciada em grupos de promoção da saúde, prevenção de doenças e cuidados específicos. Na Atenção Primária em Saúde (APS) tem se apresentado como uma estratégia potente e recomendada para o manejo de grupos de pessoas com doenças crônicas como diabetes e hipertensão, com enfoque na adesão e corresponsabilidade pelo tratamento, assim como o autocuidado. Também, há evidências científicas de sua utilização em atividades grupais com tabagistas, cuidadores de pessoas com câncer, usuários de álcool e outras drogas, entre outros.

Por se pautar na construção da aprendizagem coletiva, com foco na mudança de comportamento, as discussões sobre diferentes temáticas acontecem em grupo e com o grupo. Algumas vantagens da utilização dessa abordagem de trabalho grupal são a otimização do processo de trabalho, maior envolvimento da equipe multiprofissional, pois atua na construção de vínculos dos profissionais de saúde entre si e destes com seus pacientes.

A coordenação operativa de grupos, seguindo a técnica preconizada, exige formação específica e estudo mais aprofundado. 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 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. Existe e acontece, portanto, em torno de uma tarefa.

A tarefa, no Grupo Operativo, 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 aeróbia, maior adesão ao uso de medicamentos prescritos, entre outras.

HISTÓRIA DE VIVÊNCIAS E CONHECIMENTOS DOS GRUPOS

“(...) O HOMEM APRENDE A SER HUMANO NA COLETIVIDADE, A PARTIR DAS RELAÇÕES QUE ESTABELECE COM OS GRUPOS COM OS QUAIS CONVIVE E DAS APROPRIAÇÕES QUE FAZ DA CULTURA JÁ CONSTRUÍDA.”

LAURA MONTE SERRAT BARBOSA

Segundo a teoria de Grupos Operativos, 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 é importante no Grupo Operativo, pois 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:

TEMPO

É necessário definir e comunicar a todos os integrantes o horário de início e término dos encontros, inclusive o tempo de intervalo (necessário que aconteça), assim como o tempo de atraso que será tolerado para o início das reuniões. Outras informações como o número de encontros previstos, a frequência (semanal, quinzenal ou mensal) e a duração dos mesmos (total e por encontro) são importantes. Isso colabora para que as pessoas estejam focadas nos encontros, organizem-se com suas outras atividades, sem se preocuparem com questões externas ao grupo.

ESPAÇO

Relaciona-se às condições ligadas à organização do local em que acontecem os encontros: arrumação das cadeiras; presença de excesso de

materiais ou móveis na sala, que poderão colocar em risco a segurança dos participantes ou servirem de distratores da atenção para o grupo; privacidade garantida. O espaço precisa ser acolhedor, permitir a acomodação física e emocional de todos os participantes, possibilitando que todos se vejam e possam se ouvir.

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 Grupo Operativo, 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, que, por sua vez 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?”*; *“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. Nesse momento, o grupo sabe qual é a tarefa e identifica as potencialidades e competências disponíveis nos integrantes, 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 os interromper, 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 ou um novo desafio, o grupo passará por todos os momentos novamente, pois uma nova tensão gera confusão, que gera dissociação, que gera reflexão e mudança.

ATITUDES OPERATIVAS

As atitudes operativas são intervenções verbais ou gestuais que podem ser utilizadas pelo coordenador, pois promovem o movimento do grupo quando este paralisa. Desta forma, as intervenções possibilitam ao grupo retomar o foco na solução de impasses situações e conclusão da tarefa.

A escolha da intervenção a ser utilizada depende do contexto grupal, considerando sua tarefa, suas inter-relações e sua dinâmica. As intervenções não são receitas que podem ser utilizadas aleatoriamente. O que funciona num grupo pode não ser eficaz em outro.

MUDANÇA DE SITUAÇÃO

Quando ocorre polarização da discussão ou o grupo aborda temas não relacionados à tarefa, o coordenador propõe uma mudança de situação

perguntando, por exemplo, o que o isto tem a ver com a tarefa do grupo. Gestos e atitudes não verbais como mudar a postura na cadeira, sentar-se em outra cadeira no círculo ou trocar de lugar com participantes que sentam sempre no mesmo lugar também são mudanças de situação.

INFORMAÇÃO

Quando o grupo não entende ou tem dúvidas quanto a um conteúdo, o coordenador pode esclarecê-lo, orientá-lo quanto às fontes de informação ou lembrá-lo sobre o que já foi discutido em momentos anteriores. Informar sobre o tempo despendido para a realização de uma etapa também é importante.

ACRÉSCIMO À MODALIDADE UTILIZADA PELO GRUPO PARA APRENDER

Se o grupo paralisa frente a algumas situações, o coordenador pode trazer ideias para solucioná-las. Quando o grupo faz pouco tempo de caminhada, alegando as más condições do tempo por exemplo, o coordenador pode dizer que além da caminhada é possível subir e descer escada para completar o tempo que falta.

MODALIDADE DE ALTERNATIVA MÚLTIPLA

O coordenador fornece algumas possibilidades aos participantes como, por exemplo, procurar a informação em alguma cartilha de alimentação disponível física ou digitalmente, convidar o nutricionista para vir ao grupo fazer uma explanação, trazer revistas ou textos sobre o assunto. Porém o grupo é quem decide qual a fonte de consulta é mais conveniente.

PROPOSIÇÃO CONFLITIVA

Quando o grupo permanece na zona de conforto, o coordenador faz uma proposição que gera conflito. Se alguns integrantes sugerem a interrupção do trabalho, por exemplo, questionar o grupo sobre os

impedimentos para isso retira-o da dependência e propõe um conflito no qual todos decidem. Se os participantes assumem como tarefa do período a abstinência total de alimentos com gordura, por exemplo, o coordenador apresenta uma possível dificuldade para o grupo refletir.

EXPLICAÇÃO INTRAPSÍQUICA

É uma intervenção que explica o movimento interno do grupo para a tomada de consciência do que está acontecendo. O coordenador comenta o que observa, por exemplo, ao citar que o grupo está irritado por não ter mudado tudo de uma só vez na alimentação ou por não ter diminuído o peso corporal como o esperado. É importante inclusive apontar os avanços.

MOSTRA

É uma intervenção por meio de gestos como sinalizar com as mãos que a tarefa é do grupo ou apontar a cartilha sobre alimentação saudável como fonte de esclarecimento de dúvidas. Esta intervenção permite que o coordenador não assuma um papel diretivo, complementando a dependência do grupo em realizar sua tarefa ou conseguir aprovação.

Barbosa (2006) propõe mais três intervenções como:

VIVÊNCIA DO CONFLITO

É importante que o coordenador deixe o grupo viver o conflito, sem intervir imediatamente, resistindo ao apelo mesmo silencioso do grupo para que ele intervenha para resolver as situações conflituosas.

PROBLEMATIZAÇÃO

Quando o grupo pensa que uma solução é fácil, o coordenador problematiza, ou seja, agrega elementos dificultadores para amadurecer a discussão. Fazer perguntas ou propor questões sobre prática de atividade

física em dias de chuva e frio, almoço com feijoada na casa de parentes ou pressão da família devido à mudança de cardápio, por exemplo, são problemas que o coordenador pode trazer para a reflexão dos participantes.

DESTAQUE DO COMPORTAMENTO

É uma intervenção na qual o coordenador diz ao grupo que um comportamento mudou. Se durante alguns encontros o foco do grupo não é a tarefa, quando este comportamento muda o coordenador destaca o fato. Ele informa, por exemplo, que no início o grupo não tratava a tarefa no aqui e agora e neste momento passou a realizar a tarefa do grupo no presente.

Estas atitudes devem ser utilizadas com parcimônia, em momentos chaves, pois o excesso de intervenções pode desgastar esse recurso e deixar de produzir a operatividade. Pois, quanto mais amadurecido é um grupo, mais ele se autorregula e caminha para a realização da tarefa.

ATITUDES PARA COORDENAÇÃO DE GRUPOS

É importante que o coordenador assuma algumas posturas como:

- Ser *copensador* - pensar junto com o grupo e não pelo grupo.
- Sair do centro – não dar respostas prontas, devolver perguntas e questionamentos do grupo, com outras perguntas, evitando, assim, reforçar a dependência em relação à coordenação.
- Não impor ideias ou coagir o grupo na escolha do(s) caminho(s) para realizar a tarefa.
- Estar aberto para se deparar com o inesperado que surge da produção de um grupo, pois muitas vezes, esta não atende à expectativa idealizada ou imaginada pelo coordenador. Existem vários caminhos que podem levar à realização da tarefa.

- 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.
- Acreditar que qualquer pessoa ou grupo tem potencial para mudar, se assim desejar, e que a atividade em grupo pode potencializar a vontade de mudança e de incluir novos hábitos e formas de pensar e agir.

PARTE 2

APOIO AO AUTOUIDADO

APOIO AO AUTOCUIDADO

Diariamente os profissionais de saúde orientam as pessoas sobre o cuidado de si e a adoção de comportamentos saudáveis, em atendimentos individuais e coletivos, nos diferentes espaços de saúde. A sistematização deste processo favorece a adesão às mudanças de estilo de vida. Para isso, a equipe de saúde pode se orientar pela **Técnica dos Cinco “As”** – avalie, aconselhe, acorde (pactue), assista e acompanhe. Esta técnica facilita o reconhecimento de como está a motivação da pessoa para mudar determinado comportamento e quais as estratégias mais efetivas a serem usadas pela equipe de saúde. Desta maneira, o apoio ao autocuidado é **centrado na pessoa, considerando suas razões, necessidade e disponibilidade.**

TÉCNICA DOS CINCO “As”	
INTERVENÇÃO	TÉCNICA
AVALIE	Avalie o conhecimento, as concepções e os comportamentos da pessoa assim como o grau de motivação e confiança para assumir comportamentos saudáveis.
ACONSELHE	Aconselhe a partir dos riscos à saúde presentes, utilizando abordagem motivacional e educação autodirigida. Forneça informação à medida que a pessoa relata o que sabe sobre sua condição e quais dúvidas têm sobre a mesma. Verifique o que ela entendeu das recomendações feitas, oriente e treine as habilidades necessárias para situações específicas.
ACORDE (PACTUE)	Pactue metas específicas, viáveis, mensuráveis e de curto prazo. Estabeleça uma parceria com a pessoa para construir colaborativamente um plano de ação. Avalie o grau de confiança em alcançar a meta, considerando o contexto.
ASSISTA	Dê assistência ao processo de mudança – auxilie no planejamento, na elaboração e adequações dos planos de ação; antecipe obstáculos e treine habilidades como a resolução de problemas, o automonitoramento e a prevenção de recaídas; avalie deslizes e recaídas; forneça material de apoio.
ACOMPANHE	Acompanhe e monitore periodicamente o processo, principalmente nas fases iniciais, em intervalos curtos, elaborando com a pessoa as adequações do plano de ação e pactuando novas metas.

Fonte: adaptado de Glasgow *et al.*, 2002; 2003.

As informações a seguir orientam a abordagem individual e coletiva para o processo de mudança de comportamento e de apoio ao autocuidado, embasadas na **Técnica dos 5 “As”**. Orientam, também, a utilização de instrumentos de avaliação, planejamento e monitoramento do processo de mudança disponibilizados em diferentes formatos (em papel ou formato eletrônico) ou agrupados na **Caderneta de Autocuidado**. Ao serem preenchidos pelas pessoas, com o apoio dos profissionais de saúde, esses instrumentos favorecem o aprendizado e aumentam a autoeficácia para a superação dos desafios do cotidiano. Alguns exemplos de preenchimento de instrumentos de autoavaliação e monitoramento estão descritos no manual.

OS DOIS PRIMEIROS “As”

AVALIE E ACONSELHE

AVALIAÇÃO E ACONSELHAMENTO

Ao apresentar a **Caderneta de Autocuidado** para a pessoa ou o grupo, a equipe de saúde pode iniciar a conversa sobre estilo de vida e condição de saúde. Várias situações que interferem positivamente na saúde podem ser o foco da mudança. Algumas delas compreendem:

- Alimentar-se com comida de verdade,
- Praticar regularmente atividade física aeróbica e para força e mobilidade,
- Controlar o estresse,
- Parar de fumar,
- Estar abstinente ou evitar consumo nocivo de álcool,
- Melhorar a qualidade do sono,
- Cuidar da higiene e da saúde bucal,
- Usar medicamentos conforme orientações da equipe de saúde.

O aconselhamento parte da necessidade identificada pela pessoa e, sobretudo, do seu interesse em atuar sobre determinados comportamentos neste momento. Por isto, o processo de avaliação para a elaboração de planos de autocuidado tem como intuito apoiar a pessoa a reconhecer:

- a) Razões para cuidar de si,
- b) Pontos fortes para o autocuidado,
- c) Prováveis obstáculos ao autocuidado,
- d) Como estão seus comportamentos atuais,
- e) Áreas que precisam mudar,
- f) Motivação (grau de interesse) para mudar agora,
- g) Comportamentos saudáveis.

MOTIVOS PARA SE CUIDAR

As perguntas sobre os **três principais desejos (prioridades, metas, objetivos)** em relação à saúde e bem-estar; quem mais necessita da sua boa saúde; e **pontos fortes em relação ao cuidado de si** apoiam a identificação dos motivos para o autocuidado. A primeira traz a reflexão sobre objetivos de vida e projetos de futuro, ou seja, sobre como se quer estar no dia de amanhã, no contexto da saúde.

Pensando na sua saúde e bem-estar, assinale os seus **TRÊS** principais desejos (prioridades, metas, objetivos).



☐ Ter mais disposição e energia



☐ Perder peso



☐ Evitar dor e desconforto



☐ Estar em boa forma



☐ Manter a mente ativa



☐ Passear e curtir a vida



☐ Realizar as atividades diárias



☐ Trabalhar e ser produtivo



☐ Melhorar a aparência



☐ Ver filhos/netos crescerem



☐ Ter uma vida social ativa

Outros (anotar)

As outras duas perguntas dão luz ao papel social que cada um desempenha, evidenciando **aqueles que dependem da sua boa saúde**, e aos **pontos fortes para o autocuidado**.

Além de você, quem mais necessita da sua boa saúde?

Assinale com um X quem depende de você e para quem você precisa estar saudável. Você pode escolher mais de uma opção.

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Companheiro(a) | <input type="checkbox"/> Filho / filha | <input type="checkbox"/> Neto / neta |
| <input type="checkbox"/> Pai / mãe | <input type="checkbox"/> Avô / avó | <input type="checkbox"/> Irmão / irmã |
| <input type="checkbox"/> Amigo(s) | <input type="checkbox"/> Funcionário(s)
(colaboradores) | <input type="checkbox"/> Animal(is)
de estimação |
| <input type="checkbox"/> Ninguém | <input type="checkbox"/> Outros
(anotar) | |

Quais são alguns pontos fortes em relação ao cuidado de si?












Assinale com um X as características que você tem e que podem colaborar com o cuidado da sua saúde. Você pode escolher mais de uma opção.

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Tenho iniciativa | <input type="checkbox"/> Não desisto fácil | <input type="checkbox"/> Minha autoestima é boa |
| <input type="checkbox"/> Tenho criatividade | <input type="checkbox"/> Sei que preciso me cuidar | <input type="checkbox"/> Tenho força de vontade |
| <input type="checkbox"/> Sou otimista | <input type="checkbox"/> Tenho disciplina | <input type="checkbox"/> Lido bem com frustração |
| <input type="checkbox"/> Consigo me adaptar às mudanças | <input type="checkbox"/> Tenho tempo | <input type="checkbox"/> Tenho recursos financeiros |
| <input type="checkbox"/> Tenho apoio de familiares e amigos | <input type="checkbox"/> Outros (anotar) | |

Com estas informações, a equipe pode dialogar com a(s) pessoa(s) sobre as razões para mudar e sobre como enfrentar os obstáculos ao autocuidado, abordados com a questão **“Algo lhe impede de cuidar da sua saúde neste momento?”**.

Algo lhe impede de cuidar da sua saúde neste momento?

Considere situações que com frequência atrapalham o cuidado com a sua saúde e marque um X. Você pode escolher mais de uma opção.

			
<input type="checkbox"/> Falta de tempo	<input type="checkbox"/> Preciso cuidar dos outros	<input type="checkbox"/> Não sei o que fazer	<input type="checkbox"/> Falta de dinheiro
			
<input type="checkbox"/> Meu trabalho	<input type="checkbox"/> Doença ou deficiência	<input type="checkbox"/> Falta de força de vontade	<input type="checkbox"/> Medo de me frustrar
			<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> Outras razões (anotar) </div>
<input type="checkbox"/> Desisto fácil	<input type="checkbox"/> Falta de energia	<input type="checkbox"/> Nada, eu me cuido!	

Ao refazer estas atividades periodicamente, as pessoas reconhecem suas percepções em relação às razões, necessidades e capacidades para o

autocuidado assim como os obstáculos ao processo. Por vezes, estas percepções minimizam as potencialidades e maximizam as dificuldades e podem ser revistas no diálogo.

AVALIAÇÃO DOS COMPORTAMENTOS ATUAIS

Um ponto de partida importante para o Apoio ao Autocuidado é o reconhecimento de como a pessoa se percebe em relação a alguns comportamentos e situação de saúde, e a pergunta “Avalie como você está neste momento”, auxilia este processo.

Como você está neste momento?

Marque um X sobre o número que indica o ponto onde você está em relação ao descrito nas colunas verde e vermelha. Quanto mais você se identifica com determinado sentimento ou ação, mais perto dele você deve marcar o X.

Como comida industrializada e fast-food frequentemente	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Como principalmente comida de verdade e alimentos naturais
Sinto-me sem condições físicas de fazer o que desejo/ preciso	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Sinto-me com condições físicas para fazer tudo o que desejo/ preciso
Estou muito insatisfeito com meu corpo	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Estou muito satisfeito com meu corpo
Estou sempre tenso, preocupado, muito estressado	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Estou sempre calmo, tranquilo, pouco estressado
Meu sono é péssimo, agitado ou com noites em claro	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Meu sono é ótimo, repousante, durmo muito bem
Não fico sem cigarro ou similar (cigarro eletrônico, charuto, narguilé, etc.)	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Nunca uso cigarro ou similar (cigarro eletrônico, charuto, narguilé, etc.)
Exagero ou tenho problemas com bebida alcoólica frequentemente	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Nunca exagero ou tenho problemas com bebida alcoólica
Não cuido da higiene da boca	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Sempre cuido da higiene da boca
Uso medicamentos sem receita/ orientação frequentemente	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Nunca uso medicamentos sem receita/ orientação

Com base nas respostas, os profissionais de saúde podem mapear essas percepções e sugerir a utilização de Instrumentos de Autoavaliação. Desta maneira, as pessoas identificam áreas onde é preciso mudar e esclarecem dúvidas. A página [Programa Escute o Seu Coração](#), da Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba, disponibiliza alguns desses instrumentos e pode ser acessado durante as atividades individuais e em grupo. Refazer os testes durante a adoção de novos comportamentos também favorece o reconhecimento do que já mudou ou não.

ACONSELHAMENTO A PARTIR DA AUTOAVALIAÇÃO

As informações a seguir subsidiam o aconselhamento que perpassa todo o plano de autocuidado, desde a avaliação até a manutenção. Na medida em que as pessoas reconhecem o que é preciso manter, acrescentar e modificar nos comportamentos atuais, a equipe de saúde pode fornecer informações baseadas em evidência sobre fatores de risco e proteção à saúde, utilizando uma abordagem motivacional.

Como os **Planos de Autocuidado** são construídos a partir das necessidades de saúde identificadas pela própria pessoa, outros comportamentos além dos citados neste manual podem ser escolhidos por ela.

ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL

O questionário **“Como Está sua Alimentação”**, baseado no [Guia Alimentar para a População Brasileira](#) (versão de bolso) do Ministério da Saúde, abrange vários comportamentos alimentares e pode ser utilizado para complementar informações relevantes sobre os mesmos.

Na página [Escute seu Coração](#), um questionário simplificado sobre consumo alimentar está disponível e pode ser indicado para autoavaliação dos usuários ou para avaliação realizada pela equipe de saúde.

COMO ESTÁ SUA ALIMENTAÇÃO

DATA

Marque um X na resposta que corresponde ao seu comportamento alimentar habitual		Nunca	Raras vezes	Muitas vezes	Sempre
1	Quando faço pequenos lanches ao longo do dia, costumo comer frutas ou castanhas.	(0)	(1)	(2)	(3)
2	Quando escolho frutas, verduras e legumes, dou preferência para aqueles que são de produção local.	(0)	(1)	(2)	(3)
3	Quando escolho frutas, legumes e verduras, dou preferência para aqueles que são orgânicos.	(0)	(1)	(2)	(3)
4	Costumo levar algum alimento comigo em caso de sentir fome ao longo do dia.	(0)	(1)	(2)	(3)
5	Costumo planejar as refeições que farei no dia.	(0)	(1)	(2)	(3)
6	Costumo variar o consumo de feijão por ervilha, lentilha ou grão de bico.	(0)	(1)	(2)	(3)
7	Na minha casa é comum usarmos farinha de trigo integral.	(0)	(1)	(2)	(3)
8	Costumo comer fruta no café da manhã.	(0)	(1)	(2)	(3)
9	Costumo fazer minhas refeições sentado(a) à mesa.	(0)	(1)	(2)	(3)
10	Procuo realizar as refeições com calma.	(0)	(1)	(2)	(3)
11	Costumo participar do preparo dos alimentos na minha casa.	(0)	(1)	(2)	(3)
12	Na minha casa compartilhamos as tarefas que envolvem o preparo e consumo das refeições.	(0)	(1)	(2)	(3)
13	Costumo comprar alimentos em feiras livres ou feiras de rua.	(0)	(1)	(2)	(3)
14	Aproveito o horário das refeições para resolver outras coisas e acabo deixando de comer.	(3)	(2)	(1)	(0)
15	Costumo fazer as refeições à minha mesa de trabalho ou estudo.	(3)	(2)	(1)	(0)
16	Costumo fazer minhas refeições sentado(a) no sofá da sala ou na cama.	(3)	(2)	(1)	(0)
17	Costumo pular pelo menos uma das refeições principais (almoço e/ou jantar).	(3)	(2)	(1)	(0)
18	Costumo comer balas, chocolates e outras guloseimas.	(3)	(2)	(1)	(0)
19	Costumo beber sucos industrializados, como de caixinha, em pó, garrafa ou lata.	(3)	(2)	(1)	(0)
20	Costumo frequentar restaurantes fast-food ou lanchonetes.	(3)	(2)	(1)	(0)
21	Tenho o hábito de “beliscar” no intervalo entre as refeições.	(3)	(2)	(1)	(0)
22	Costumo beber refrigerante.	(3)	(2)	(1)	(0)
23	Costumo trocar a comida do almoço ou jantar por sanduíches, salgados ou pizza.	(3)	(2)	(1)	(0)
24	Quando bebo café ou chá, costumo colocar açúcar.	(3)	(2)	(1)	(0)
Total de pontos (soma de todos os itens)					

Resultado:

< 31 pontos – Alerta. É preciso mudar e fazer escolhas alimentares mais saudáveis.

31 a 41 pontos – Atenção, este é o meio do caminho. É preciso incrementar a alimentação para torná-la mais saudável.

> 41 pontos – Continue assim. Pelo resultado, a alimentação está excelente. É preciso manter-se engajado e persistir nas escolhas saudáveis.

Fonte: Brasil, 2018. Disponível em:

http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/guiadebolso_folder.pdf.

Para apoiar a adoção de práticas alimentares saudáveis, as recomendações do guia alimentar podem embasar a equipe de saúde. São elas:

A. Preferir os alimentos in natura ou minimamente processados.

O que são? Alimentos in natura são aqueles retirados diretamente da natureza, sem sofrerem alteração. Já os alimentos minimamente processados são aqueles que passaram por poucas alterações após deixar a natureza (ex. limpeza, moagem, congelamento) que não envolvem adição de sal, açúcar, óleo ou outras substâncias ao alimento natural.

Por que preferir esses alimentos? Suas características originais estão preservadas, sendo ótimas fontes de fibras, vitaminas e minerais.

Exemplos: legumes, verduras, frutas, batata, mandioca e outras raízes e tubérculos, arroz, milho em grão ou na espiga, feijão, lentilha, grão de bico e outras leguminosas, castanhas, nozes, amendoim e outras oleaginosas, farinhas de mandioca, de milho ou de trigo e macarrão ou massas frescas ou secas, carnes de gado, de porco e de aves e pescados, leite, iogurte (sem adição de açúcar), ovos, café, e água potável.



B. Moderar o consumo de alimentos processados.

O que são? Alimentos fabricados pela indústria por meio da adição de sal, óleo ou açúcar nos alimentos in natura, para aumentar a durabilidade e melhorar o sabor.

Por que moderar o consumo? Os ingredientes e métodos usados na fabricação desses alimentos alteram de modo desfavorável a composição nutricional desses alimentos.

Deve-se consumir esses alimentos em pequenas quantidades, como parte de refeições compostas por alimentos in natura ou minimamente processados.

Alguns desses alimentos: conservas de cenoura, pepino, ervilhas, palmito, cebola, couve-flor, extrato ou concentrados de tomate, frutas em calda e frutas cristalizadas, carne seca e toucinho, sardinha e atum enlatados, pão francês e queijos.



C. Evitar o consumo de alimentos ultraprocessados.

O que são? Formulações industriais, que contêm grande quantidade de açúcar, sal e óleo, além de possuírem uma lista grande de ingredientes, como aditivos químicos, corantes, aromatizantes e realçadores de sabor.

Por que evitar o consumo? Apresentam composição nutricional desbalanceada, favorecem o consumo excessivo de calorias e tendem a afetar negativamente a cultura, a vida social e o meio ambiente.

Alguns desses alimentos: biscoitos, sorvetes, balas e guloseimas em geral, cereais matinais, misturas para bolo, barras de cereal, sopas industrializadas, macarrão e temperos instantâneos, molhos, salgadinhos de pacote, refrescos e refrigerantes, iogurtes e bebidas lácteas adoçados e aromatizados, bebidas energéticas, produtos congelados e prontos para aquecimento (massas, pizzas, hambúrgueres e empanados), salsichas e outros embutidos, pães de forma, de hambúrguer ou hot dog, pães doces e produtos panificados.



- D. Procurar fazer as refeições em horários semelhantes todos os dias. Evitar “beliscar” nos intervalos entre as refeições.**
- E. Desenvolver e compartilhar habilidades culinárias. Sempre que possível, cozinhar em companhia.**
- F. Beber água, no mínimo, 6 a 8 copos. Preferir o consumo no intervalo das refeições.**
- G. Sal, óleos, gorduras e açúcar são produtos básicos para temperar e cozinhar alimentos, mas devem ser utilizados em pequenas quantidades.**
- H. Alimentar-se sempre devagar desfrutando o que está comendo, sem se envolver em outra atividade como uso do computador, TV, celular etc.**
- I. Dar preferência, quando fora de casa, a locais que servem refeições feitas na hora. Restaurantes de “comida a quilo” podem ser boas opções. Levar comida caseira para o local de trabalho ou de estudo é uma excelente iniciativa.**
- J. Ler o rótulo dos produtos. Quanto maior o número de ingredientes desconhecidos, maior a possibilidade deste produto ser ultraprocessado. A lista é descrita no rótulo seguindo a ordem de quantidade que compõe o produto, sendo o primeiro ingrediente o que está em maior quantidade.**

PRÁTICA DE ATIVIDADE FÍSICA AERÓBIA

Entre as modalidades de atividade física, a aeróbia é a que tem maior impacto em desfechos de saúde, especialmente redução do risco cardiovascular. Para a Organização Mundial da Saúde, ela deve ser realizada preferencialmente no tempo livre (lazer). A recomendação para adultos e idosos é de pelo menos 150 minutos de atividade de moderada intensidade, ou 75 minutos de atividade vigorosa por semana, ou uma combinação de ambas.

Alguns exemplos são:

- Atividade aeróbia moderada - caminhada rápida, natação, dança, vôlei recreativo, bicicleta leve, ginástica aeróbia leve, jardinagem leve, ioga, pilates etc.
- Atividade aeróbia vigorosa - corrida, futebol, basquete, bicicleta rápido, ginástica aeróbia rápido, muay thai etc.

Ao preencher o instrumento **Calcule seu Tempo de Atividade Física Semanal no Tempo Livre**, a pessoa pode verificar como está sua média semanal em relação ao que é recomendado e observar sua evolução. No instrumento, o tempo semanal de atividade física vigorosa é multiplicado por 2 (dois), para facilitar o cálculo final. Desta maneira, nos campos do Total Geral, é só inserir os valores e fazer a soma final.

A atividade aeróbia é a primeira recomendação para pessoas fisicamente inativas, se não houver restrição e se este for o comportamento escolhido no momento da pactuação do plano de autocuidado.

Existem calculadoras automáticas disponíveis em aplicativos e páginas online, como na página [Escute o Seu Coração](#), que calcula a média semanal de atividade física realizada no tempo livre.

CALCULE SEU TEMPO DE ATIVIDADE FÍSICA SEMANAL NO TEMPO LIVRE E DE DESLOCAMENTO¹

Pensando numa semana normal, anote quanto tempo você pratica **ATIVIDADE FÍSICA MODERADA** no lazer e no deslocamento para o trabalho, curso, escola, etc. Considere somente as atividades que você realiza por pelo menos 10 minutos contínuos de cada vez.

Atividade física moderada é aquela que faz a sua respiração ou seus batimentos cardíacos aumentarem um pouco, por exemplo, caminhar, pedalar leve na bicicleta, nadar, dançar, fazer ginástica aeróbica leve, jogar vôlei recreativo, carregar pesos leves, fazer serviços domésticos na casa, no quintal ou no jardim como varrer, aspirar, cuidar do jardim, etc.

Dia	Média diária de ATIVIDADE FÍSICA MODERADA em minutos
Segunda	
Terça	
Quarta	
Quinta	
Sexta	
Sábado	
Domingo	
Faça a soma	Total A =

Pensando numa semana normal, anote quanto tempo você pratica **ATIVIDADE FÍSICA VIGOROSA** no lazer e no deslocamento para o trabalho, curso, escola, etc. Considere somente as atividades que você realiza por pelo menos 10 minutos contínuos de cada vez.

Atividade física vigorosa é aquela que faz a sua respiração ou seus batimentos cardíacos aumentarem muito, como, por exemplo, correr, fazer ginástica aeróbica, jogar futebol, pedalar rápido na bicicleta, jogar basquete, fazer serviços domésticos pesados em casa, no quintal ou cavoucar no jardim, carregar pesos elevados, etc.

Dia		Média diária de ATIVIDADE FÍSICA VIGOROSA em minutos	
Segunda			
Terça			
Quarta			
Quinta			
Sexta			
Sábado			
Domingo			
Faça a soma		Multiplique por 2	Total B =

Resultado final: soma do Total A com o Total B

Recomendação para adultos e idosos - 150 minutos ou mais na semana, distribuídos ao longo de 5 dias.

¹Adaptado do Questionário Internacional de Atividade Física – versão curta (MATSUDO et al, 2011).

ATIVIDADES DE FORÇA E MOBILIDADE

A associação de atividades para o desenvolvimento de força e mobilidade à atividade física aeróbia traz maiores benefícios à saúde.

As atividades de mobilidade dão amplitude aos movimentos corporais e trabalham equilíbrio e coordenação motora, melhorando a capacidade funcional para o desempenho de atividades da vida diária como vestir-se, tomar banho, lavar o cabelo, cozinhar, alimentar-se etc. Sessões de 20 minutos de alongamento, sejam no solo, com barras ou com faixas, realizadas de maneira individual ou em grupo, são exemplos destas atividades.

Atividades de força trabalham massa muscular e também o equilíbrio, colaborando, por exemplo, na melhoria da massa óssea, prevenção de quedas, prevenção e controle de dor, e manutenção da independência. Exercícios com o próprio peso do corpo (flexões, agachamentos, abdominais etc.), com carga (alteres ou outros pesos) ou com elásticos são os mais comumente utilizados para este fim.

As atividades de força e mobilidade podem ser um próximo passo para os que já realizam atividade aeróbia, ou a primeira escolha conforme o desejo ou a necessidade da pessoa. Por serem realizadas em ambientes fechados, até mesmo dentro de casa, são boas alternativas para superar barreiras relativas à mobilidade urbana, violência social e outras.

A recomendação para pessoas adultas e idosas é de realizar atividades de força para grandes grupos musculares duas ou mais vezes na semana.

PESO CORPORAL SAUDÁVEL

A classificação do estado nutricional (disponível em [Escute seu Coração](#)) baseia-se no Índice de Massa Corporal (IMC) e os pontos de corte são diferentes para pessoas adultas ou idosas, conforme demonstra o quadro a seguir. Mas atenção! Atletas, fisiculturistas, gestantes, crianças e adolescentes devem ter o estado nutricional avaliado com outras técnicas

CLASSIFIQUE SEU ESTADO NUTRICIONAL

1. Calcule seu Índice de Massa Corporal

$IMC = \text{peso em kg} \div \text{altura em metros} \div \text{altura em metros}$

2. Marque a alternativa que corresponde à sua faixa de idade e ao valor do seu IMC

De 20 a 59 anos		CLASSIFICAÇÃO
	Até 18,4 kg/m ²	Baixo peso
	Entre 18,5 e 24,9 kg/m ²	Adequado
	Entre 25 e 29,9 kg/m ²	Sobrepeso
	Maior ou igual a 30 kg/m ²	Obeso
60 anos e mais		CLASSIFICAÇÃO
	Até 22 kg/m ²	Baixo peso
	Entre 22,1 e 26,9 kg/m ²	Adequado
	Entre 27 e 29,9 kg/m ²	Sobrepeso
	Maior ou igual a 30 kg/m ²	Obeso

Fonte: WHO, 1995; American Dietetic Association, 1994.

Quando as pessoas preenchem os campos disponíveis no portal para esta avaliação, as informações são autorreferidas e podem estar desatualizadas. Por isto, na US, recomenda-se verificar a data da última aferição de peso e altura, atualizá-la no atendimento/consulta, quando necessário, e realizar nova classificação de acordo com os achados.

Se na elaboração do **Plano de Autocuidado** a perda de peso for uma das pactuações, o importante é esclarecer a pessoa que este é um **objetivo** que depende de comportamentos como a alimentação saudável e a prática de atividade física. Portanto, as pactuações deverão ocorrer considerando estas áreas.

ESTRATÉGIAS DE GESTÃO DO ESTRESSE

Existem, atualmente, dois principais modelos teóricos sobre o estresse, o modelo biológico e o modelo interacionista (ou transacional) (SILVA, GOULART e GUIDO, 2018).

O **modelo biológico** trata dos mecanismos fisiológicos do estresse e de suas repercussões físicas e psicológicas em três diferentes fases: reação de alarme, de resistência e de exaustão ou esgotamento.

O **modelo interacionista** surge da constatação de que as pessoas respondem de maneiras diferentes aos estressores. Nele, o estresse é considerado a resultante da interação entre a pessoa e o ambiente externo ou interno de onde parte o estímulo. Ao vivenciar determinada situação (interna ou externa), a pessoa pode percebê-la e interpretá-la como um desafio, uma ameaça ou um evento não relevante, a depender dos seus recursos psicológicos, sociais e culturais. Se for considerada ameaçadora, ela desencadeará uma reação de estresse e o indivíduo recrutará estratégias para seu enfrentamento ou adaptação. O estresse é, portanto, uma equação que engloba o quanto uma pessoa se percebe ameaçada ou em perigo frente a uma situação (fator estressor), o quanto se sente capaz de gerenciá-la e superá-la, assim como as reações emocionais desencadeadas e o esforço de controle neste processo (LAZARUS e FOLKMAN, 1984; WETHINGTON, GLANZ e SCHWARTZ, 2015).

Todas as pessoas experimentam estresse em situações desafiadoras e que exigem um certo esforço diariamente. Nem sempre o estresse tem repercussões negativas (distresse), ao contrário, sua conotação pode ser positiva quando ele proporciona desenvolvimento e crescimento pessoal. Este é o chamado estresse construtivo e o organismo está preparado para lidar com as alterações fisiológicas que o acompanham. Na medida em que a pessoa se percebe muito ameaçada pelas situações do cotidiano e pouco capaz para controlar o estresse, o impacto sobre a pessoa e o organismo é maior.

O questionário **Como você percebe seu nível de Estresse**, versão em português da *Perceived Stress Scale* (PSS10) – Escala de Estresse Percebido, (REIS, HINO e RODRIGUEZ-ÁÑEZ, 2010) avalia o grau em que determinadas situações ocorridas nos últimos 30 dias são percebidas como estressantes e pode ser aplicada a diversos grupos etários. As questões, embasadas em critérios científicos, verificam o quanto a pessoa avalia sua vida como

imprevisível, incontrolável e sobrecarregada. O questionário está disponível na página [Escute seu Coração](#).

COMO VOCÊ PERCEBE SEU NÍVEL DE ESTRESSE ¹						
Nos últimos 30 dias, com que frequência:		Nunca	Quase nunca	Às vezes	Pouco frequente	Muito frequente
1	Você ficou aborrecido com algo que aconteceu inesperadamente?	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
2	Você sentiu que foi incapaz de controlar coisas importantes na sua vida?	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
3	Você esteve nervoso ou estressado?	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
4	Você esteve confiante em sua capacidade de lidar com seus problemas pessoais?	(4)	(3)	(2)	(1)	(0)
5	Você sentiu que as coisas aconteceram da maneira que você esperava?	(4)	(3)	(2)	(1)	(0)
6	Você achou que não conseguiria lidar com todas as coisas que tinha por fazer?	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
7	Você foi capaz de controlar irritações na sua vida?	(4)	(3)	(2)	(1)	(0)
8	Você sentiu que todos os aspectos de sua vida estavam sob controle?	(4)	(3)	(2)	(1)	(0)
9	Você esteve bravo por causa de coisas que estiveram fora de seu controle?	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
10	Você sentiu que os problemas se acumularam tanto que você não conseguiria resolvê-los?	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
Total de pontos (somatória)						
Resultado						
Pontuação		Classificação				
7 a 15 pontos		Grau baixo				
16 a 20 pontos		Grau moderado				
20 ou mais pontos		Grau alto				

¹ Escala de estresse percebido Fonte: Reis, Hino e Rodriguez-Añez, 2010.

O primeiro passo para a gestão do estresse é reconhecer o quanto ele é percebido no dia a dia. O próximo inclui a avaliação das situações consideradas mais estressoras para elaborar estratégias de como lidar com elas.

Identificar os fatores estressores pode ser mais fácil do que identificar o que auxilia na gestão do estresse cotidiano. Listar **Atividades de Gestão do Estresse** pode contribuir para este reconhecimento e gerar reflexões sobre como inclui-las na rotina diária. A equipe de saúde pode

perguntar o que a pessoa faz durante a semana para relaxar, esquecer os problemas e descansar, em quais momentos ela se sente longe das angústias do dia a dia, por exemplo.

Quando necessário, cite exemplos do que outras pessoas costumam fazer como exercícios de respiração, passeios, atividades religiosas ou espirituais, assistir a filmes, praticar relaxamento, dançar, etc.

Algumas orientações que podem auxiliar as pessoas em relação ao estresse são:

- A. Transformar tarefas grandes em menores – para atividades que parecem grandes e difíceis, transformá-las em etapas menores pode diminuir a sensação de incapacidade e aumentar a confiança em realizá-las.
- B. Conversar com alguém – compartilhar sentimentos com familiares, amigos e pessoas de confiança diminui a sensação de isolamento.
- C. Ampliar as redes de relacionamentos – Para aumentar as conexões é importante:
 - Planejar a interação com as pessoas – tempo, meios, atividades;
 - Conectar-se diariamente a pessoas de confiança, utilizando diferentes meios de comunicação;
 - Participar de grupos, clubes etc.;
 - Participar de eventos, atividades, cursos relacionados às áreas de interesse;
 - Voluntariar-se – apoiar outras pessoas faz bem à saúde.
- D. Fortalecer aspectos construtivos do cotidiano – a maioria das pessoas costuma supervalorizar as dificuldades e as frustrações. Listar três aspectos construtivos do seu dia pode criar hábitos novos de valorização de bons resultados.
- E. Identificar pensamentos de fracasso a respeito de si e procurar reconhecer seu potencial de superação para romper um ciclo vicioso de autodepreciação.

- F. Ser mais ativo fisicamente e ter uma alimentação saudável – há uma sinergia de benefícios à saúde entre os comportamentos saudáveis e medidas antiestresse.
- G. Organizar e priorizar – ser proativo construindo uma lista de tarefas com o que é preciso fazer, definindo prioridades, pode ajudar em dias mais estressantes e com mais atividades.
- H. Diversificar atividades – aprender coisas novas, ir além da rotina e construir novas relações interpessoais pode trazer sensação de maior satisfação.
- I. Respirar profunda e pausadamente – inúmeros exercícios de respiração podem ser utilizados e um deles está exposto no Box 1.

Box 1 - EXERCÍCIO DE RESPIRAÇÃO PROFUNDA

Ambiente: de preferência quieto, calmo e acolhedor, roupas e calçados confortáveis.

Posição: sentado, com as pernas afastadas e descruzadas, pés no chão, olhos fechados e costas bem apoiadas no espaldar da cadeira.

- a) **Reconheça sua respiração:** coloque uma mão sobre o abdome e a outra sobre o peito. Observe primeiro se o ritmo da sua respiração é lento ou rápido. Depois, verifique se a mão que subiu mais foi a do peito (superficial) ou do abdome (profunda).
- b) **Aprenda a respiração abdominal:**
 - Inspire pelo nariz de forma lenta e profunda, contando até três. Segure o ar por três segundos e expire lentamente pela boca, contando até seis.
 - Agora, repita o processo e ao inspirar, expanda o abdome (como um balão que infla), percebendo a mão sobre o abdome subir. Segure o ar por três segundos e expire, encolhendo o abdome até esvaziar.
 - Repita a respiração cinco a seis vezes. Interrompa as repetições se ficar tonto.

Fonte: adaptado de Brasil, 2015a e 2019.

- J. Relaxar a musculatura – o relaxamento muscular progressivo proposto por Jacobson (1938) é indicado para ações de autocuidado na gestão do

estresse e de condições crônicas. Consiste numa sequência de tensionamento muscular sustentado seguido de relaxamento (Box 2).

Box 2 - EXERCÍCIO DE RELAXAMENTO MUSCULAR PROGRESSIVO

Ambiente: de preferência quieto, calmo e acolhedor, roupas e calçados confortáveis.

Posição: sentado, com as pernas afastadas e descruzadas, pés no chão, olhos fechados e costas bem apoiadas no espaldar da cadeira.

Sequência:

- a) **Respire lenta e profundamente** - preste atenção apenas à sua respiração.
- b) **Inicie o relaxamento:**
 - **Mãos** - Feche as mãos com força por 10 segundos e solte os dedos um a um, sentindo o relaxamento.
 - **Ombros** - Eleve os ombros em direção às orelhas, mantendo a posição por 10 segundos e soltando completamente a tensão. Repita 5 vezes.
 - **Pescoço** - Leve o queixo em direção ao peito por alguns segundos, mantendo a posição, e depois relaxe.
 - **Boca** - Com a boca aberta, estique a língua para fora durante 10 segundos e depois relaxe. No momento seguinte, coloque a língua no céu da boca por 10 segundos e relaxe.
 - **Costas** - Com os ombros apoiados no encosto da cadeira, curve as costas para frente levemente, mantenha a posição por 10 segundos e depois relaxe.
 - **Pés** - Estique os dedos dos pés como se fosse se apoiar na ponta dos pés, mantenha a posição por 10 segundos e relaxe.
- c) **Encerramento** – quando se sentir totalmente relaxado, abra os olhos.

Fonte: adaptado de Jacobson, 1938; Brasil, 2019.

Outro exercício (Box 3) consiste no relaxamento muscular orientado ascendente.

Box 3 – EXERCÍCIO DE RELAXAMENTO MUSCULAR ASCENDENTE ORIENTADO

Ambiente: de preferência quieto, calmo e acolhedor, roupas e calçados confortáveis.

Posição: sentado, com as pernas afastadas e descruzadas, pés no chão, olhos fechados e costas bem apoiadas no espaldar da cadeira.

Sequência:

- a) **Respire lenta e profundamente** - preste atenção apenas à sua respiração.
- b) **Inicie o relaxamento muscular:**
 - Preste atenção nos seus pés e imagine que eles estão confortáveis e aquecidos, como se estivessem no sol ou imersos em água morna.
 - Aos poucos, preste atenção às pernas e perceba a mesma sensação de calor e conforto subindo por elas.
 - Lentamente, a sensação de calor e conforto chega ao quadril, abdome e peito e toda esta região fica relaxada e aquecida.
 - Agora observe seus braços e perceba o calor se espalhando pelos mesmos. Dali, ele sobe para os ombros, pescoço, nuca e couro cabeludo.
 - Preste atenção no rosto e deixe o calor se espalhar pela boca, bochechas, olhos, sobrancelhas e testa.
 - Todo o seu corpo está relaxado, aquecido e confortável. Permaneça assim por alguns minutos, aproveitando a sensação de calor e relaxamento.
- c) **Encerramento** - conte mentalmente até dez e abra os olhos.

Fonte: adaptado de Brasil, 2015a.

- K. Relaxamento pelo Exercício de Fantasia – esta é uma outra atividade de relaxamento que utiliza a imaginação (Box 4).

Box 4 – EXERCÍCIO DE FANTASIA

Ambiente: de preferência quieto, calmo e acolhedor, roupas e calçados confortáveis.

Posição: sentado, com as pernas afastadas e descruzadas, pés no chão, olhos fechados e costas bem apoiadas no espaldar da cadeira. Se preferir, faça o exercício deitado.

Sequência:

- a) **Respire lenta e profundamente** - preste atenção apenas à sua respiração.
- b) **Inicie uma contagem mentalmente de um a dez** – enquanto você conta, cada número direciona seu corpo e sua mente a uma sensação de relaxamento profundo.
 - **Um** – você está mais relaxado,
 - **Dois** – a sala está desaparecendo,
 - **Três** – a sensação de tensão vai diminuindo,
 - **Quatro** – todos os sentimentos de inquietude desaparecem,
 - **Cinco** – o relaxamento aprofunda um pouco mais,
 - **Seis** – a tensão diminui mais ainda,
 - **Sete** – você parece um boneco de pano de tão relaxado,
 - **Oito** – seu corpo quer descansar,
 - **Nove** – cada vez mais relaxado e descansado,
 - **Dez** – você está totalmente relaxado.
- c) **Faça o exercício de fantasia** – Imagine-se num lugar da natureza que lhe deixa calmo, tranquilo e com uma sensação de paz e segurança. Perceba as cores, a luminosidade, a temperatura aconchegante, cheiros e aromas, brisa, sons. Imagine um riacho próximo a você, com águas límpidas e calmas. Escute o barulho da água correndo, sinta o sol refletido na água. Seu corpo e mente são inundados por uma sensação de tranquilidade, conforto e leveza. Nenhuma tensão ou preocupação afetam sua mente. Permaneça mais um pouco neste lugar e registre no seu corpo e na sua memória esta sensação.
- d) **Encerramento** - aos poucos, sinta seu corpo na cadeira, movimente-se lentamente e abra os olhos, permanecendo com a sensação de tranquilidade e relaxamento.

Fonte: adaptado de Brasil, 2019.

As atividades de respiração lenta e profunda, relaxamento e fantasia podem ser realizadas em diferentes locais e momentos do dia. Estando em grupo, algum participante pode conduzir a atividade. Estando só, a pessoa pode gravar o roteiro, se necessário. É importante pactuar com familiares e amigos tempo e local para a realização das mesmas, evitando interrupções. Com o treino, a capacidade de concentração aumenta e as interferências do ambiente externo tornam-se menores.

SONO DE QUALIDADE

Ao responder o instrumento **“Como está a qualidade do seu Sono”**, baseado na versão brasileira (FALAVIGNA *et al.*, 2011) do *Mini Sleep Questionnaire* (ZOMER *et al.*, 1985), a pessoa pode identificar sintomas relativos ao sono e buscar apoio nas equipes de saúde para avaliação e orientações de acordo com os resultados.

Orientações gerais sobre higiene do sono previnem condições capazes de comprometer a regularidade e a qualidade do sono e podem ser ofertadas independente da classificação. São elas:

- Manter horários regulares para deitar e levantar,
- Procurar manter um ambiente silencioso, escuro e com temperatura agradável,
- Evitar usar equipamentos eletrônicos como computadores, televisão, *tablets*, *smartphones* e outros,
- Imediatamente antes de deitar, evitar exercícios vigorosos e bebidas alcoólicas,
- Evitar alimentos com cafeína como chá preto, café, refrigerantes à base de cola, guaraná, bebidas energéticas; pimenta, gengibre e comidas gordurosas,
- Caso não consiga parar o uso de tabaco, evitá-lo após o anoitecer,
- Evitar atividades estimulantes no horário de dormir,
- Evitar o uso crônico de medicações para insônia,
- Evitar dormir ou cochilar durante o dia.

COMO ESTÁ A QUALIDADE DO SEU SONO ¹							
Assinale a resposta que melhor descreve seu sono	Nunca	Muito raramente	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Muito frequentemente	Sempre
1 Você tem dificuldade para adormecer à noite?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
2 Você acorda de madrugada e não consegue adormecer de novo?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
3 Você toma tranquilizantes ou remédios para dormir?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
4 Você dorme durante o dia?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
5 Ao acordar de manhã, você ainda se sente cansado(a)?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
6 Você ronca à noite (que você saiba)?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
7 Você acorda durante a noite?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
8 Você acorda com dor de cabeça?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
9 Você sente cansaço sem ter nenhum motivo aparente?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
10 Você tem sono agitado como mudanças constantes de posição ou movimentos de pernas/ braços (que você saiba)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
Total de pontos (soma dos números acima das respostas escolhidas)							
Resultado							
Pontuação				Classificação			
10 a 24 pontos				Sono bom			
25 a 27 pontos				Sono levemente alterado			
28 a 30 pontos				Sono moderadamente alterado			
30 ou mais pontos				Sono muito alterado			

¹Mini questionário do sono, versão brasileira do *Mini-Sleep Questionnaire*. Fonte: Falavigna et al., 2011.

Além das orientações de higiene do sono, algumas intervenções não medicamentosas podem contribuir para as pessoas com sono alterado. Uma delas é a **terapia de controle do estímulo**, cujo objetivo é descondicionar a

resposta mal-adaptativa ao ambiente e ao ato de dormir. Para isto, há duas regras básicas:

- Ir para cama apenas quando estiver sonolento(a),
- Levantar-se da cama e mudar de ambiente, adotando atividades repousantes, caso tenha dificuldade para dormir por mais de 15 minutos.

Na **terapia de restrição de sono**, a principal recomendação é evitar permanecer na cama em horários diferentes e/ou por tempo prolongado para compensar o sono alterado.

Para pessoas com dificuldade em iniciar o sono, atividades de relaxamento, respiração profunda e meditação podem auxiliar (ver [Box 1 a 4](#), p. 126-129).

CESSAÇÃO DO TABAGISMO

Além de investigar o uso do cigarro e de outros produtos do tabaco fumado, é muito importante identificar a exposição domiciliar ou ocupacional à fumaça dos mesmos. O instrumento **Teste sua Condição em Relação ao Tabagismo** investiga ambas as situações e também está disponível na página [Escute o Seu Coração](#).

TESTE SUA CONDIÇÃO EM RELAÇÃO AO TABAGISMO	
Tem pessoas que fumam perto de você em locais fechados (casa, escola ou trabalho, por exemplo)?	
SIM	Cuidado! Se você convive com fumantes em ambientes fechados, isto faz de você um fumante passivo. O fumo passivo é a 3ª causa de doenças crônicas não transmissíveis e representa um risco para sua saúde. Evite ambientes com fumaça de cigarro e proteja o seu coração! Conheça a Lei Municipal Antifumo ¹ , ela pode lhe ajudar a defender seus direitos.
NÃO	Continue assim! Evite ambientes fechados em que se fuma e defenda seu coração! Este é um direito seu!

¹ <https://www.legisweb.com.br/legislacao/?id=174302>

Você fuma?	
Não, nunca fumei.	Continue assim! Não fumar é uma escolha saudável para você e para seu coração! Além disto, protege as pessoas do seu convívio e o meio ambiente.
Não, parei de fumar.	Continue assim! Você fez uma escolha saudável! Se perceber risco de voltar a fumar, procure apoio em serviços de saúde.
Sim, cigarro industrializado	Gostaria de parar de fumar?
	SIM Parabéns! Esta é uma escolha fundamental para a saúde do seu coração. Você pode buscar apoio para esta tarefa, tanto por meio de apoio motivacional, como ajuda de medicamentos. Procure um serviço de saúde para encontrar esta ajuda.
	NÃO Cuidado! Caso você mude de ideia, procure um serviço de saúde para apoiá-lo. Parar de fumar melhora a saúde em geral e a saúde do seu coração também!
Sim, outros produtos (cachimbo, charuto, narguilé, cigarro de palha, cigarro eletrônico etc.)	Você consegue ficar mais de uma semana sem usar este produto sem sentir alterações físicas ou emocionais desta ausência?
	SIM Preste Atenção! Você não apresenta indícios de dependência, mas, ainda assim, deve se esforçar para eliminar este hábito.
	NÃO Cuidado! Você apresenta indícios de dependência e deve buscar eliminar este hábito para prevenir danos ao seu coração e outros órgãos.

A realização do **Teste de dependência de nicotina de Fagerström** traz informações importantes tanto para a pessoa que fuma como para a equipe, uma vez que orienta as intervenções mais adequadas ao resultado encontrado.

PARA FUMANTES - TESTE DE DEPENDÊNCIA DE NICOTINA DE FAGERSTRÖM				
Marque um X na resposta que corresponde ao seu comportamento	Respostas			
Quantos cigarros você fuma por dia?	10 ou menos	De 11 a 20	De 21 a 30	Mais de 30
	(0)	(1)	(2)	(3)
Quanto tempo depois de acordar você fuma o primeiro cigarro?	Menos de 6 minutos	Entre 6 e 30 minutos	Entre 31 e 60 minutos	Mais de 60 minutos
	(3)	(2)	(1)	(0)
Você tem dificuldade de ficar sem fumar em locais proibidos?	SIM		NÃO	
	(1)		(0)	
Qual cigarro do dia lhe traz mais satisfação?	O primeiro da manhã		Outros	
	(1)		(0)	

Você fuma com mais frequência pela manhã?	SIM	NÃO
	(1)	(0)
Você fuma mesmo doente?	SIM	NÃO
	(1)	(0)
Total de pontos (somatória dos números acima das respostas escolhidas)		

Fonte: Fagerström e Schneider, 1989; versão portuguesa validada por Carmo e Pueyo, 2002.

O escore final determina o grau de dependência e as orientações.

GRAU DE DEPENDÊNCIA DE NICOTINA PELO TESTE DE FAGERSTRÖM		
Pontuação	Grau de dependência	Orientações
0 a 2 pontos	Muito baixo	Para você, o cigarro está muito associado a fatores psicológicos e não físicos. Mudar alguns aspectos do seu comportamento será importante para você conseguir deixar de fumar. Caso sinta dificuldades, busque apoio de um serviço de saúde.
3 a 4 pontos	Baixo	Para você, o cigarro está associado a fatores psicológicos. Para que você consiga deixar de fumar, é fundamental que você mude aspectos do seu comportamento que estão muito ligados ao cigarro e se readapte à sua nova rotina. Caso sinta dificuldades, busque apoio de um serviço de saúde.
5 pontos	Médio	Para você, o cigarro está associado a fatores psicológicos, com indícios de dependência física da nicotina. A mudança de comportamento será decisiva para você deixar de fumar. Caso sinta dificuldade, busque apoio de um serviço de saúde.
6 a 7 pontos	Elevado	Seu grau de dependência física da nicotina é elevado! Para você, o cigarro está associado a fatores psicológicos com elevada dependência física da nicotina. Você pode parar se estiver determinado em mudar o seu comportamento e sua rotina. Caso sinta dificuldades, busque apoio de um serviço de saúde.
8 a 10 pontos	Muito elevado	Para você, o cigarro está associado a fatores psicológicos, com dependência física da nicotina muito elevada. Você pode recorrer ao apoio de um serviço de saúde para parar de fumar.

Fonte: Fagerström e Schneider, 1989; versão portuguesa validada por Carmo e Pueyo, 2002.

Para os fumantes que desejam parar de fumar agora e que apresentam grau de dependência elevado ou muito elevado, a consulta médica para prescrição de tratamento medicamentoso está indicada.

O uso do narguilé e de dispositivos eletrônicos para fumar (DEF), como o cigarro eletrônico (vape) e o tabaco aquecido, estão cada vez mais frequentes em nosso meio e é importante orientar as pessoas sobre os riscos à saúde, como:

- A chance de iniciação ao tabagismo aumenta assim como de recaídas em ex-fumantes;
- Se for de uso coletivo, há maior risco de exposição a herpes, hepatite C, tuberculose e outras doenças da boca;
- Uma hora de uso de narguilé corresponde à inalação da fumaça de 100 a 200 cigarros;
- Um cigarro eletrônico equivale a 20 cigarros comuns devido à concentração de nicotina e ao número de tragadas. O uso de vapes pode levar a níveis de nicotina no sangue até 6 vezes superiores.
- O uso de longo prazo de narguilé com tabaco relaciona-se à dependência química, doença periodontal, doenças cardíacas e pulmonares e ao câncer;
- Cigarro eletrônico, tabaco aquecido e outros DEF contêm aditivos, inúmeras substâncias tóxicas e concentrações variáveis de nicotina, aumentando o risco de câncer, doenças respiratórias e cardiovasculares.

ABSTINÊNCIA / CONSUMO NÃO NOCIVO DE ÁLCOOL

Para o rastreamento de risco em relação ao **consumo de álcool**, a página [Escute seu Coração](#) disponibiliza o questionário ASSIST² (versão 3.1, adaptada e validada para o Brasil). Este questionário, na sua versão completa, aborda o uso de outras substâncias e tabaco.

Ao dialogar sobre os resultados encontrados, a equipe de saúde pode identificar os riscos, intervir de acordo com o padrão de uso atual e evitar a evolução para níveis mais pesados de uso até a dependência.

² Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test, WHO, 2005; versão adaptada e validada para o português por Henrique et al., 2004.

COMO ESTÁ O SEU PADRÃO DE USO DE ÁLCOOL (ASSIST)					
PERGUNTA	SIM	NÃO			
1. Na sua vida, você já usou bebidas alcoólicas? (somente uso não medicinal) Resposta não , perguntar – Nem mesmo quando estava na escola? Resposta não para as duas perguntas, interromper aqui. Resposta sim para uma ou ambas as perguntas, prosseguir.					
PERGUNTA	Escore parcial				
	Nunca	1 ou 2 vezes	Mensalmente	Semanalmente	Diariamente ou quase todos os dias
2. Durante os três últimos meses, com que frequência você utilizou bebidas alcoólicas? Se NUNCA, pule para a questão 6.	0	2	3	4	6
3. Durante os três últimos meses, com que frequência você teve um forte desejo ou urgência em consumir bebidas alcoólicas?	0	3	4	5	6
4. Durante os três últimos meses, com que frequência o seu consumo de bebidas alcoólicas resultou em problemas de saúde, sociais, legais ou financeiros?	0	4	5	6	7
5. Durante os três últimos meses, com que frequência, por causa do seu uso de bebidas alcoólicas, você deixou de fazer coisas que eram normalmente esperadas de você?	0	5	6	7	8
PERGUNTA	Escore parcial				
	NÃO, nunca	SIM, nos últimos 3 meses	SIM, mas não nos últimos 3 meses		
6. Há amigos, parentes ou outra pessoa que tenham demonstrado preocupação com seu uso de bebidas alcoólicas?	0	6	3		
7. Alguma vez você já tentou controlar, diminuir ou parar o uso de bebidas alcoólicas e não conseguiu?	0	6	3		
Somatória dos escores parciais das questões 2 a 7					

Fonte: Henrique *et al.*, 2004; WHO, 2005.

INTERPRETAÇÃO DO RESULTADO (SOMATÓRIA) E RECOMENDAÇÕES:

- 0 a 10 - o risco é baixo porque, apesar do uso ocasional, não há problemas relacionados ao uso neste momento. Recomenda-se intervenções de promoção da saúde e prevenção;
- 11 a 26 - o risco é moderado e há provável consumo nocivo. Recomenda-se intervenção breve;
- ≥ 27 - o risco é alto, há provável dependência e recomenda-se tratamento mais intensivo.

A intervenção breve caracteriza-se por:

- a) Rastrear o padrão de uso,
- b) Fazer feedback sobre os riscos associados ao padrão atual de uso,
- c) Negociar metas para redução de uso ou abstinência, apoiando a pessoa na responsabilização pelas decisões,
- d) Aconselhar com informações claras e objetivas sobre riscos e consequências na saúde,
- e) Fornecer opções para lidar com o contexto, as escolhas, o tratamento,
- f) Ter empatia,
- g) Apoiar o desenvolvimento da autoeficácia.

CUIDADO COM A SAÚDE BUCAL

O Questionário **Como está sua Saúde Bucal**, além de possibilitar uma autoavaliação, orienta ações de cuidado de acordo com cada uma das respostas. O teste está disponível a página [Escute seu Coração](#).

COMO ESTÁ SUA SAÚDE BUCAL	
Você costuma escovar os dentes após as principais refeições do dia? (considere café da manhã, almoço e janta)	
SIM	Muito bom, continue assim! Lembre-se que a escova de dentes e o creme dental com flúor são seus grandes aliados!
NÃO	É muito importante remover os resíduos de alimentos e a placa bacteriana (aquela massinha branca que se forma sobre os dentes), sempre após as principais refeições. Ela é a causa das cáries e de muitas doenças da boca. Lembre-se que a escova de dentes e o creme dental com flúor são seus grandes aliados!
Você usa o fio dental todos os dias?	
SIM	Ótimo, assim seus dentes permanecem bem limpos.
NÃO	Entre os dentes as cerdas das escovas não conseguem limpar. Então passe o fio dental pelo menos uma vez por dia ok?
E a língua? Você limpa quando faz a escovação?	
SIM	Muito bom, continue assim!
NÃO	A língua é como um tapete felpudo, fica muita sujeira sobre ela. Use a própria escova ou raspe a língua com uma colher. Coloque a colher virada para baixo lá atrás e puxe para frente. Esta sujeira que sai é a principal causa de mau hálito!
Você tem algum dente quebrado ou com buraco ou doendo?	
SIM	Não espere. Procure um dentista imediatamente. Estas situações podem se agravar. Seu dentista vai saber o que fazer.
NÃO	Então deve estar tudo bem com eles. Mesmo assim, não esqueça de visitar um dentista regularmente.
As suas gengivas parecem inchadas ou muito avermelhadas ou sangram quando você escova ou passa o fio dental?	
SIM	Estes são sinais de inflamação ou até de uma infecção. <u>Não deixe de escovar nem passar o fio dental.</u> É justamente a boa higiene que cura a maioria destes sinais. Se com a melhora da higiene isto não passar, procure um dentista ok?
NÃO	Então deve estar tudo bem com eles. Mesmo assim, não esqueça de visitar um dentista regularmente.

Fonte: Coordenação de Saúde Bucal, Departamento de Atenção Primária à Saúde, SMS Curitiba, 2018.

Em relação ao **Autoexame de Boca**, o roteiro à procura por manchas, feridas, caroços ou inchaços e áreas doloridas engloba:

- Começar pelos lábios olhando pelo lado de fora e virá-los para olhar por dentro;
- Puxar a bochecha de um lado e olhar por dentro, repetindo no outro lado;

- Colocar a língua para fora e olhar sobre ela; colocar para um lado e depois para o outro para visualizar bem as laterais. Levantar a língua e olhar embaixo dela e no assoalho da boca;
- Inclinar a cabeça para trás e olhar o céu da boca;
- Abrir bem a boca e dizer “aaaaaaaaa”, tentando olhar atrás da língua e a garganta;
- Apalpar o pescoço e abaixo da mandíbula.

Se após o autoexame for encontrado algo diferente ou houver dúvida, a recomendação é de procurar a US para avaliação com o cirurgião dentista.

Atenção! Feridas que não cicatrizam há mais de 15 dias devem ser avaliadas o mais rápido possível.

CUIDADO COM O USO DE MEDICAMENTOS (ADESÃO MEDICAMENTOSA)

O cuidado com o uso de medicamentos diz respeito à capacidade e a motivação da pessoa em aderir ao tratamento medicamentoso prescrito. Para avaliar este comportamento, a equipe de saúde precisa verificar:

- A prescrição realizada e as orientações fornecidas,
- O grau de motivação para o uso conforme a prescrição,
- O padrão de utilização dos medicamentos,
- A autonomia na gestão dos medicamentos,
- A rede social e familiar de apoio,
- O acesso aos medicamentos - locais onde os medicamentos são retirados em um mês típico, gasto mensal médio e eventuais dificuldade de acesso.

Os questionários **Autonomia na Gestão dos Medicamentos** e **Acesso aos Medicamentos** facilitam esta identificação.

AUTONOMIA NA GESTÃO DOS MEDICAMENTOS			
Assinale os horários de tomada dos medicamentos ao longo do dia			
Café da manhã []	Lanche da manhã []	Almoço []	
Lanche da tarde []	Jantar []	Hora de dormir []	
Assinale os comportamentos / situações encontradas			
Usa os medicamentos conforme prescrito, sem dificuldades			
Tem dúvidas sobre como usar os medicamentos			
Não gosta de usar medicamentos ou tem medo que lhe faça mal			
Interrompe os medicamentos quando se sente melhor ou nas férias, fins de semana, festas			
Confunde ou troca os medicamentos às vezes			
Dificuldade em:			
a) Ingerir alguns medicamentos			
b) Pegar os medicamentos no dia a dia			
c) Lembrar de tomar todos os medicamentos			
d) Ler o que está escrito na embalagem			
e) Abrir e fechar embalagens			
Necessita auxílio para usar alguns dos medicamentos			
Tem rede social de apoio ao uso de medicamentos - cuidador, familiar, vizinho, colega etc.			
Observações:			
ACESSO AOS MEDICAMENTOS			
Marque os locais onde os medicamentos são adquiridos (gratuitos ou não)			
[] Unidades de Saúde		[] Farmácia Privadas	
[] Programa “Aqui tem Farmácia Popular”		[] Farmácia do Estado	
[] Farmácia do ambulatório / hospital		[] Doação	
Há dificuldade de acesso (ir até os locais para buscar / comprar; documentos etc.)		SIM []	NÃO []
Deixa de tomar algum medicamento por questões financeiras		SIM []	NÃO []

Fonte: adaptado de Brasil, 2015b.

O Questionário **Como está seu Tratamento Medicamentoso**, além de possibilitar a autoavaliação, orienta ações de cuidado a partir das respostas.

COMO ESTÁ MEU CUIDADO EM RELAÇÃO AO USO DE MEDICAMENTOS	
Conheço os medicamentos que tomo e para o que foram indicados?	
SIM	Muito bom, continue assim! É muito importante você conhecer os medicamentos que foram prescritos e saber para qual finalidade foram indicados.
NÃO	Converse com os profissionais da US para esclarecer suas dúvidas e receber orientações. Conhecer seus medicamentos evita possíveis erros na hora de se medicar.
Entendo a importância de tomar os medicamentos conforme a prescrição?	
SIM	Muito bom, continue assim! Você está colaborando com o sucesso do seu tratamento e evitando complicações futuras como internamentos, gastos financeiros, necessidade de afastamento de suas atividades, entre outras.
NÃO	Usar seus medicamentos conforme a prescrição aumenta a chance de você evitar complicações futuras e ter um tratamento seguro e eficaz.
Consigo tomar os medicamentos sozinho?	
SIM	Muito bom, continue assim! Mas se precisar, não hesite em pedir ajuda.
NÃO	É importante informar aos profissionais de saúde sobre suas limitações. Eles irão apoiá-lo a identificar pessoas (familiares, vizinhos, cuidadores, amigos etc.) que lhe auxiliem na administração dos seus medicamentos.
Algo me impede de tomar os medicamentos ou fazer o tratamento medicamentoso até o final?	
SIM	Compartilhe seu problema com os profissionais de saúde. Com apoio algumas soluções podem ser identificadas para que você realize seu tratamento.
NÃO	Muito bom, continue assim! Você está colaborando com o sucesso do seu tratamento.
Lembro de tomar os medicamentos no horário indicado na receita?	
SIM	Muito bom, continue assim! É muito importante que os medicamentos sejam usados na dose e no horário estipulados.
NÃO	O uso de alarmes sonoros (relógios/celulares), lembretes colocados em lugares específicos, ajuda de familiares ou outras pessoas são algumas estratégias que podem auxiliar na solução deste problema. Procure a melhor para você e aplique.
Tomo os medicamentos prescritos mesmo quando estou me sentindo bem?	
SIM	Muito bom, continue assim! Usando os medicamentos você irá contribuir com seu tratamento.
NÃO	Preste atenção! Não deixar de usar os medicamentos e fazer o tratamento completo, mesmo que os sintomas de sua doença estejam controlados, evita recidivas e complicações futuras.
Tomo os medicamentos corretamente aos finais de semana?	
SIM	Muito bom, continue assim! Você estará evitando problemas relacionados à sua saúde.
NÃO	Cuidado! Este comportamento interfere no resultado do tratamento e pode colocar sua saúde em risco.

Costumo levar meus medicamentos quando vou passar muito tempo fora de casa ou vou viajar?	
SIM	Muito bom, continue assim! Os cuidados com os medicamentos nas férias devem ser os mesmos da sua rotina diária.
NÃO	Atenção! Ao sair de férias, não dê férias ao seu tratamento. Parar os medicamentos pode desequilibrar sua saúde e atrapalhar a sua diversão. Leve sempre consigo seus medicamentos e use-os regularmente.
Costumo utilizar medicamentos por minha conta, sem prescrição ou orientação da equipe de saúde?	
SIM	Cuidado! Usar medicamentos por conta própria ou não indicados por profissionais de saúde pode causar problemas (alergias, intoxicações, interferências nos tratamentos, entre outros). O que faz bem para o outro nem sempre servirá para você. Procure orientação com a equipe de saúde.
NÃO	Muito bom, continue assim! Devemos evitar a automedicação sem orientação da equipe de saúde.
Uso tratamentos caseiros (chás, garrafadas, emplastros, ervas etc.) ou complementares?	
SIM	Lembre-se! Todos os tratamentos, mesmo que caseiros, devem ser feitos sob a orientação de um profissional da saúde. Comunique os tratamentos caseiros ou complementares que você costuma fazer para que a equipe de saúde possa avaliar eventuais riscos.
NÃO	Tudo bem! Se algum dia tiver o interesse em utilizá-los, procure um profissional da saúde para orientá-lo (a).

Fonte: Coordenação de Apoio à APS, Departamento de Atenção Primária à Saúde, 2019.

DIÁRIOS






























Uma outra maneira de identificar o quanto os comportamentos habituais são mais ou menos saudáveis é a utilização dos diários ou aplicativos. Em relação à alimentação, por exemplo, a equipe pode orientar a pessoa a fazer um **Diário Alimentar** ou registrar em aplicativos os alimentos consumidos durante o período. Recomenda-se o registro em pelo menos três dias do próximo período, incluindo sempre 1 dia do final de semana.

É importante detalhar horário (ou refeição), quantidades, forma de preparo e outras informações necessárias como o local (casa da mãe, lanchonete, trabalho) e a situação (aniversário, confraternização, intervalo de 15 minutos para almoçar). Esse registro também favorece o reconhecimento de situações de risco.

Um **Diário de Atividade Física, Lazer e Relaxamento** também pode ser realizado, contendo a descrição da atividade realizada, do local e da duração em minutos.

IDENTIFICAÇÃO DOS COMPORTAMENTOS NECESSÁRIOS

Nesta atividade, comportamentos considerados necessários para o alcance dos objetivos (desejos e prioridades) em relação à saúde são assinalados (campo em branco à esquerda). O último campo permite o registro de comportamentos ausentes da lista oferecida. Ao término da lista, para cada comportamento assinalado, é preciso determinar o grau de interesse (0 a 10).

COMPORTAMENTO		GRAU DE INTERESSE										
X	 Ter alimentação saudável											
		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
X	 Praticar atividade física aeróbica											
		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
X	 Praticar atividades para mobilidade e força											
		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
X	 Fazer a gestão do estresse											
		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	 Melhorar qualidade do sono											
		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	 Parar de fumar											
		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	 Manter abstinência / não ter consumo nocivo de álcool											
		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	 Melhorar a higiene bucal											
		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	 Melhorar em relação ao uso de medicamentos											
		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	Comportamento:											
		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

GRAU DE INTERESSE

O **Grau de Interesse** representa numericamente o quanto a pessoa está interessada em assumir determinado comportamento neste momento, ou seja, o desejo de mudar nos próximos dias. Quanto menor ou maior o grau, menor ou maior o interesse, sendo 0, nenhum interesse ou desejo, e 10, total interesse ou desejo. Baseada nas Régua de Prontidão (VELASQUEZ *et al.*, 2001), o **Grau de Interesse** não considera a capacidade de realização, mas a **VONTADE** de mudar, o quão pronta a pessoa está para adotar mudanças de comportamentos neste momento.

A representação gráfica (pictograma) por meio de “carinhas” de tristeza, indiferença ou alegria é uma forma alternativa de demonstrar o Interesse. Quanto mais próximo da carinha de alegria, à direita da régua, maior a motivação (prontidão), e quanto mais próximo da carinha de tristeza, à esquerda da régua, menor.

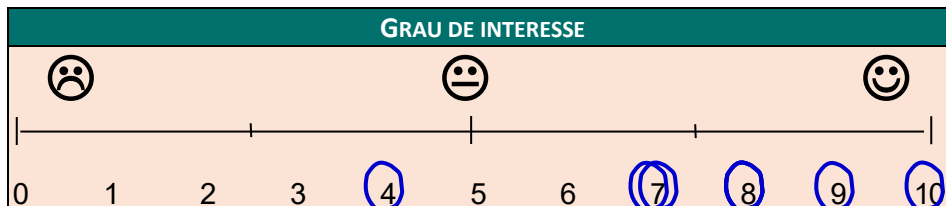
O monitoramento do **Grau de Interesse** pode ser realizado muitas vezes ao longo da mudança de comportamento. Esta ferramenta permite a adequação do processo individual e grupal pois revela como está a motivação da(s) pessoa(s) na aquisição de novos comportamentos e atitudes, ou seja, o quanto isto é importante para ela(s) neste momento. Também demonstra como ela(s) está(ão) lidando com a ambivalência.

Desde a escolha dos **Comportamentos Necessários** até o **Grau de Interesse**, a pessoa mostra em que estágio de motivação para a mudança ela está em relação a alguns comportamentos. Um fumante em pré-contemplação, por exemplo, pode não assinalar parar de fumar na lista ou, apesar de assinalá-lo, pode dar um valor baixo de interesse em parar neste momento. Este indicador orienta o profissional a escolher exercícios como a **Balança Decisória** (ver p. 29), apresentado a seguir, para explorar com o fumante as razões para a cessação do tabagismo.

Se ao longo do processo o grau de interesse diminui, a equipe pode investigar o que está acontecendo e retomar com a pessoa as razões para

mudar, os objetivos em relação à saúde, aqueles que dependem dela, fortalecendo assim o propósito de mudança.

Em atividades coletivas, a equipe também monitora o grau de interesse do grupo utilizando impressos ou desenhos. O profissional pode perguntar para cada um, qual o grau de interesse (de 0 a 10) ou o local em relação às carinhas que melhor representa o interesse em mudar agora.



Ao observar as respostas, é possível adequar estratégias para aumentar, por exemplo, a motivação, explorando os objetivos de vida, a coerência dos comportamentos frente a estes objetivos e as razões dos integrantes para mudar (tomada de decisão).

Neste espaço colaborativo, é possível dialogar sobre as idas e vindas do processo de mudança e explicar que estar interessado em participar do grupo ou do processo não implica necessariamente em querer fazer o que é preciso para alcançar os objetivos propostos. Diferentes estágios de mudança podem estar presentes para diferentes aspectos de uma mesma área como a alimentação. A pessoa pode desejar aumentar o consumo de verduras, mas não desejar diminuir o consumo de doces, por exemplo. Neste momento, a ambivalência é evidenciada e falar sobre o assunto auxilia no reconhecimento e na aceitação da mesma. A parte 1 deste manual traz mais informação sobre este referencial teórico.

OS TRÊS ÚLTIMOS “AS”

ACORDE (PACTUE), ASSISTA E ACOMPANHE

ACORDO (PACTUAÇÃO) E ASSISTÊNCIA

Esta fase do processo engloba a construção colaborativa do **Plano de Autocuidado**, um plano de ação para a adoção e sustentação de comportamentos saudáveis. A primeira etapa é a **pactuação** entre o profissional (equipe) de saúde e a pessoa de quais comportamentos serão assumidos nos próximos dias.

Ao rever a lista de **Comportamentos Necessários**, um a dois comportamentos são escolhidos, de preferência aqueles muito necessários e com maior grau de interesse. É muito importante que a equipe de saúde apoie esta construção, para que o “passo seja do tamanho das pernas”. Ou seja, é preciso evitar querer fazer tudo ao mesmo tempo, assumindo várias atividades simultâneas.

PASSO A PASSO

Alguns comportamentos escolhidos englobam muitas atividades, como é o exemplo da alimentação saudável, e o detalhamento **Passo a Passo** das atividades necessárias para melhorar este comportamento é imprescindível.

Cada atividade deve ser listada e ter o grau de interesse definido. Para o **Plano de Autocuidado - Pactuação**, é prudente escolher até duas atividades com maiores graus de interesse para executar nos próximos dias. Os dois exemplos a seguir ilustram diferentes escolhas de passos em relação à Alimentação.

Se as atividades / comportamentos escolhidos forem aqueles com menor grau de interesse, a chance de sucesso é menor, e é importante dialogar sobre a prontidão para mudá-los neste momento. Por vezes é preciso rever as escolhas e adaptar. Como o Plano de Autocuidado não termina, à medida que alguns comportamentos são assumidos e mantidos, outros itens da lista podem ser escolhidos também. Mas antes de dar novos

passos, os anteriores devem estar bem treinados e inseridos na rotina da pessoa.

EXEMPLO da Sra. Mônica	
PASSO A PASSO	
Comportamento / atividade: <i>Alimentação saudável</i>	
Atividades	Interesse (0 a 10)
<i>Beber mais água</i>	9
<i>Evitar bolachas e sobremesas</i>	4
<i>Diminuir frituras</i>	9
<i>Fazer a comida em casa</i>	5

EXEMPLO do Sr. Carlos	
PASSO A PASSO	
Comportamento / atividade: <i>Alimentação saudável</i>	
Atividades	Interesse (0 a 10)
<i>Comer frutas frescas</i>	7
<i>Tomar café da manhã</i>	7
<i>Fazer hambúrguer caseiro</i>	9
<i>Não colocar mais sal no prato</i>	5

PLANO DE AUTOCUIDADO - PACTUAÇÃO

Na construção do **Plano de Autocuidado**, é preciso descrever exatamente o que será feito, por quanto tempo, quantas vezes no dia ou na semana, aonde/quando e como, de **forma específica e realista**. Atividades vagas como “ter mais lazer” são difíceis de monitorar depois. Neste comportamento pactuado, por exemplo, é possível planejar dançar (O QUE) 1 vez por semana (QUANTAS VEZES) no baile aos sábados (ONDE/QUANDO) e ouvir música (O QUE) durante 15 minutos (QUANTO) todos os dias (QUANTAS VEZES), assim que chegar em casa do trabalho, negociando com a família 15 minutos só para si (QUANDO/ONDE/COMO).

A proatividade, durante a elaboração do **Plano de Autocuidado**, permite a identificação dos prováveis obstáculos e a construção antecipada de soluções.

A regra é **“antecipar-se aos problemas para buscar soluções!”**

EXEMPLO do Sr. PEDRO	
PLANO DE AUTOCUIDADO - PACTUAÇÃO	
Comportamento / Atividade: <i>Ter mais lazer para controlar o estresse</i>	
<p>O que farei</p> <p>Quanto</p> <p>Quantas vezes (dia/semana)</p> <p>Quando</p> <p>Onde</p> <p>Como</p>	<p><i>Dançar 1 vez por semana no baile do clube aos sábados.</i></p> <p><i>Ouvir música durante 15 minutos todos os dias, logo que chegar do trabalho.</i></p>
Problemas e soluções	<p><i>Esquecer de ouvir música – Colocar um alarme no celular para lembrar</i></p> <p><i>Lidar com a família - Negociar este tempo para mim.</i></p>
Grau de confiança	<p>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p>

GRAU DE CONFIANÇA

O **Grau de Confiança** mostra o quanto a pessoa acredita ser **capaz de implementar seu plano nos próximos dias e sustentá-lo**. Um grau 0 significa estar pouco ou nada confiante e 10 significa estar muito confiante. Diferente do grau de interesse, que avalia motivação e prontidão para a mudança, o grau de confiança reflete a percepção de capacidade. Para estabelecê-lo, é preciso considerar problemas e soluções, fatores como as adaptações na rotina, esforço gasto, custo, necessidade de apoio de outras pessoas etc.

ATENÇÃO: Se a confiança é menor de 7, o risco de não conseguir realizar a atividade é grande.

Valores menores de 7 representam chance menor de 70% de o plano se concretizar. Por isto, a orientação é adaptar a atividade ao que é possível no momento, considerar o que pode ser feito para aumentar a confiança ou escolher outra atividade neste momento, de preferência com um grau de confiança maior de 7.

CELEBRAÇÃO

Comemorar as conquistas ao longo do percurso é uma atitude a ser estimulada uma vez que fortalece a autoeficácia e o compromisso com a mudança. Registrar como será a celebração traz à consciência a valorização dos ganhos no percurso.

ASSINATURA DO CONTRATO

O penúltimo campo do **Plano de Autocuidado** é o contrato. Sua assinatura, após a construção do plano, reforça o compromisso assumido pela pessoa com as mudanças pactuadas, tendo um caráter moral e motivacional.

Contrato - Eu me comprometo a desenvolver as atividades de autocuidado que pactuei, procurando persistir para alcançar meus objetivos.

Assinatura: *Mônica Aparecida Silva*

Data: *20/03/2019*

ACOMPANHAMENTO

Nas atividades individuais e coletivas, presenciais ou a distância (internet, app, telefone etc.), o profissional de saúde **acompanha e apoia** o processo de mudança e de autocuidado das pessoas da sua área de abrangência. Desta forma, além de mantê-las no foco da mudança, pode auxiliá-las a reconhecer precocemente as situações difíceis e buscar suas próprias soluções. Tornar as pessoas mais eficazes em cuidar de si mesmas e habilidosas na resolução dos seus problemas e na prevenção de recaída é um dos objetivos principais desta fase.

Os hábitos são construídos durante muitos anos e mudá-los exige atenção, persistência e adaptação. Se um caminho não deu certo, é preciso encontrar outro mais efetivo. A habilidade melhora com o treino das pessoas e da equipe em lidar com os problemas e solucioná-los. Para isso, é

preciso desenvolver em todos os envolvidos no processo a **tolerância** à frustração e a **valorização** dos resultados alcançados por menor que eles possam parecer.

TREINO E MONITORAMENTO

Tão importante quanto a construção do Plano de Autocuidado, é o monitoramento da sua execução e para isto é necessário registrar os acontecimentos do período. A equipe de saúde pode sugerir o registro manual ou eletrônico, de acordo com as possibilidades e preferências de cada pessoa. Na Caderneta de Autocuidado, o instrumento **Monitoramento do Plano de Autocuidado** pode ser usado para este fim.

MONITORAMENTO DO PLANO DE AUTOCUIDADO	
Data	Observações
23 /03	20 minutos de caminhada no fim da tarde na rua
24 /03	40 minutos de faxina pesada em casa e
25 /03	20 minutos de caminhada na rua
26 /03	Nada
27 /03	20 minutos de caminhada na rua
28 /03	60 minutos de dança
29 /03	30 minutos de bicicleta passeando no parque
30 /03	Nada
31 /03	Nada

A execução do plano é um TREINAMENTO para a aquisição de novos hábitos e habilidades, ou seja, é um teste que verifica a viabilidade do plano e as prováveis soluções para adequação do mesmo ao cotidiano.

Para apoiar esta fase, a equipe de saúde **pactua com a pessoa a forma e frequência de monitoramento.** Lembretes enviados

automaticamente (whatsapp, App ou e-mail, por exemplo) e contatos periódicos têm o objetivo de manter o foco no plano de autocuidado e na solução dos problemas que surgem. Mas é preciso pactuar a forma de monitoramento pela equipe. Esse é o último campo do plano de autocuidado.

Monitoramento: (☒) sim () não **Meio:** (☒) whatsapp (☒) App () telefone () e-mail

Periodicidade: (☒) semanal () quinzenal

Nome do apoiador: *Graça Pereira*

No monitoramento, utilizar perguntas abertas levam a pessoa a explorar o que aconteceu no período (fatos e contexto), como as dificuldades foram enfrentadas e quais os resultados encontrados até o momento.

Um roteiro sugerido para a entrevista presencial ou à distância, com perguntas abertas seria:

- Apresente-se e pergunte como a pessoa está.
- Pergunte quais eram as pactuações ou veja o registro do mesmo (caderneta e/ou registro na US).
- Pergunte o que ela gostaria de falar sobre este período.
- Pergunte o que ela conseguiu realizar. Valorize o resultado e enfatize que ela persista.
- Pergunte o que ela não conseguiu realizar. Peça para ela falar sobre as dificuldades que enfrentou, como tentou resolvê-las e o que funcionou ou não.
- Pergunte o que ela poderia tentar agora para resolver esta dificuldade.
- Avalie os graus de interesse e confiança. Se a confiança estiver menor de 7, peça para ela rever.
- Convide-a a tentar esta solução neste período e monitorar o resultado.
- Relembre a data do próximo contato (presencial ou não).

RESOLUÇÃO DE PROBLEMAS

Uma das principais capacidades a serem desenvolvidas durante o Apoio ao Autocuidado é a **Resolução de Problemas** e a equipe de saúde pode apoiar as pessoas no treinamento desta habilidade. Desde a formulação até a execução do plano, as pessoas são orientadas a pensar nos prováveis problemas e soluções de forma proativa.

O instrumento **Resolução de Problemas** possibilita o registro sistemático de cada etapa desta técnica. A primeira consiste no levantamento das situações críticas vivenciadas num determinado período e na criação da **Lista de Problemas**. A segunda engloba a escolha e análise detalhada do problema que mais afeta a execução do plano (**Explicação do Problema Escolhido**). Para isto, perguntas como “O que aconteceu exatamente?”, “Qual era o contexto ou a situação?”, “O que atrapalhou?”, podem auxiliar.

RESOLUÇÃO DOS PROBLEMAS		
LISTA DE PROBLEMAS <i>Almoços de fim de semana na sogra</i> <i>Encontros com os amigos</i> <i>Não conseguir ficar sem comer fritura</i> <i>Ir com a família no rodízio de pizza nas sextas-feiras</i>		
EXPLICAÇÃO DO PROBLEMA ESCOLHIDO <i>Toda sexta vamos ao rodízio de pizza. É uma tradição da família e os filhos adoram. Como várias fatias de pizza, mesmo as que não gosto tanto. Na sexta já almoço menos porque sei que vou comer bastante na pizzaria e chego com bastante fome.</i>		
Ideias para resolver o problema	Confiança (0 a 10)	Solução escolhida (X)
<i>Fazer as refeições normalmente no dia da pizzaria para não chegar com tanta fome.</i>	9	X
<i>Antes de chegar na pizzaria, escolher quais pizzas vou comer.</i>	7	
<i>Não ir com o marido e os filhos no rodízio.</i>	2	

A etapa seguinte compreende a elaboração de uma lista de possíveis soluções (**Ideias para Resolver o Problema**), embasada nas vivências anteriores, habilidades pessoais, aliados, prós e contras, entre outros, e a atribuição de um grau de confiança (0 a 10) para cada uma delas.

Por fim, elege-se a solução mais vantajosa e com grau de confiança maior de 7 (**Solução Escolhida**) para colocar em prática. Ela pode se tornar uma nova pactuação e é preciso voltar ao exercício **Plano de Autocuidado - Pactuação** para adaptar o plano, testar nos próximos dias e monitorar os resultados. Um novo ciclo começa e é importante explorar o que funcionou ou não e quais os novos problemas que surgem. As soluções que funcionaram devem ser **reforçadas** e as que não funcionaram devem ser **revistas e reorganizadas**.

Para os novos problemas, é preciso refazer o exercício de **Resolução de Problemas** e aplicar nova solução. Desta maneira, a pessoa desenvolve esta habilidade progressivamente, com maior espontaneidade, competência e autonomia.

A equipe de saúde, ao invés de indicar (prescrever) o que a pessoa deve fazer, precisa garantir que ela própria busque suas soluções. Esta atividade também pode ser feita coletivamente e cada participante deve anotar na caderneta as suas reflexões, lembrando que apesar do trabalho colaborativo, as soluções têm de partir de si e não do(s) outro(s).

LIDANDO COM O QUERER E NÃO QUERER

Todos nós vivenciamos a vontade de mudar sem ter de fazer o que é preciso para isso, ou seja, o “querer e não querer”. Esta ambivalência é natural no processo de mudança e ao fazer o exercício **Argumentos para a Mudança**, as pessoas aprendem a lidar com ela e evocam seus argumentos em prol da mudança. De acordo com a EM, esse exercício é mais indicado nas etapas de pré-contemplação e contemplação.

Em atividades de grupo, as pessoas podem responder individualmente os argumentos para mudar determinado comportamento e

depois compartilhar com os demais. A troca de ideias amplia o repertório de todos ao trazer novas percepções sobre o tema.

As anotações podem ser feitas durante os encontros, individuais ou coletivos, e completadas em diferentes ocasiões, toda vez que novos argumentos forem levantados. Ao reler estes registros, as pessoas fortalecem suas escolhas e reconhecem que o resultado desejado é uma **ESCOLHA DIÁRIA** (responsabilização e coparticipação).

ARGUMENTOS PARA A MUDANÇA	
COMPORTAMENTO: <i>Fazer caminhadas</i>	
DESEJOS (vontade, interesse)	<i>Adoro caminhar e gostaria de fazer mais atividade física agora</i>
HABILIDADE (capacidade)	<i>Consigo caminhar no meu dia a dia sem grandes gastos; já fiz isso antes e funcionou</i>
RAZÕES (motivos)	<i>Fico melhor humorada quando caminho Encontro pessoas no trajeto Diminuo o tempo que fico parada na frente da TV</i>
NECESSIDADES	<i>Preciso ser mais ativo, perder peso e ter menos dor nas articulações</i>

Se após tomada a decisão de mudar e iniciado um plano de ação, a dúvida surgir ou a motivação diminuir, o exercício **Balança Decisória** (p. 29) pode ser utilizado. Reconhecer os “contra” e utilizar estratégias para enfrentá-los pode auxiliar a manutenção do plano.

BALANÇA DECISÓRIA	
COMPORTAMENTO: <i>Manter as caminhadas</i>	
PRÓS (BENEFÍCIOS)	CONTRAS (CUSTOS)
<i>Perder peso</i> <i>Melhorar o humor</i> <i>Encontrar pessoas</i> <i>Dormir melhor</i>	<i>Perder a novela das 6h</i> <i>Gastar na compra de um tênis melhor</i> <i>Molhar-se quando chover</i>

LIDANDO COM DESLIZES E RECAÍDAS

Durante o apoio ao autocuidado e o acompanhamento do plano de ação, auxiliar as pessoas a lidarem com os deslizes e recaídas é crucial. É muito comum voltar aos hábitos anteriores durante a mudança e quando isto ocorre, retomar o processo e aprender a reconhecer situações de perigo (tentações) melhora a autoeficácia.

Com o exercício **Lidando com Deslizes e Recaídas**, a pessoa aprende a ser proativa, ou seja, a identificar e lidar com situações de alto risco para prevenir deslizes e recaídas. A equipe de saúde pode apoiá-la orientando-a a descrever o que aconteceu, experiências anteriores bem-sucedidas, ideias para lidar com situações futuras e quais lembretes podem ajudar a lidar com as mesmas. Quando realizado em grupo, os integrantes podem apoiar aqueles que deslizaram ou recaíram na retomada do processo de autocuidado.

LIDANDO COM DESLIZES E RECAÍDAS		
Perigo (alto risco)	O que fazer	Lembretes
<i>Viagem de férias com a família</i>	<i>Levar o diário comigo. Pedir apoio para o marido e o filho. Escolher o que comer antes de ir no buffet. Levar lembrete na carteira para ler quando escorregar.</i>	<i>Foi só um escorregão, retome o plano!</i>
<i>Chegar em casa no fim da tarde depois do trabalho</i>	<i>Tomar um copo de água. Deixar lembrete na geladeira e no armário. Tomar um banho para relaxar.</i>	<i>É fome ou vontade de comer?</i>

O importante é que TODOS (profissionais e pessoas usuárias) entendam que deslizos e recaídas não são FRACASSOS, mas oportunidades para aprender como lidar com os riscos e tentações, fortalecendo-se no processo. Rever os objetivos em relação à saúde, aqueles que dependem dela, seus pontos fortes e as razões para mudar, também contribui para este fortalecimento. O foco de todos deve estar nos resultados alcançados e na solução dos problemas ao invés de valorizar o que ainda não foi superado e as dificuldades presentes.

PLANO DE MANUTENÇÃO

Para as mudanças realizadas há menos de seis meses, manter a vigilância é fundamental uma vez que o novo comportamento ainda não está plenamente incorporado ao estilo de vida. A construção e leitura periódica (semanal) do **Plano de Manutenção** mantém o foco no processo de Autocuidado e reduz o risco de recaídas. O plano pode ficar exposto em locais de fácil visualização para lembrar que é preciso estar vigilante.

PLANO DE MANUTENÇÃO

Hábitos saudáveis para manter	Principais situações de perigo (alto risco)
<i>Comer menos gordura e doces</i>	<i>Finais de semana Festas e reuniões com amigos</i>
<i>Caminhadas e bicicleta</i>	<i>Inverno</i>
<i>Levar comida de casa para o trabalho</i>	<i>Preguiça de ir ao mercado</i>

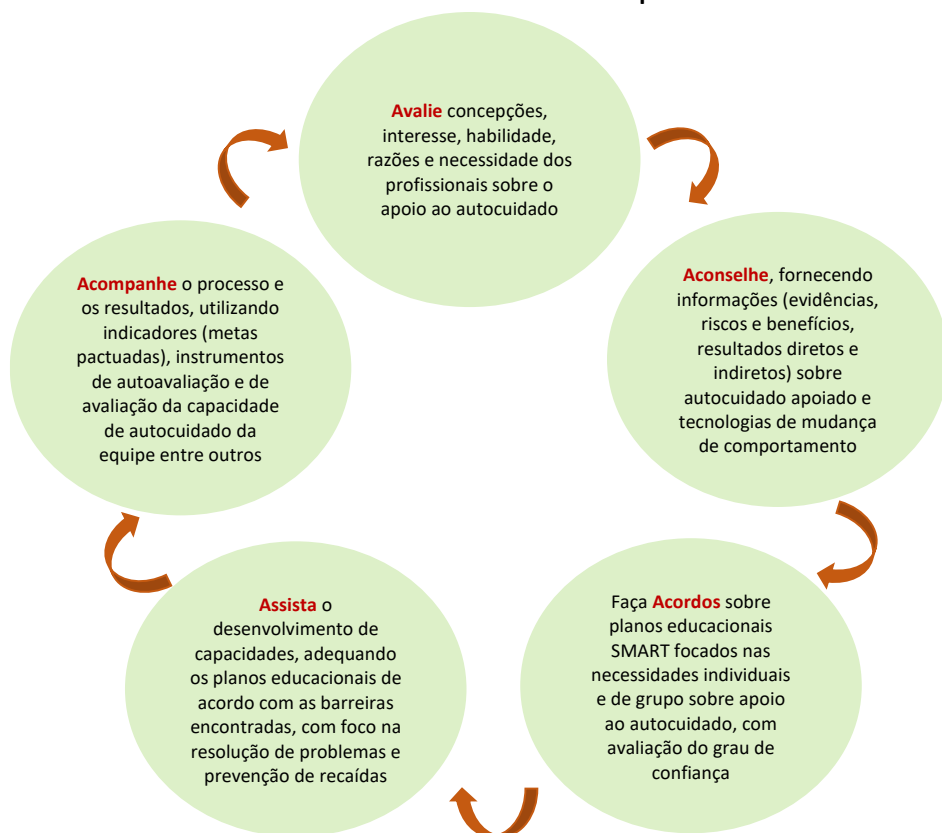
O PRÓXIMO PASSO

Quando alguns comportamentos e atitudes já foram alcançados e mantidos, é momento de dar o próximo passo. Oriente que a pessoa releia a lista dos **Comportamentos Necessários** e das atividades no **Passo a Passo**, reavalie o grau de interesse dos mesmos e escolha um novo comportamento para assumir agora. Se o grau de interesse é baixo, é preciso rever os motivos para se cuidar (**Três principais desejos em relação à saúde; Além de você, quem mais necessita da sua boa saúde?**), as habilidades (**“Quais são seus pontos fortes em relação ao cuidado de si?”**), assim como os **Argumentos para a Mudança**, para lidar com a ambivalência. Se o grau é maior de 7, é possível elaborar um novo **Plano de Autocuidado – Pactuação**, verificando o grau de confiança etc. Um novo ciclo começa agora. É preciso planejar, treinar, monitorar, resolver problemas e lidar com deslizes e recaídas.

CAPACIDADE DE APOIO AO AUTOCUIDADO

Atuar no apoio ao **Autocuidado** exige diferentes habilidades da equipe de saúde e implica, muitas vezes, em mudar comportamentos desenvolvidos ao longo da trajetória profissional. Passa, portanto, pelos mesmos estágios motivacionais de mudança comportamental e a técnica dos cinco “As” pode ser utilizada para sistematizar esse processo, conforme demonstra a Figura 13.

Figura 13 – Técnica dos 5 “As” para a mudança de comportamento da equipe de saúde relativa ao Autocuidado Apoiado



Fonte: os autores.

Instrumentos de autoavaliação, baseados na percepção sobre a performance, auxiliam a identificação da capacidade dos profissionais em relação ao **Autocuidado Apoiado** (Quadro 17).

QUADRO 17 - HABILIDADE PARA O APOIO AO AUTOCUIDADO		
Escolha um valor de 0 (nada) a 10 (totalmente) em relação ao quão confiante você se percebe para:		
Avaliar	Identificar crenças, valores, tradições, conhecimentos e comportamentos das pessoas	
	Verificar o impacto da condição crônica e do tratamento na vida das pessoas	
	Determinar o estágio de motivação para a mudança de comportamento	
	Observar os argumentos em relação ao desejo (interesse), à habilidade (confiança), à razão e à necessidade (DARN) da mudança de comportamento	
	Constatar o compromisso, a ativação e os passos (CAT) das pessoas relativos à mudança de comportamentos	
Aconselhar	Escolher as estratégias de intervenção de acordo com os estágios de motivação para a mudança	
	Aconselhar sobre a saúde e as condições crônicas, com foco no autogerenciamento e autocuidado	
	Respeitar as escolhas e acompanhar a resistência à mudança	
	Utilizar perguntas abertas, escuta reflexiva, reflexões e resumos (PARR)	
Acordar, assistir e acompanhar	Pactuar metas	
	Apoiar a elaboração de planos de autocuidado SMART	
	Colaborar com a antecipação de possíveis obstáculos e a construção de estratégias de soluções ao plano de autocuidado	
	Orientar técnicas de gestão do estresse como respiração profunda e pausada e relaxamento muscular	
	Monitorar periodicamente os resultados do plano de autocuidado	
	Auxiliar na prevenção de recaídas	
Coordenar grupos de forma operativa	Devolver questionamentos ao grupo, evitando reforçar a dependência em relação à coordenação	
	Reconhecer os momentos e movimentos do grupo relacionados à tarefa subjetiva	
	Informar, acrescentar ou fornecer alternativas ao aprendizado grupal	
	Deixar o grupo vivenciar o conflito e problematizar, quando necessário	
Atitude profissional	Lidar com o impulso de dirigir e prescrever, enfocando os objetivos e escolhas da pessoa e não apenas os seus	
	Lidar com sua resistência à mudança de comportamento profissional	
	Lidar com a ansiedade em relação à sua performance nas tecnologias de apoio ao autocuidado	
	Tolerar a frustração com os resultados – resistência das pessoas, deslizes e recaídas, tempo para a mudança etc.	
	Evitar as armadilhas que promovem desengajamento das pessoas – avaliação, especialista, rotulação, foco prematuro, culpa e bate papo	

Fonte: adaptado de Curitiba, 2012; Miller e Rollnick, 2016; Battersby, Egger e Litt, 2017.

A partir do levantamento dos pontos frágeis de determinado profissional e da equipe de saúde como um todo, é possível elaborar processos focados no desenvolvimento de competências.

Para os itens com grau de confiança menor de 7, o profissional/equipe de saúde pode identificar sua prontidão para a mudança e buscar estratégias de acordo com a mesma. Ampliar o conhecimento sobre o tema e os benefícios no desenvolvimento e utilização desta habilidade contribui para a progressão da pré-contemplação para a contemplação. Identificar os contras e reavaliar o ambiente permite o avanço para a preparação. Construir e implementar um plano de ação para desenvolver a habilidade, reavaliar-se periodicamente, elaborar soluções para possíveis obstáculos e lidar com deslizes e recaídas consolidam os resultados. A regra é a mesma: começar com pequenos passos, treinar uma habilidade por vez, aplicar em algumas pessoas, avaliar a experiência, adaptar, compartilhar o processo com os colegas. Ou seja, ser coerente consigo e com seus colegas em relação ao processo de mudança de comportamento profissional, vivenciando na prática os princípios do mesmo.

Para avaliar o Autocuidado Apoiado ofertado pelo serviço de saúde como um todo, instrumentos como o ACIC (*Assessment of Chronic Illness Care*), cujo foco é a perspectiva da equipe de saúde, e o PACIC (*Patient Assessment of Care for Chronic Conditions*), com foco na perspectiva do usuário do serviço, podem ser utilizados (Quadro 18). Esses instrumentos foram elaborados para avaliar a capacidade dos serviços de saúde para o cuidado de condições crônicas. A parte 3 do ACIC aborda especificamente componentes do Autocuidado Apoiado considerando: avaliação e documentação das atividades e necessidades de Autocuidado Apoiado, suporte ao Autocuidado Apoiado, acolhimento das preocupações das pessoas usuárias e seus familiares, e intervenções efetivas de mudança de comportamento de pessoas usuárias e de suporte de pares. Já o PACIC avalia a percepção das pessoas sobre o maior ou menor envolvimento no

autocuidado e no suporte ao cuidado de suas condições crônicas (Quadro 18).

QUADRO 18 – PACIC - AVALIAÇÃO DO CUIDADO ÀS CONDIÇÕES CRÔNICAS

Manter-se saudável pode ser difícil quando se tem uma condição crônica. Nós gostaríamos de saber como você, nessa condição, é atendido pela equipe de saúde. Isto inclui o(a) médico(a), enfermeiro(a) e outros profissionais da equipe que tratam seus problemas de saúde. Suas respostas serão mantidas confidenciais e não serão compartilhadas com profissionais da equipe.

Durante os últimos 6 meses, quando recebeu atendimento para seu problema de saúde:

	Nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Muitas vezes	Sempre
1. Perguntaram minha opinião quando definimos o plano para tratamento de meu problema de saúde (Ex.: diabetes, hipertensão).	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
2. Deram opções de tratamento para que eu pudesse pensar sobre elas.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
3. Perguntaram se tive problemas no uso dos medicamentos ou seus efeitos.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
4. Recebi, por escrito, uma lista de coisas que poderia fazer para melhorar minha saúde.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
5. Fiquei satisfeito com a organização de meu tratamento.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
6. Explicaram que o que eu faço para cuidar de mim mesmo influencia meu problema de saúde (Ex. diabetes, hipertensão).	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
7. Perguntaram o que eu pretendo fazer para cuidar de meu problema de saúde (Ex. diabetes, hipertensão).	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
8. Ajudaram a definir como melhorar minha alimentação, fazer exercícios físicos, controlar estresse, parar de fumar e evitar o uso abusivo de álcool.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
9. Recebi uma cópia, por escrito, do plano para tratamento de meu problema de saúde (Ex. diabetes, hipertensão).	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
10. Incentivaram a participar de grupos específicos (caminhada, reeducação alimentar, cessação do tabagismo) que pudessem me ajudar a enfrentar meu problema de saúde (Ex. diabetes, hipertensão).	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
11. Perguntaram sobre meus hábitos de saúde.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
12. A equipe de saúde levou em conta o que eu penso, no que acredito, meu modo de vida, quando indicou meu tratamento.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
13. Ajudaram a fazer um tratamento para que eu pudesse seguir no meu dia a dia.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
14. Ajudaram a planejar como cuidar de minha saúde nos momentos mais difíceis da vida.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
15. Perguntaram como meu problema de saúde (Ex.: diabetes, hipertensão) afeta minha vida.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
16. A equipe de saúde me procurou, após a consulta, para saber como estava indo meu tratamento.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
17. Incentivaram a participar de programas comunitários, como grupo de mães, pastoral do idoso, associações, que pudessem me ajudar.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
18. Orientaram, individualmente ou em grupo, por um nutricionista, psicólogo, fisioterapeuta, farmacêutico, assistente social, equipe de saúde bucal e/ou profissional da educação física, sobre cuidados com minha saúde.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
19. Informaram que consultas com outros médicos especialistas, como oftalmologistas, cardiologistas, psiquiatras, podem ajudar no meu tratamento.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
20. Perguntaram como estavam indo as visitas a outros médicos especialistas.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅

Pontuação média final (soma das 20 questões dividido por 20) =

Fonte: Moysés, Kusma e Schwab, 2013.

Checklists são outra maneira de identificar o Autocuidado Apoiado ofertado para as pessoas que usam o serviço de saúde. Esta estratégia, além de documentar e apoiar o seguimento das pessoas atendidas, permite verificar quais etapas estão sendo realizadas ou não pelos profissionais (Quadro 19).

QUADRO 19 – CHECKLIST DO APOIO AO AUTOCUIDADO		
Marque um X nas atividades de Apoio ao Autocuidado realizadas		
AValiação	Comportamentos relativos à saúde identificados	
	Estágio de motivação/grau de interesse analisado	
	Feedback sobre os comportamentos realizado	
ACONSELHAMENTO	Recomendações personalizadas e específicas sobre mudanças de comportamento necessárias	
ACORDO	Metas específicas e viáveis definidas e registradas	
ASSISTÊNCIA	Plano de autocuidado elaborado e documentado	
	<ul style="list-style-type: none"> • Grau de confiança 7 ou mais • Barreiras identificadas • Solução de problemas elaboradas 	
	Encaminhamento para outros profissionais de saúde e/ou grupos para apoio realizado (quando pertinente e viável)	
ACOMPANHAMENTO	Checagem de atendimentos realizados (individuais e coletivos)	
	Monitoramento de resultados alcançados	
	Apoio às adequações necessárias ao plano de autocuidado	

Fonte: adaptado de Glasgow, Emont e Doriane, 2006.

Vários outros instrumentos de autoavaliação de habilidades e de capacidade dos sistemas de saúde estão disponíveis e também podem ser usados pelas equipes de saúde. O mais importante, no entanto, é compreender que estas competências são desenvolvidas ao longo da prática profissional e a autoavaliação e o diálogo com seus pares é fundamental para o processo educacional da equipe.

SEU PROCESSO DE AUTOCUIDADO

Aprender a apoiar pessoas na construção e implantação de planos de autocuidado é um processo contínuo e uma das melhores maneiras de fazê-lo é vivenciar a experiência. Ou seja, fazer seu próprio plano de autocuidado, contando com o apoio de colegas no monitoramento, na solução de problemas, na prevenção de recaídas, na manutenção...

Por isto, inicie agora!

Preencha sua caderneta de autocuidado, responda todos os questionários com bastante atenção e tranquilidade, evitando pular etapas. A autoavaliação é um processo reflexivo e de descobertas. Seja coerente, construa o passo a passo, respeitando seus graus de interesse e confiança. Lide com a ambivalência, adapte a ação de acordo com os obstáculos e persista.

E não se esqueça!

Procure sua US de referência para contar com o apoio dos seus colegas.

PARTE 3

GRUPOS DE APOIO AO AUTOGERENCIAMENTO DO DIABETES

ATIVIDADES EM GRUPO

“O SER HUMANO NÃO VIVE SÓ. A HISTÓRIA DA HUMANIDADE MOSTRA QUE O AMOR ESTÁ SEMPRE ASSOCIADO À SOBREVIVÊNCIA. SOBREVIVE NA COOPERAÇÃO.”

MATURANA, 2012

Ações em grupo desenvolvidas pelas equipes das Unidades de Saúde (US), além de promover a saúde em geral, podem ter objetivos específicos como educação em diabetes, oficina de postura, abordagem intensiva para cessação do tabagismo, atividade física ou reeducação alimentar, por exemplo. Por isso, é muito importante explicar aos participantes qual é o FOCO ESPECÍFICO a ser trabalhado num determinado grupo para orientar a direção das atividades e reuniões propostas.

EDUCAÇÃO PARA O AUTOGERENCIAMENTO DO DIABETES

A estratégia denominada **Educação para o Autogerenciamento do Diabetes** foi desenvolvida com o intuito de apoiar pessoas com diabetes e indicação de uso de insulina (já em uso ou não) a gerenciarem sua condição crônica, empoderando-as para o cuidado de si mesmas. Sua elaboração foi embasada em programas nacionais e internacionais de autogerenciamento do diabetes e em outros programas nacionais como o Programa de Controle do Tabagismo.

OBJETIVOS

Os principais objetivos da proposta em relação aos serviços de saúde são:

- Apoiar o autocuidado e o autogerenciamento do diabetes de forma efetiva e segura,
- Ter mais eficiência na assistência prestada, com monitoramento das metas do plano de cuidado,

- Melhorar desfechos clínicos,
- Promover a saúde e melhorar a qualidade de vida de pessoas com diabetes,
- Fortalecer as relações entre as pessoas e a equipe multiprofissional da APS.

Em relação aos usuários, pretende-se o desenvolvimento das seguintes habilidades:

- a) Construção, monitoramento e adequação de planos de autocuidado com foco no uso e autoajuste de insulina a partir do automonitoramento de glicemia capilar (AMGC),
- b) Resolução colaborativa de problemas,
- c) Gerenciamento de complicações agudas e crônicas,
- d) Comunicação assertiva com familiares, amigos e profissionais de saúde,
- e) Empoderamento para o uso adequado dos serviços de saúde.

ESTRUTURA

A estrutura sugerida para as atividades de grupo engloba:

PÚBLICO ALVO: pessoas com diabetes tipo 2 com indicação ou já em uso de **insulina ao deitar**, com autonomia para participar das sessões.

ENTREVISTA INICIAL: antes da inclusão nos grupos, seguindo o roteiro descrito no item organização.

NÚMERO DE SESSÕES: 4 iniciais.

INTERVALO ENTRE AS SESSÕES: 1 semana.

DURAÇÃO DE CADA SESSÃO: 1h30 minutos em média.

HORÁRIOS: a sugestão é que sejam ofertados horários que facilitem o acesso das pessoas, como início da manhã, fim da tarde ou sábado, por exemplo.

COORDENAÇÃO: Autoridade Sanitária Local (ASL) e equipe de saúde da UBS, compartilhada com os farmacêuticos das equipes multiprofissionais na APS (eMulti).

FACILITAÇÃO: Farmacêutico da eMulti, apoiado pela equipe de saúde da UBS e outros profissionais das eMulti.

Os usuários podem ingressar no grupo a qualquer momento, não havendo uma ordem cronológica entre as sessões. Cada uma delas conta com temas transversais e específicos, com foco no desenvolvimento de habilidades para o autogerenciamento do diabetes. Caso haja necessidade e interesse, o usuário pode participar de uma ou mais sessões novamente.

Cada sessão é estruturada em quatro etapas, cuja duração média recomendada e as principais características estão descritas no quadro a seguir.

ETAPA	DURAÇÃO MÉDIA	CARACTERÍSTICAS
1. ACOLHIMENTO E ATENÇÃO INDIVIDUAL	25 minutos	<ul style="list-style-type: none"> • Recepção/apresentação dos participantes e do objetivo da sessão • Pactuação das regras de convivência • Compartilhamento dialogado de experiências em relação ao plano de cuidado e seus desafios/possibilidades
2. ESTRATÉGIAS E INFORMAÇÕES	15 minutos	<ul style="list-style-type: none"> • Apresentação das diferentes estratégias e informações relevantes
3. TREINAMENTO DE HABILIDADES	35 minutos	<ul style="list-style-type: none"> • Revisão das estratégias • Esclarecimento de dúvidas • Treinamento de habilidades
4. PACTUAÇÃO E ENCERRAMENTO	15 minutos	<ul style="list-style-type: none"> • Resumo da sessão • Pactuação • Encerramento

As etapas dois e três não são necessariamente sequenciais, a depender das estratégias preparadas para a sessão. Os profissionais de saúde podem explicar sobre o impacto do estresse no controle glicêmico e apresentar a técnica de respiração profunda, por exemplo, revisando a compreensão do grupo e treinando a habilidade na sequência. Já no caso do uso de insulina, pode ser mais interessante partir do que o grupo conhece e problematizar equívocos observados durante as demonstrações dos

participantes assim como as dúvidas apresentadas, encerrando com a descrição correta da técnica.

COORDENAÇÃO

A coordenação das atividades de grupo é de competência das ASL e equipes das UBS (sugere-se um ou dois profissionais de nível superior e um TESP), compartilhada com os farmacêuticos das eMulti.

O papel da equipe de coordenação consiste em:

1. **Capta**r pessoas com critérios de indicação para abordagem em grupo:

Critérios:

- Ter diagnóstico de **DM tipo 2**,
- Estar em uso de insulina (preferencialmente ao deitar) ou com indicação de uso,
- Ter indicação de automonitoramento de glicemia capilar (AMGC - não é um critério de exclusão),
- Ter autonomia para participar das reuniões e fazer o autogerenciamento do Diabetes.

Para pessoas que acabaram de receber diagnóstico de DM ou que tiveram a primeira prescrição de insulina, uma consulta individual prévia com o **farmacêutico** pode ser necessária.

2. **Realizar entrevista inicial**, verificando o grau de interesse (de 0 a 10) e a disponibilidade para participar das sessões. **Anotar** as informações iniciais na **Caderneta de Autogerenciamento do Diabetes** ([Apêndice 1](#)), a partir da consulta ao prontuário eletrônico e ao software para gerenciamento do AMGC:

- Nome do usuário,
- UBS,
- Tempo de uso de insulina e esquema de insulinização prescrito,
- Data e esquema prescrito de GC (para os que já estão em AMGC),

- Número de GC realizadas em determinado período e média percentual de exames entre 70 e 180 mg/dL, para os que estão em AMGC há mais de 15 dias,
- Data e resultado da última hemoglobina glicada.

Durante a entrevista inicial, recomenda-se aplicar e registrar os dados do **Questionário de Atividades de Autocuidado com o Diabetes** ([Anexo 1](#)). Este mesmo questionário será aplicado novamente após a participação do usuário em 4 sessões, a fim de acompanhar a evolução do processo de autocuidado e intervir de acordo com os resultados encontrados.

- 3. Inscrever** na sessão de grupo, respeitando o **número máximo de 10** participantes. É importante explicar que a atividade durará em média 90 minutos.
- 4. Entregar** a Caderneta e orientar os registros para a próxima sessão (glicemias capilares realizadas, autoajuste de dose de insulina NPH ao deitar para os que têm indicação)
- 5. Orientar** que a pessoa chegue alguns minutos antes do início da sessão, traga a Caderneta de Autogerenciamento do Diabetes preenchida, o glicosímetro (para eventual consulta de informações), além de outros materiais distribuídos previamente e que serão utilizados.
- 6. Organizar** o espaço e as agendas dos profissionais que irão participar da sessão, além de eventuais materiais pactuados com o coordenador do grupo. As sessões são adaptadas à realidade local assim como os profissionais participantes, como nutricionistas, profissionais de educação física, fisioterapeutas e psicólogos, por exemplo.
- 7. Registrar** as informações pertinentes no prontuário eletrônico.

FACILITAÇÃO

O farmacêutico da eMulti é o responsável pela facilitação da atividade em grupo, apoiado pela equipe de saúde e demais profissionais da eMulti. A facilitação consiste em:

- Facilitar as sessões, imprimindo um bom andamento das diferentes etapas;
- Garantir um espaço protegido de aprendizagem colaborativa, respeitosa e participativa;
- Manter o foco das sessões;
- Apresentar as estratégias e informações relevantes;
- Supervisionar o treinamento de habilidades;
- Fazer resumos para o grupo;
- Apoiar as pactuações em relação aos planos de autocuidado e pactuar as atividades da próxima sessão;
- Registrar os achados relevantes e os progressos apresentados pelos participantes;
- Encaminhar participantes com necessidades específicas para avaliação com outros profissionais da equipe da UBS e da eMulti;
- Informar a equipe da UBS sobre possíveis profissionais participantes da próxima sessão e os materiais necessários.

O espaço é colaborativo e de aprendizagem e quanto mais a pessoa compartilha suas dúvidas, dificuldades e soluções, mais ela se percebe implicada no processo. Os facilitadores devem conter seu impulso de responder e exercitar a escuta do grupo. Ao surgirem dúvidas, questionamentos e dificuldades, recomenda-se convidar os participantes a responder, verificar se alguém tem a mesma dificuldade e como fez para resolvê-la, explorar as ideias do grupo sobre o assunto e sobre possíveis soluções.

TEMAS DAS SESSÕES

Os principais temas a serem abordados são:

- a) Características do diabetes e o papel da insulina no organismo;
- b) Diabetes, alimentação e controle glicêmico;
- c) Diabetes, atividade física e controle glicêmico;
- d) Aspectos psicossociais – emoções como raiva, frustração, medo e tristeza, relações com familiares, amigos, colegas de trabalho, entre outros - e outras repercussões da condição crônica como estresse, fadiga e dor;
- e) Prevenção de complicações crônicas – cuidado com os pés, olhos, rins, coração e vasos;
- f) Como prevenir, reconhecer e agir na hipoglicemia e hiperglicemia;
- g) Uso adequado de medicamentos:
 - Tipos de insulina, técnica de aplicação, armazenamento e conservação,
 - Interações medicamentosas e com alimentos, reações ao uso de insulina;
 - Autoajuste de insulina a partir do AMGC.

A técnica de aplicação de insulina, o AMGC e o autoajuste de insulina são temas transversais, abordados em todas as sessões.

REGRAS DE CONVIVÊNCIA

Ao formar grupos, é imprescindível estabelecer as regras de convivência para a construção de um ambiente acolhedor, colaborativo e de aprendizagem. Algumas palavras-chave estabelecem uma convivência harmônica e produtiva entre os integrantes e representam as regras construídas durante os encontros. A equipe de saúde estabelece com o grupo quais regras são estas, negociando, quando necessário, com os integrantes. São elas:

1. EXPOR-SE

A orientação é que as pessoas procurem falar de si, das suas dificuldades, potencialidades e experiências. Quando alguém monopoliza a plateia ou fala de situações e comportamentos de outras pessoas, o profissional relembra a regra e convida a pessoa a falar de si.

2. OUVIR

O cuidado com o tempo de fala é uma tarefa de todos os participantes. A ansiedade em falar é comum e o exercício de dar espaço para a fala do outro faz parte do processo de aprendizagem. Enquanto alguém se manifesta, os outros devem evitar conversas paralelas. A reflexão sobre o que é exposto no grupo contribui para o processo de mudança, pois os problemas são comuns e a maneira de resolvê-los pode ser compartilhada.

3. EVITAR DISTRAÇÕES

É importante combinar que equipamentos eletrônicos como computadores, *tablets*, *smartphones*, *smartwatches* e outros permaneçam desligados ou no modo silencioso, evitando distrações durante os encontros.

4. NÃO JULGAR

Ninguém gosta de perceber que seu comportamento está sendo julgado pelos outros. Cada pessoa constrói o entendimento possível sobre si, os outros e os fatos, de acordo com sua história de vida.

5. FAZER CRÍTICA CONSTRUTIVA

Todos os comentários devem ser pertinentes aos comportamentos e não às pessoas. É importante evitar rótulos ou comentários que não acrescentam informações relevantes ao grupo.

6. PRESERVAR O SIGILO

O sigilo é uma atitude ética e de respeito mútuo que favorece a confiança e a exposição dos participantes nas reuniões. Revelar algumas

situações compartilhadas no grupo para terceiros pode causar constrangimentos e afetar a relação de confiança estabelecida entre todos.

7. MANTER O FOCO

Quando os integrantes fugirem do foco específico da atividade, construído colaborativamente pela equipe e o grupo, o profissional pode relembrar qual é o foco e retomá-lo. No final da reunião, as situações críticas são avaliadas e encaminhadas de acordo com a necessidade.

8. COMPROMETER-SE

O resultado do grupo é de todos. Fazer as tarefas, opinar, respeitar as regras de convivência e cumprir o contrato é valorizar a participação de todos e contribuir para o crescimento do grupo.

SESSÃO 1 – A INSULINA, O CONTROLE GLICÊMICO E A SAÚDE

PROFISSIONAIS SUGERIDOS: TESP, farmacêutico, enfermeiro, médico

OBJETIVO ESPECÍFICO DA SESSÃO 1

- Conhecer o papel da insulina no controle glicêmico,
- Saber aplicar a insulina,
- Saber realizar o AMGC,
- Lidar com o estresse.

ESTRUTURA DA SESSÃO 1

ETAPA	DURAÇÃO MÉDIA	CARACTERÍSTICAS
1. ACOLHIMENTO E ATENÇÃO INDIVIDUAL	25 minutos	<ul style="list-style-type: none">• Recepção e início• Pactuação das regras de convivência• Compartilhamento dialogado sobre interesse, capacidade e obstáculos ao uso de insulina e ao AMGC conforme as orientações da equipe de saúde
2. ESTRATÉGIAS E INFORMAÇÕES	15-25 minutos	<ul style="list-style-type: none">• Diálogo sobre a insulina, o controle glicêmico e as consequências sobre a saúde• Exercício de Balança decisória• O estresse e o controle glicêmico

3. REVISÃO E TREINAMENTO	25-35 minutos	<ul style="list-style-type: none"> • Compartilhamento e esclarecimento de dúvidas • Treinamento da técnica de aplicação de insulina e de AMGC entre pares • Exercício de respiração profunda para gestão do estresse
4. PACTUAÇÃO E ENCERRAMENTO	15 minutos	<ul style="list-style-type: none"> • Resumo da sessão • Pactuação (insulina, AMGC e relaxamento) • Encerramento

SESSÃO 1 - ETAPA 1: ACOLHIMENTO E ATENÇÃO INDIVIDUALIZADA

RECEPÇÃO DOS PARTICIPANTES

Recepcione as pessoas, forneça a Caderneta de Autogerenciamento do Diabetes e preencha o Questionário de Atividades de Autocuidado com o Diabetes ([Anexo 1](#)) para os que não realizaram essas atividades na entrevista inicial, antes do ingresso no grupo. Apoie aqueles com dificuldade de compreensão.

INÍCIO

Inicie a reunião, agradeça a presença dos participantes, apresente a si e aos demais profissionais, exponha o objetivo geral (FOCO) da sessão – **A insulina, o controle glicêmico e a saúde** – e informe a periodicidade, o horário e local, o total de sessões e a participação da equipe multiprofissional.

REGRAS DE CONVIVÊNCIA

Estabeleça as regras de convivência de forma **colaborativa**, apoiando o grupo caso algum tema não seja abordado. Esclareça que dúvidas ou sugestões podem ser trazidas para a coordenação ou colocadas em uma caixa de sugestões. Informe que em alguns momentos os profissionais farão anotações para apoiar a evolução do grupo.

APRESENTAÇÃO DOS PARTICIPANTES

Proponha que cada participante fale seu nome e compartilhe com os demais há quanto tempo sabe que tem diabetes, se já faz uso de insulina

e AMGC e se conhece a data e o resultado da última hemoglobina glicada realizada.

MONITORAMENTO DO INTERESSE E DA CONFIANÇA

Solicite que os integrantes avaliem o grau de interesse (motivação) em usar a insulina e fazer o AMGC neste momento, onde “0” significa nenhum interesse e “10” significa total interesse. Se possível, anote as respostas num local visível a todos. Faça o mesmo em relação à confiança, perguntando aos participantes o quanto eles se percebem capazes de realizar estas tarefas, sendo “0” nenhuma confiança e “10” total confiança.

USO DE INSULINA E DO AMGC - PRESCRITO X REALIZADO

Forme duplas e oriente que as mesmas dialoguem sobre a rotina de utilização de insulina e de AMGC, explorando facilidades e dificuldades (ou para iniciar a mesma), sentimentos, medos e crenças. No momento seguinte, solicite que as duplas compartilhem suas experiências com todos os participantes. Acolha os sentimentos compartilhados, explore o quanto o que foi **prescrito** pela equipe de saúde tem sido **realizado** e relacione os graus de interesse e de confiança com os as concepções, dificuldades e comportamentos apresentados. Resuma os principais obstáculos relatados para o uso da insulina e do AMGC e levante quais as soluções já utilizadas pelo grupo para a superação dos mesmos e que ideias surgem neste momento.

SESSÃO 1 - ETAPA 2: ESTRATÉGIAS E INFORMAÇÕES

EXPLANAÇÃO SOBRE A INSULINA, O CONTROLE GLICÊMICO E AS CONSEQUÊNCIAS SOBRE A SAÚDE

Faça uma exposição dialogada sobre as consequências do controle glicêmico na saúde, a identificação deste controle por meio da hemoglobina glicada e do AMGC, e o papel da insulina. Explique como o uso adequado da insulina interfere no controle e cite a importância do AMGC para o autoajuste de insulina.

A hemoglobina glicada é o principal parâmetro de controle glicêmico do DM, porque reflete como esteve, em média, a glicemia nos três últimos meses, pois este é o tempo de sobrevivência de uma hemácia. Já a glicemia capilar mostra como está o controle apenas no momento em que foi realizado o teste, ou seja, agora pode estar em 120 mg/dL, mas daqui a uma hora pode ir para 280 mg/dL.

A hemoglobina glicada, portanto, é um parâmetro melhor de médio prazo e apresenta correlação direta com complicações do diabetes mellitus. O nível de segurança de hemoglobina glicada para evitar estas complicações é abaixo de 7% para a maioria das pessoas com diabetes. Para pessoas idosas e/ou com comprometimento significativo da saúde, principalmente com complicações cardiovasculares (infarto ou AVC), tolera-se níveis mais altos de hemoglobina glicada, habitualmente até 8% para evitar aumento de risco de hipoglicemias.

As formas mais comuns de diabetes mellitus são o tipo 1 e o tipo 2. O tipo 1, que ocorre menos frequentemente, inicia-se habitualmente em crianças e adolescentes e tem necessidade de tratamento com insulina desde o início. O tipo 2, forma mais comum de diabetes mellitus, inicia-se geralmente após os 40 anos e associa-se à obesidade. Para o tratamento do diabetes mellitus tipo 2, além de mudanças no estilo de vida, utilizam-se medicamentos antidiabéticos orais como a metformina, a gliclazida e a dapagliflozina, mas com o passar do tempo faz-se necessário iniciar a insulinoterapia. Este processo de mudança de tratamento para a utilização da insulina não configura falha do paciente quanto à condução de seu tratamento, mas faz parte de uma evolução na história natural desta doença, que determina menor produção endógena (do próprio corpo) de insulina, devendo neste momento ser iniciado a insulina para manter o equilíbrio glicêmico.

As insulinas utilizadas para o tratamento do diabetes mellitus tipo 2 no SUS são a insulina regular e a insulina NPH. A Insulina regular (transparente) é uma insulina de ação rápida e serve para cobrir o período prandial devendo, portanto, ser aplicada meia hora antes da refeição (café,

almoço, jantar ou lanches). A insulina NPH (branca) tem ação mais lenta e deve ser aplicada uma, duas ou três vezes ao dia com o objetivo de substituir as necessidades basais de insulina do dia.

BALANÇA DECISÓRIA

Retomando o grau de interesse do grupo, explique que adotar ou modificar um hábito como o uso do medicamento e a realização do AMGC é um processo. Muitas vezes será preciso lidar com a **ambivalência**, o **querer e não querer**. Queremos permanecer saudáveis, mas nem sempre queremos fazer o que é preciso para controlar a glicemia.

Faça o exercício **Balança decisória** com o grupo, levantando os PRÓS e os CONTRAS para usar a INSULINA e fazer o AMGC, sugerindo que eles anotem na Caderneta, no campo específico. Dialogue sobre como eles podem lidar com os CONTRAS, para aumentar a nota de interesse, explorando as ideias do grupo sobre como superar possíveis obstáculos. Esse exercício pode ser refeito todas as vezes que o interesse diminui.

O ESTRESSE E O CONTROLE GLICÊMICO

Finalizando esta etapa da sessão, comente o impacto do estresse sobre o controle glicêmico e sobre a motivação para o autogerenciamento do Diabetes. Ajude o grupo a entender que o contexto de estresse contínuo decorrente das pressões do dia a dia, somado ao diagnóstico de diabetes e às especificidades que o diagnóstico traz para suas vidas, acionam os sistemas de alerta cerebral, causando emoções negativas como ansiedade, medo, raiva e frustração.

Essas emoções podem gerar um ciclo negativo de desconforto físico e psicológico, difícil de manejar. A busca por alívio imediato desses estados disfuncionais faz com que as pessoas se tornem reativas e propensas a tomar decisões mais impulsivas e arriscadas em resposta ao estresse. Usando mais as emoções do que a cognição para tomar suas decisões, podem fazer escolhas menos saudáveis, consumir alimentos que trazem conforto, especialmente aqueles ricos em açúcar e gordura, diminuir a disposição para a atividade física e reduzir as horas reparadoras de sono.

Considerando essas evidências científicas, a gestão do estresse deve estar no foco terapêutico. Entender esses processos e treinar ferramentas de regulação emocional parece ser a peça-chave para que as pessoas façam escolhas mais racionais do que emocionais.

Comunique ao grupo que ao longo das sessões eles aprenderão técnicas para gestão do estresse, como, por exemplo, a técnica da respiração profunda.

SESSÃO 1 - ETAPA 3: REVISÃO E TREINAMENTO

COMPARTILHAMENTO E ESCLARECIMENTO DE DÚVIDAS

Verifique o entendimento do grupo sobre os temas abordados. Levante as dúvidas, convide os participantes a responderem seus colegas e retome o que for necessário para a compreensão do grupo.

TREINAMENTO DE HABILIDADE PARA O USO DA INSULINA E PARA O AMGC

Proponha uma dramatização para o treinamento de habilidade de aplicação de insulina. Você pode consultar os Anexos 2 (Técnica de aplicação de insulina para domicílio) e 3 (Locais para aplicação de insulina) para apoiar o desenvolvimento desta atividade. Retome as duplas. Um dos participantes inicia a dramatização e assume o papel de um profissional de saúde orientando o outro a aplicar insulina. Nos momentos subsequentes, os papéis são trocados, as duplas levantam as divergências, dúvidas e aprendizados e compartilham com o grupo. Cabe ao coordenador evidenciar as habilidades já desenvolvidas e os pontos a serem superados em relação à técnica.

Durante a dramatização em pares, os profissionais podem circular pela sala e supervisionar o processo, anotando os erros e acertos observados. Aqueles com maior dificuldade podem ser orientados individualmente após a sessão.

Repita todas as etapas da dramatização com o foco no AMGC. Você pode consultar os Anexos 4 (Automonitoramento de glicemia capilar) e 5

(Instruções de uso do glicosímetro) para apoiar o desenvolvimento desta atividade.

EXERCÍCIO DE RESPIRAÇÃO PROFUNDA

Finalize a etapa 3 com o exercício de respiração profunda, exposto no [Box 1](#) (p. 126). Comunique aos participantes que essa estratégia pode ser utilizada diariamente para controlar o estresse, melhorar o controle glicêmico e a saúde em geral.

SESSÃO 1 - ETAPA 4: PACTUAÇÃO E ENCERRAMENTO

PACTUAÇÃO

Pactue com o grupo as tarefas para a próxima sessão: exercício de respiração profunda, uso de insulina, AMGC e registro dos resultados na caderneta. Verifique o grau de confiança e apoie aqueles com grau menor de 7 a reverem o que é preciso fazer para melhorar a confiança, adequando a tarefa se necessário.

ENCERRAMENTO

Pergunte ao grupo o que ficou de mais importante, o que eles aprenderam e como o que foi discutido pode ajudá-los no dia a dia. Faça um breve resumo, reforce a importância do monitoramento e o registro das tarefas pactuadas na caderneta, agradeça a participação de todos, lembre a data da próxima sessão e solicite que tragam a caderneta e o glicosímetro.

SESSÃO 2 – OS CUIDADOS COM A INSULINA

PROFISSIONAIS SUGERIDOS: TESP, enfermeiro, médico, farmacêutico

OBJETIVO ESPECÍFICO DA SESSÃO 2

- Saber fazer o autoajuste de insulina,
- Saber os cuidados em relação ao armazenamento e conservação da insulina,
- Melhorar a assertividade na comunicação com familiares, amigos e profissionais de saúde.

ESTRUTURA DA SESSÃO 2

ETAPA	DURAÇÃO MÉDIA	CARACTERÍSTICAS
1. ACOLHIMENTO E ATENÇÃO INDIVIDUAL	25 minutos	<ul style="list-style-type: none"> • Recepção e início • Regras de convivência • Avaliação do interesse e da capacidade do grupo para o uso de insulina e o AMGC • Como foi a realização das tarefas – obstáculos, soluções
2. ESTRATÉGIAS E INFORMAÇÕES	15 minutos	<ul style="list-style-type: none"> • O autoajuste de insulina a partir do AMGC • Armazenamento e conservação da insulina • Comunicação assertiva e autogerenciamento do diabetes
3. REVISÃO E TREINAMENTO	35 minutos	<ul style="list-style-type: none"> • Compartilhamento e esclarecimento de dúvidas • Revisão entre pares sobre autoajuste a partir do AMGC • Exercício de comunicação assertiva • Exercício de respiração profunda para gestão do estresse
4. PACTUAÇÃO E ENCERRAMENTO	15 minutos	<ul style="list-style-type: none"> • Resumo da sessão • Pactuação (insulina, AMGC e relaxamento) • Encerramento

SESSÃO 2 - ETAPA 1: ACOLHIMENTO E ATENÇÃO INDIVIDUALIZADA

RECEPÇÃO DOS PARTICIPANTES

Recepcione as pessoas e acolha os novos participantes. Forneça a Caderneta de Autogerenciamento do Diabetes e preencha o Questionário de Atividades de Autocuidado com o Diabetes (Anexo 1) para os que não realizaram essas atividades na entrevista inicial, antes do ingresso no grupo. Apoie aqueles com dificuldade de compreensão.

INÍCIO

Inicie a reunião, agradeça a presença dos participantes, apresente a si e aos outros profissionais, exponha o objetivo geral (FOCO) da sessão – **Os cuidados com a insulina.**

REGRAS DE CONVIVÊNCIA

Reveja com o grupo as regras de convivência, explique que a equipe de saúde poderá fazer algumas anotações durante a reunião e reforce a disponibilidade para acolher dúvidas ou sugestões.

APRESENTAÇÃO DOS PARTICIPANTES E MONITORAMENTO DO INTERESSE E DA CONFIANÇA

Proponha que cada participante fale seu nome e compartilhe com os demais o grau de interesse em usar a insulina e fazer o AMGC neste momento, onde “0” significa nenhum interesse e “10” significa total interesse. Na sequência, verifique o grau de confiança para realizar as tarefas, sendo “0” nenhuma confiança e “10” total confiança.

REALIZAÇÃO DAS TAREFAS DURANTE A SEMANA

Faça novamente o exercício de respiração profunda com o grupo. No momento seguinte, retome as tarefas pactuadas para o período e indague sobre a realização das mesmas – quanto foi realizado, obstáculos encontrados, soluções colocadas em prática. Esclareça as dúvidas sobre a técnica de aplicação de insulina e sobre o AMGC ainda presentes. Correlacione as informações com os graus de interesse e de confiança desta sessão, explicando que mudar comportamentos é um processo de idas e vindas. Retome os mitos e as crenças apresentados na reunião anterior.

Peça ao grupo para rever o exercício **Balança Decisória** e as razões para mudar ou não, buscando a superação dos Contras. Valorize os ganhos e explique que um dos objetivos das sessões é o de treinar a habilidade de resolver problemas (obstáculos). Para isto é necessário pactuar tarefas com grau de confiança maior de 7, levantar maneiras de superar possíveis obstáculos, lidar com a ambivalência e manter o foco na solução dos problemas.

SESSÃO 2 - ETAPA 2: ESTRATÉGIAS E INFORMAÇÕES**AUTOAJUSTE DE INSULINA A PARTIR DO AMGC E OS CUIDADOS COM A INSULINA**

Faça uma exposição dialogada sobre o autoajuste de insulina a partir dos resultados do AMGC.

Quando o controle metabólico não está adequado com o uso de medicamentos orais, é preciso iniciar o uso de insulina e monitorar seus efeitos sobre a glicemia capilar por meio do automonitoramento. Mas o êxito no tratamento depende da realização dos testes de glicemia capilar nos horários corretos, além da mudança de comportamentos e do ajuste de dose da insulina até o alcance do controle metabólico. Geralmente os medicamentos orais são mantidos e a insulina é adicionada ao esquema terapêutico.

O início da insulinização habitualmente é com insulina de ação intermediária (NPH) ao deitar, para manter a glicemia pela manhã em jejum entre 80 e 130 mg/dL. Para verificar e adequar o tratamento, a pessoa faz o teste de glicemia capilar pela manhã em jejum e ajusta a dose de acordo com o resultado:

Glicemia capilar de jejum	Dose de Insulina NPH
79 mg/dL ou menos	REDUZIR 2 unidades
80 a 130 mg/dL	MANTER a dose
131 mg/dL ou mais	AUMENTAR 1 unidade

Quando há uma explicação objetiva para a alteração na glicemia, uma hipoglicemia (glicemia menor de 70 mg/dL) por não ter se alimentado na noite anterior por exemplo, ou um aumento da glicemia por um excesso alimentar no jantar, não se deve fazer ajuste na dose e sim evitar que este comportamento se repita.

Com a evolução do diabetes, há necessidade de esquemas mais complexos de tratamento com a utilização de insulina NPH e regular até três vezes ao dia. Quando se utiliza insulina duas ou mais vezes ao dia, recomenda-se a medida de glicemia capilar em jejum, antes do almoço,

antes do jantar e ao deitar. Nestes casos, enquanto o controle glicêmico está inadequado, é preciso ter consultas mais frequentes com a equipe de saúde, para que o tratamento seja ajustado até a estabilização do quadro. A partir daí, o número de testes de glicemia capilar pode ser reduzido para duas vezes ao dia em horários alternados, por exemplo, num dia em jejum e antes do jantar e no outro antes do almoço e ao deitar. Mesmo em quadros estáveis, a automonitorização é fundamental para a manutenção do controle.

Existem, portanto, duas situações em relação aos horários de realização das glicemias capilares e ao ajuste de insulina:

SITUAÇÃO A: PESSOAS QUE USAM APENAS INSULINA NPH AO DEITAR:

- **Teste de glicemia capilar** – indicado pela manhã, em jejum
- **O ajuste é feito pela pessoa** (se glicemia menor de 80 mg/dL - redução de 2 unidades de insulina, se maior de 130 mg/dL - aumento de 1 unidade), **com apoio da equipe de saúde.**

SITUAÇÃO B: PESSOAS QUE USAM INSULINA MAIS DE UMA VEZ AO DIA

- **Teste de glicemia capilar** – indicado pela manhã em jejum, antes do almoço, antes do jantar e antes de dormir. Após controle glicêmico, os testes podem ser reduzidos para duas vezes ao dia em horários alternados.
- **O ajuste é feito pelo MÉDICO.**

CUIDADOS COM O ARMAZENAMENTO E CONSERVAÇÃO DA INSULINA

As insulinas são medicamentos que apresentam boa estabilidade desde que armazenadas e manejadas de forma correta.

Para o armazenamento na geladeira doméstica (refrigerador) devem ser observados os seguintes cuidados (GLICONLINE, 2015):

- A temperatura interna da geladeira deverá estar em no mínimo 2°C e no máximo 8°C. A temperatura ideal é de 4°;
- Os frascos ou canetas de insulina que não estiverem sendo utilizados

devem ser acondicionados na geladeira. Para frascos e canetas lacrados, é preciso considerar a validade indicada pelo fabricante que consta no rótulo do produto ou na embalagem;

- Na geladeira, os frascos e canetas devem ficar armazenados preferencialmente na terceira prateleira, próximo à gaveta de verduras. Não encostar no fundo da geladeira ou próximo ao congelador para não congelar;
- O congelamento faz com que a insulina perca a sua função, portanto uma vez congelada, ela deverá ser descartada;
- Não armazenar frascos ou canetas de insulina na porta da geladeira. O movimento de abrir e fechar faz com que ocorra variação de temperatura que interferirá na conservação da insulina;
- Para evitar quedas e quebras dos frascos, estes poderão ser armazenados em potes plásticos, preferencialmente sem tampa, para não comprometer a temperatura de conservação.

Os **frascos e canetas que estiverem em uso** devem ser conservados em temperatura ambiente, entre 15°C e 30°C. **FRASCOS E CANETAS DESCARTÁVEIS** deverão ser descartados após 4 semanas ou conforme orientação do fabricante. **CANETAS REUTILIZÁVEIS NÃO SÃO DESCARTADAS**. Alguns cuidados deverão ser observados:

- Evitar temperaturas extremas, sejam frias ou quentes, e luz solar direta, principalmente em dias quentes;
- Não conservar próximo de luz solar ou calor excessivo. Manter longe de fogões, micro-ondas, saídas de calor e ar condicionado;
- Não deixar insulina dentro de carros fechados. Se for necessário, acondicionar em caixa térmica.

É importante sempre verificar o aspecto da insulina antes da aplicação. Ela deve apresentar o mesmo aspecto do início do uso. Lembrando que a insulina regular é incolor/transparente e que a insulina NPH tem aspecto branco/leitoso. Aspecto turvo, viscoso ou de outra cor são

sinais de alerta. Neste caso, frascos e canetas descartáveis deverão ser descartados e substituídos por novos que estejam em condições de uso. Se a caneta for reutilizável, apenas o refil deverá ser descartado e substituído. Às vezes pode não ser observado alteração no aspecto, mas, se administradas as doses prescritas e as glicemias continuarem elevadas, é um sinal de alerta.

COMUNICAÇÃO ASSERTIVA E AUTOGERENCIAMENTO DO DIABETES

Para gerenciar o diabetes, a pessoa precisa se comunicar com familiares, amigos, colegas, profissionais de saúde etc., de forma assertiva. Isto significa:

- Expressar sua opinião com clareza, autenticidade e objetividade;
- Acolher a opinião dos outros de forma respeitosa, evitando ser impositivo ou controlador;
- Expor sua necessidade de apoio, respeitando a disponibilidade dos outros;
- Reconhecer seus erros com honestidade e humildade;
- Dizer não e recusar algo com firmeza, tranquilidade e sem hesitação;
- Fazer elogios e críticas, apontando o comportamento e sem rotular as pessoas;
- Receber elogios e críticas, ouvindo atentamente, esclarecendo os pontos relevantes sem se colocar na defensiva;
- Expressar sentimentos (raiva, tristeza, afeição, descontentamento, irritação) de forma não violenta;
- Defender seu direito básico de agir de acordo com suas razões e valores, respeitando o direito dos demais.

No estilo de comunicação assertiva, a linguagem corporal também é importante. Para isto, recomenda-se olhar diretamente nos olhos das pessoas enquanto fala, usar tom de voz firme e não agressivo, e manter a expressão facial serena.

Informe que no final da sessão será feito um exercício de comunicação assertiva.

SESSÃO 2 - ETAPA 3: REVISÃO E TREINAMENTO

COMPARTILHAMENTO E ESCLARECIMENTO DE DÚVIDAS

Verifique o entendimento do grupo sobre os temas abordados. Levante as dúvidas, convide os participantes a responderem seus colegas e retome o que for necessário para a compreensão do grupo.

TREINAMENTO DE HABILIDADE PARA O USO DA INSULINA E PARA O AMGC

Solicite que alguém do grupo faça a demonstração do uso da insulina para aqueles que estão participando da sessão pela primeira vez. Problemатize com os demais as divergências, dúvidas e aprendizados e demonstre novamente a técnica para todos. Repita o processo com o AMGC.

TREINAMENTO DO AUTOAJUSTE DE INSULINA A PARTIR DO AMGC

Forme duplas e oriente que cada participante verifique os resultados do AMGC semanal do seu par e proponha os ajustes necessários de insulina. Peça que o grupo compartilhe os ajustes sugeridos nas duplas e proponha as adequações necessárias, retomando as orientações de autoajuste.

Durante o diálogo entre pares, os profissionais podem circular pela sala e supervisionar o processo, anotando os erros e acertos observados. Aqueles com maior dificuldade podem ser orientados individualmente após a sessão.

EXERCÍCIO DE COMUNICAÇÃO ASSERTIVA

Proponha uma dramatização na qual a equipe de coordenação assume o papel de colegas/familiares que insistem que os participantes comam um pedaço do bolo de aniversário ou participem de uma reunião na confeitaria, por exemplo. Outras situações relatadas pelo grupo podem ser utilizadas também. Cada participante irá contra-argumentar, negando o convite. Após uma rodada de respostas, o grupo analisa a comunicação,

propõe melhorias para que ela se torne mais assertiva, e faz uma segunda rodada de respostas para colocar em prática o que foi dialogado.

EXERCÍCIO DE RELAXAMENTO MUSCULAR PROGRESSIVO

Finalize a etapa 3 com o **exercício de relaxamento muscular progressivo** (Box 2, p. 127). Comunique aos participantes que esta estratégia pode ser utilizada diariamente para controlar o estresse, melhorar o controle glicêmico e a saúde em geral.

SESSÃO 2 - ETAPA 4: PACTUAÇÃO E ENCERRAMENTO

PACTUAÇÃO

Pactue com o grupo as tarefas para a próxima sessão: exercício de relaxamento muscular progressivo, AMGC e autoajuste de insulina (se necessário), com registro das GC e da dose de insulina do período na caderneta. Verifique o grau de confiança e apoie aqueles com grau menor de 7 na adequação da tarefa.

ENCERRAMENTO

Levante as lições aprendidas, faça um breve resumo, reforce a importância do monitoramento e registro das tarefas pactuadas na caderneta, agradeça a participação de todos, lembre a data da próxima sessão e solicite aos participantes que tragam a caderneta preenchida e o glicosímetro.

SESSÃO 3 – DIABETES, ALIMENTAÇÃO E CONTROLE GLICÊMICO

PROFISSIONAIS SUGERIDOS: TESP, enfermeiro, médico, nutricionista, farmacêutico

OBJETIVO ESPECÍFICO DA SESSÃO 3

- Conhecer o papel da alimentação no controle glicêmico,
- Identificar como está a alimentação em relação à saúde,
- Reconhecer interferências da alimentação na terapia antidiabética,

- Saber como proceder frente a uma complicação aguda do diabetes.

ESTRUTURA DA SESSÃO 3

ETAPA	DURAÇÃO MÉDIA	CARACTERÍSTICAS
1. ACOLHIMENTO E ATENÇÃO INDIVIDUAL	25 minutos	<ul style="list-style-type: none"> • Recepção e início • Regras de convivência • Avaliação do interesse e da capacidade do grupo para o AMGC e autoajuste de insulina e para adotar uma alimentação mais saudável • Como foi a realização das tarefas – obstáculos, soluções
2. ESTRATÉGIAS E INFORMAÇÕES	15 minutos	<ul style="list-style-type: none"> • A alimentação e o controle glicêmico • Como identificar se a alimentação atual é saudável • Como proceder frente a uma complicação aguda do diabetes
3. REVISÃO E TREINAMENTO	35 minutos	<ul style="list-style-type: none"> • Compartilhamento e esclarecimento de dúvidas • Como identificar se a alimentação atual está saudável • Atenção plena (<i>mindfulness</i>) e alimentação • Treinamento de habilidade para o AMGC e o autoajuste de insulina
4. PACTUAÇÃO E ENCERRAMENTO	15 minutos	<ul style="list-style-type: none"> • Resumo da sessão • Pactuação (insulina, AMGC, alimentação) • Encerramento

SESSÃO 3 - ETAPA 1: ACOLHIMENTO E ATENÇÃO INDIVIDUALIZADA

RECEPÇÃO DOS PARTICIPANTES

Recepcione as pessoas e acolha os novos participantes. Forneça a Caderneta de Autogerenciamento do Diabetes e preencha o Questionário de Atividades de Autocuidado com o Diabetes (Anexo 1) para os que não realizaram essas atividades na entrevista inicial, antes do ingresso no grupo. Apoie aqueles com dificuldade de compreensão.

INÍCIO

Inicie a reunião, agradeça a presença dos participantes, apresente a si e aos outros profissionais, exponha o objetivo geral (FOCO) da sessão – **Diabetes, alimentação e controle glicêmico.**

REGRAS DE CONVIVÊNCIA

Reveja as regras de convivência, explique ao grupo que a equipe de saúde poderá fazer algumas anotações durante a reunião e reforce a disponibilidade para acolher dúvidas ou sugestões.

APRESENTAÇÃO DOS PARTICIPANTES E MONITORAMENTO DO INTERESSE E DA CONFIANÇA

Proponha que cada participante fale seu nome e compartilhe com os demais os graus de interesse e confiança em adotar uma alimentação mais saudável nos próximos dias. Na sequência, reveja com o grupo como estão os graus de interesse e de confiança em usar a insulina e fazer o AMGC neste momento.

REALIZAÇÃO DAS TAREFAS DURANTE A SEMANA

Faça novamente o exercício de relaxamento muscular progressivo com o grupo. Reveja as tarefas pactuadas para o período - quanto foi realizado, obstáculos encontrados, soluções colocadas em prática. Esclareça as dúvidas sobre a aplicação de insulina, o AMGC, a **Balança Decisória**, os exercícios de comunicação assertiva e de gestão do estresse já demonstrados. Correlacione as informações com os graus de interesse e de confiança desta sessão, retome os conceitos de mudança de comportamento, ambivalência, proatividade, foco. Identifique os avanços, as estratégias utilizadas para superação de obstáculos e solução de problemas.

Proponha o exercício **Balança Decisória** com foco na adoção de uma alimentação mais saudável. Para isto, levante PRÓS e CONTRAS do grupo, explore como reduzir os contras e peça para que eles anotem na caderneta.

SESSÃO 3 – ETAPA 2: ESTRATÉGIAS E INFORMAÇÕES**A ALIMENTAÇÃO E O CONTROLE GLICÊMICO**

Faça uma exposição dialogada sobre a alimentação e o controle glicêmico. Você pode utilizar materiais instrucionais como folders e vídeos sobre o assunto. Exponha a interferência dos alimentos na terapia medicamentosa (antidiabéticos orais e insulina).

Nosso corpo necessita de energia para ter seu funcionamento adequado e a principal fonte de energia é a glicose, obtida através da alimentação. A alimentação é composta de água, minerais, vitaminas e três componentes (macronutrientes) fundamentais: proteínas, gorduras e carboidratos. As proteínas (carne bovina, frango, porco, ovos, peixes etc.) e gorduras (azeite, abacate, manteiga, castanhas, linhaça etc.) da alimentação não elevam a glicose no sangue. Já os carboidratos sim, e podem ser divididos em três tipos: açúcares, amidos e fibras.

Açúcares: os principais tipos são a sacarose (açúcar branco ou mascavo), a frutose (presente nas frutas e no mel) e a lactose (presente no leite). O queijo, apesar de ser um derivado do leite, contém pouca ou nenhuma lactose. Nos produtos industrializados, os açúcares estão presentes com os seguintes nomes: açúcar invertido, frutose e xarope de glicose ou de milho.

Amidos:

- Cereais e seus derivados: arroz, milho, trigo, aveia, centeio, cevada e farinhas (de trigo, de mandioca, de milho etc.);
- Tubérculos e raízes: batata-doce, batata, inhame, cará, mandioca, mandioquinha ou batata-baroa;
- Leguminosas: feijões, ervilha, lentilha, grão-de-bico e soja.

Fibras: são um tipo de carboidrato que não é digerido pelo nosso organismo, sendo eliminadas nas fezes. As fibras trazem efeitos benéficos quanto ao controle da glicemia, do colesterol e triglicerídeos. São encontradas nas frutas, vegetais (hortaliças, legumes e verduras), cereais integrais (exemplos: arroz integral, pão integral, aveia, milho em grão),

feijões, sementes, castanhas etc. A recomendação da ingestão de fibras para pessoas com diabetes é de 20 a 50 gramas ao dia (valores iguais ao da população em geral). É importante lembrar que a população brasileira em geral não atinge esta quantidade recomendada. Portanto, é de extrema importância estimular o consumo diário de fontes alimentares de fibras.

Outras informações importantes sobre os carboidratos

Os alimentos fontes de carboidratos são recomendados para as pessoas que têm diabetes, entretanto, quanto mais inteiro ou integral, quanto menos processado ou refinado, mais nutritivos e mais benéficos para a saúde. Se o consumo for maior de alimentos ricos em açúcares e gorduras e pobres em fibras, tais como fast food, doces em geral, bebidas com açúcar etc., ocorrerá piora da glicemia, aumento dos lipídios sanguíneos (triglicerídeo principalmente) e aumento do peso corporal.

A glicose de nossa circulação tem duas origens principais:

1. A absorção dos carboidratos da alimentação (quando acabamos de comer) e,
2. A produção no fígado do que tínhamos em estoque (quando estamos um período sem nos alimentarmos).

Para a glicose ter seu efeito de fonte energética ela precisa entrar dentro das nossas células e isto não acontece espontaneamente. A entrada da glicose nas células depende de uma molécula que é a “chave que abre as portas” das células para isto. Esta molécula é a INSULINA, que é produzida no pâncreas.

No diabetes mellitus tipo 1, que habitualmente se inicia na infância e na adolescência, o pâncreas não consegue produzir a insulina (falta a “chave”). No diabetes mellitus tipo 2, que corresponde à maioria dos casos, inicialmente a insulina não tem um funcionamento adequado nas células (problema na “fechadura”) e posteriormente evolui-se para uma falha na produção de insulina também.

A glicose é uma substância nobre e sua concentração adequada no sangue é fundamental para o funcionamento adequado do nosso organismo. Se o nível de glicose estiver baixo, falta energia para as células, porém se estiver em excesso, a glicose passa a ser tóxica para os vasos sanguíneos. A regulação destes níveis é controlada por uma série de hormônios, como a insulina e o glucagon, ambos produzidos no pâncreas. Em momentos de jejum, para suprir a falta de açúcares que não estão sendo ingeridos e combater a queda da glicemia, o pâncreas libera o glucagon, responsável por estimular o fígado a produzir mais glicose para o sangue.

De maneira oposta, quando ingerimos alimentos ricos em açúcares e a glicemia aumenta, o pâncreas libera a insulina, que estimula as células do corpo a captarem a glicose do sangue para produção de energia, reduzindo a glicemia. Além disso, a insulina também interrompe a ação do glucagon, fazendo com o fígado pare de produzir mais glicose.

COMO PROCEDER FRENTE A UMA COMPLICAÇÃO AGUDA DO DIABETES

Explique quais complicações agudas podem ocorrer devido ao diabetes, como reconhecê-las e o que fazer frente às mesmas.

Hipoglicemia:

- **O que é:** níveis de glicemia inferiores a 70mg/dL.
- **Quando suspeitar:** na presença de sintomas como fome, náusea, tremor, suor, calafrios, dor de cabeça, tontura, sonolência, confusão mental, taquicardia, visão embaçada, sensação de formigamento, convulsões e inconsciência.
- **Como confirmar:** exame de glicemia capilar ou sérica.
- **Como tratar:**
 - Se a pessoa está inconsciente, é preciso acionar o SAMU (192) ou levar para uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA) para receber glicose intravenosa. Não coloque na boca açúcar, alimentos ou bebidas pelo risco de broncoaspiração.

- Se a pessoa está consciente e consegue ingerir alimentos por via oral com segurança, indica-se o consumo de 15 gramas de carboidrato simples que corresponde a (escolher uma das opções):
 - 1 colher de sopa de açúcar (diluída em água ou não),
 - 150 mL de suco natural de fruta ou refrigerante comum (não dietético),
 - 1 tablete de glicose,
 - 1 colher de sopa de mel (não utilizar em menores de um ano),
 - 3 a 4 balas mastigáveis.

Se após 15 minutos da ingestão a glicemia continuar baixa, é necessário repetir a conduta. Caso a glicemia tenha aumentado, recomenda-se a ingestão de um carboidrato complexo como um pão, para evitar nova hipoglicemia. Deve-se evitar o excesso de carboidratos como bolos e doces para prevenir uma hiperglicemia significativa sucedendo uma hipoglicemia.

- **Como prevenir:** Fazer um lanche ou uma refeição contendo fibras (como alimentos integrais, feijão ou leguminosas e verduras), proteína (carnes, ovos, queijo ou leite) e gorduras (como azeite e castanhas).

Hiperglicemia:

- **O que é:** níveis de glicemia superiores a 180 mg/dL em uma coleta aleatória.
- **Quando suspeitar:** na presença de sintomas como aumento da frequência urinária, sede e fome intensa. Em valores muito altos, também pode provocar dores de cabeça, turvamento visual, tontura, náusea, dores de barriga, fraqueza e desmaios.
- **Como confirmar:** exame de glicemia capilar ou sérica.
- **Como tratar:** pode se tratar de uma urgência ou emergência em saúde, de modo que se acompanhada de sintomas, deve ser procurada uma unidade de saúde mais próxima ou uma unidade de pronto atendimento.

- **Como prevenir:** adesão ao tratamento proposto, evitando exageros alimentares, ou adaptar tais situações com autoajuste de insulina, e estar em dia com o acompanhamento da saúde.

SESSÃO 3 - ETAPA 3: REVISÃO E TREINAMENTO

COMPARTILHAMENTO E ESCLARECIMENTO DE DÚVIDAS

Verifique o entendimento do grupo sobre os temas abordados. Levante as dúvidas, convide os participantes a responderem seus colegas e retome o que for necessário para a compreensão do grupo.

COMO IDENTIFICAR SE A ALIMENTAÇÃO ATUAL ESTÁ SAUDÁVEL

Comente que esta atividade pretende identificar se a alimentação está saudável e quais são os pontos mais críticos.

Forme duplas, forneça o instrumento “**Como está sua alimentação**” (p. 116), e solicite seu preenchimento. Após o término, cada participante soma suas respostas e compartilha o resultado com os demais. A equipe de coordenação pode apoiar as duplas que estão com dificuldade em responder e somar os resultados.

Explore os resultados e convide o grupo a responder o questionário **Como Está Sua Alimentação** outras vezes para acompanhar sua evolução nessa área. Oriente o acesso à página do Programa Escute seu Coração que disponibiliza um [Questionário de Consumo Alimentar](#) além de informações sobre [serviços](#) que a Prefeitura Municipal de Curitiba oferece para acesso a alimentos saudáveis como feiras livres, sacolão da família e restaurante popular.

ATENÇÃO PLENA E ALIMENTAÇÃO

Esta atividade tem como objetivo exercitar a concentração e a percepção por meio dos sentidos.

Orienta ao grupo a utilização de álcool gel 70% ou lavagem das mãos. Entregue uma uva passa, um pedaço de castanha ou um outro alimento que possa ser manipulado para cada participante, que deve estar

sentado confortavelmente na sua cadeira. Com os olhos abertos, peça para que eles observem atentamente cada detalhe do alimento – cores e tonalidades, sombra e luz, formato, dobras e detalhes. No momento seguinte, com os olhos fechados, solicite que eles percebam a textura do alimento entre os dedos, tentando sentir sua rugosidade, temperatura e formato. Ainda com os olhos fechados, oriente que eles coloquem o alimento na boca e, sem mastigá-lo, sintam sua textura e formato. Por fim, ao mastigar o alimento lentamente, é importante perceber o sabor espalhando pela boca. Ao engolir, sentimos seu trajeto pela garganta. Com os olhos fechados por mais alguns segundos, os participantes desfrutam da experiência, percebem seu corpo e o alimento sem interferências ou distrações.

Explique aos participantes que os alimentos utilizados no exercício foram escolhidos devido às suas características de sabor, textura etc., para explorar os sentidos. A experiência pode ser repetida em casa ou em outros locais, com estes ou outros alimentos, preferencialmente os in natura, desde que compondo uma alimentação saudável e balanceada. Ressalte que apesar de saudáveis, frutas secas como a uva passa podem elevar a glicemia se ingeridas em quantidade. Já as castanhas são bastante calóricas. Por isto é importante o consumo moderado.

TREINAMENTO DE HABILIDADE PARA O AMGC E O AUTOAJUSTE DE INSULINA

Revise a técnica de utilização de insulina e de AMGC com o grupo, com foco nos novos integrantes do grupo. Utilize os materiais de apoio caso necessário. Levante e esclareça as dúvidas e dificuldades. Indague sobre os autoajustes de insulina realizados no período e reforce as orientações. Para aqueles com maior dificuldade, combine uma conversa individualmente após a sessão.

SESSÃO 3 - ETAPA 4: PACTUAÇÃO E ENCERRAMENTO

PACTUAÇÃO

Pactue as tarefas para a próxima sessão: AMGC e autoajuste de insulina (se necessário), com registro das GC e da dose de insulina do período na caderneta, um aspecto da alimentação e atenção plena. Verifique o grau de confiança e apoie aqueles com grau menor de 7 na adequação da tarefa.

ENCERRAMENTO

Levante as lições aprendidas, faça um breve resumo, reforce a importância do monitoramento e registro das tarefas pactuadas na caderneta. Agradeça a participação de todos, lembre a data da próxima sessão e solicite aos participantes que tragam a caderneta preenchida, o glicosímetro, e que venham com calçados e meias que facilitem o autoexame dos pés, que será realizado no próximo encontro.

SESSÃO 4 – DIABETES, ATIVIDADE FÍSICA E CONTROLE GLICÊMICO

PROFISSIONAIS SUGERIDOS: TESP, enfermeiro, médico, profissional de educação física, farmacêutico

OBJETIVO ESPECÍFICO DA SESSÃO 4

- Conhecer o papel da atividade física no controle glicêmico,
- Calcular o nível de atividade física semanal,
- Conhecer o plano de cuidados recomendado para uma pessoa com diabetes,
- Saber fazer autoavaliação dos pés, calçados e meias e cuidar dos mesmos para evitar complicações.

ESTRUTURA DA SESSÃO 4

ETAPA	DURAÇÃO MÉDIA	CARACTERÍSTICAS
1. ACOLHIMENTO E ATENÇÃO INDIVIDUAL	25 minutos	<ul style="list-style-type: none">• Recepção e início• Regras de convivência• Avaliação do interesse e da capacidade do grupo para o AMGC e autoajuste de insulina e para a prática de atividade física• Como foi a realização das tarefas – obstáculos,

		soluções
2. ESTRATÉGIAS E INFORMAÇÕES	15 minutos	<ul style="list-style-type: none"> • A atividade física e o controle glicêmico • O plano de cuidados para a pessoa com diabetes
3. REVISÃO E TREINAMENTO	35 minutos	<ul style="list-style-type: none"> • Compartilhamento e esclarecimento de dúvidas • Treinamento de habilidade para o AMGC e o autoajuste de insulina • Como calcular o nível de atividade física semanal • Autoexame dos pés, meias e calçados
4. PACTUAÇÃO E ENCERRAMENTO	15 minutos	<ul style="list-style-type: none"> • Resumo da sessão • Pactuação (insulina, AMGC, atividade física etc.) • Encerramento

SESSÃO 4 - ETAPA 1: ACOLHIMENTO E ATENÇÃO INDIVIDUALIZADA

RECEPÇÃO DOS PARTICIPANTES

Recepcione as pessoas e acolha os novos participantes. Forneça a Caderneta de Autogerenciamento do Diabetes e preencha o Questionário de Atividades de Autocuidado com o Diabetes (Anexo 1) para os que não realizaram essas atividades na entrevista inicial, antes do ingresso no grupo. Apoie aqueles com dificuldade de compreensão.

INÍCIO

Inicie a reunião, agradeça a presença dos participantes, apresente a si e aos outros profissionais, exponha o objetivo geral (FOCO) da sessão – **Diabetes, atividade física e controle glicêmico.**

REGRAS DE CONVIVÊNCIA

Reveja com o grupo as regras de convivência, explique que a equipe de saúde poderá fazer algumas anotações durante a reunião e reforce a disponibilidade para acolher dúvidas ou sugestões.

APRESENTAÇÃO DOS PARTICIPANTES E MONITORAMENTO DO INTERESSE E DA CONFIANÇA

Proponha que cada participante fale seu nome e compartilhe com os demais os graus de interesse e confiança em praticar atividade física nos

próximos dias. A seguir, avalie os graus de interesse e confiança em usar a insulina e fazer o AMGC neste momento.

REALIZAÇÃO DAS TAREFAS DURANTE A SEMANA

Faça novamente o exercício de atenção plena com o grupo, utilizando agora uma imagem com som. Reveja as tarefas pactuadas para o período - quanto foi realizado, obstáculos encontrados, soluções colocadas em prática. Esclareça as dúvidas sobre a aplicação de insulina, o AMGC, a **Balança Decisória**, os exercícios de comunicação assertiva, gestão do estresse e alimentação saudável já demonstrados. Correlacione as informações com os graus de interesse e de confiança desta sessão, retome os conceitos de mudança de comportamento, ambivalência, proatividade, foco. Identifique os avanços, as estratégias utilizadas para superação de obstáculos e solução de problemas.

Reveja o exercício **Balança Decisória** para praticar atividade física, explorando a superação dos Contras e aumentando os Prós.

SESSÃO 4 - ETAPA 2: ESTRATÉGIAS E INFORMAÇÕES

A ATIVIDADE FÍSICA E O CONTROLE GLICÊMICO

Faça uma exposição dialogada sobre o diabetes, a atividade física e o controle glicêmico. Você pode utilizar materiais instrucionais como folders e vídeos sobre o assunto.

Informe que a prática de exercício físico previne o diabetes tipo 2 e suas complicações, reduz o risco de doenças do coração e dos vasos, auxilia no controle do peso corporal, promove a saúde mental e o bem-estar. O exercício físico regular pode auxiliar na diminuição da glicemia, dos níveis de pressão arterial e melhora do perfil lipídico.

Comente que a estratégia ideal para a prática de exercícios físicos por pessoas com diabetes deve envolver a combinação de exercício aeróbio (exemplos: caminhada rápida, corrida, bicicleta, natação) com exercício resistido (exemplos: pesos livres, aparelhos de musculação, bandas elásticas

ou uso do próprio peso corporal) e aumento progressivo de tempo, frequência, carga e intensidade.

- O exercício físico aeróbio é a primeira recomendação para quem estiver inativo e se não houver restrição. A recomendação é de 150 minutos de atividade aeróbia de moderada intensidade por semana, preferencialmente no tempo livre, distribuídos ao longo da semana, não permanecendo mais de dois dias consecutivos sem a prática da mesma;
- A recomendação para adultos e idosos é de pelo menos uma série (1 set) de 10 a 15 repetições de 5 ou mais exercícios resistidos, envolvendo os grandes grupos musculares, de 2 a 3 sessões por semana, em dias não consecutivos.

Orientar os cuidados necessários para a realização desta prática:

- a) Utilizar roupas confortáveis e sapatos adequados, evitando a formação de calosidades e bolhas;
- b) Usar protetor solar para atividades ao ar livre;
- c) Hidratar-se durante a atividade;
- d) Evitar jejum prolongado e trazer consigo carboidratos de rápida absorção para eventual hipoglicemia;
- e) Antes de atividade física intensa, recomenda-se a ingestão de carboidratos quando a glicemia pré-exercício for menor de 100 mg/dL ou postergação da atividade, se a glicemia for maior de 250 mg/dL;
- f) O exercício agrava os quadros de hiperglicemia e cetose e deve ser evitado nestas situações;
- g) Evitar aplicação de insulina em local que será muito exercitado pois pode afetar a velocidade de absorção da mesma.

Um check list pode ser realizado antes da prática do exercício físico:

CHECK LIST ANTES DA PRÁTICA DE ATIVIDADE FÍSICA	
Estou levando cartão de identificação de que tenho diabetes, quais medicamentos tomo e telefone de alguém para contato	
Estou levando alimento caso tenha uma hipoglicemia (bala, tablete de açúcar, suco adoçado)	
Estou levando líquidos para me hidratar	
Passei protetor solar	
Verifiquei se os calçados e meias estão adequados	
Estou com roupas confortáveis e adequadas à temperatura ambiente	
Consumi algum alimento há menos de 2 horas	

O PLANO DE CUIDADOS PARA PESSOAS COM DIABETES

Aborde os aspectos que envolvem o gerenciamento do diabetes – nutrição, atividade física, gestão do estresse, uso de medicamentos, acompanhamento do nível glicêmico, cessação do tabagismo, uso não nocivo de álcool, monitoramento de lipídeos e pressão arterial, monitoramento de complicações crônicas (fundo de olho, exames de função renal e cuidado com os pés), vacinação e saúde reprodutiva. Especifique a periodicidade de avaliações para que os participantes possam advogar sobre suas necessidades de cuidado. O plano está disponível na página da SMS Curitiba, no [Fluxo de Atenção ao diabetes mellitus](#).

Aproveite para organizar a atenção àqueles que não realizaram algum exame preconizado nas diretrizes da SMS Curitiba. Se houver pessoas no grupo que se manifestem como fumantes, faça abordagem mínima para cessação do tabagismo e dê sequência de acordo com o resultado. Para os que fazem uso nocivo de álcool, combine uma conversa individual.

SESSÃO 4 - ETAPA 3: REVISÃO E TREINAMENTO

COMPARTILHAMENTO E ESCLARECIMENTO DE DÚVIDAS

Verifique o entendimento do grupo sobre os temas abordados. Levante as dúvidas, convide os participantes a responderem seus colegas e retome o que for necessário para a compreensão do grupo.

TREINAMENTO DE HABILIDADE PARA O AMGC E O AUTOAJUSTE DE INSULINA

Revise a técnica de utilização de insulina e de AMGC com o grupo, com foco nos novos integrantes do grupo. Utilize os materiais de apoio caso necessário. Levante e esclareça as dúvidas e dificuldades. Indague sobre os autoajustes de insulina realizados no período e reforce as orientações. Para aqueles com maior dificuldade, combine uma conversa individualmente após a sessão.

COMO CALCULAR O NÍVEL DE ATIVIDADE FÍSICA SEMANAL

Forneça o instrumento **“Calcule seu Tempo de Atividade Física Semanal no Tempo Livre”** (p. 120) e solicite o preenchimento do mesmo. Apoie aqueles que têm dificuldade. Comente sobre a disponibilidade do instrumento na página do [Programa Escute seu Coração](#). Reveja a compreensão do grupo sobre o exercício físico e as recomendações realizadas anteriormente.

AUTOAVALIAÇÃO DOS PÉS, CALÇADOS E MEIAS

Pergunte quem do grupo já teve os pés examinados durante os atendimentos na UBS. Pergunte quais cuidados são tomados com os pés, calçados e meias diariamente. Após explorar o conhecimento prévio do grupo, convide todos a iniciar a avaliação dos pés, calçados e meias.

A avaliação pode ocorrer entre pares (um usuário avalia o outro e vice-versa), por demonstração em um usuário que consinta em ser o exemplo, ou pela autoavaliação conjunta. Se necessário, disponibilize espelhos para a avaliação daqueles com pouca mobilidade).

Inicie com os calçados e meias, verificando:

- Tipo de calçado utilizado – aberto, fechado, com salto, bico fino ou largo;
- Se há costuras, saliências ou corpos estranhos como pedras, pregos ou qualquer outro objeto dentro dos calçados;
- Se as palmilhas apresentam deformidades;
- Se os calçados estão apertados ou folgados;
- Se está usando meias;
- Qual o tipo de tecido e a cor das meias;
- Se as meias estão limpas e folgadas.

Siga com a avaliação dos pés, orientando-os a:

- Observar a cor da pele e possíveis alterações – áreas de palidez, cianose, vermelhidão;
- Examinar os espaços interdigitais, a planta e o dorso dos pés e verificar a presença de inchaço, úlceras, infecções, rachaduras, bolhas, calosidades, micose;
- Observar as unhas – tipo de corte, se estão encravadas, se há micose;
- Indagar sobre dor, calor local e sensação de dormência ou formigamento.

Por fim, faça as orientações:

- Lavar os pés diariamente com água e sabão, usando água morna,
- Cortar as unhas em ângulo reto e lixar após o corte. Nunca cortar os cantos;
- Secar bem os pés com tecido macio, principalmente os espaços entre os dedos;
- Usar hidratantes diariamente, principalmente se a pele for seca, não passando o creme entre os dedos;
- Não usar bolsas de água quente nem fazer escalda-pés com água quente, conferindo a temperatura morna da água antes de realizar banhos nos pés;
- Não usar fitas adesivas ou esparadrapos diariamente;

- Procurar a equipe de saúde na presença de sinais e sintomas ainda não avaliados: inchaço, fissuras, unhas encravadas, bolhas, calos, micose, dor, alterações na coloração da pele, úlceras, infecções, calor local e formigamento;
- Não remover calos ou mexer em úlceras, fissuras e unhas encravadas e sempre avisar a equipe de saúde sobre o surgimento dos mesmos;
- Evitar andar descalço em qualquer lugar (casa, jardim, praia, areia);
- Usar meias limpas e folgadas, preferencialmente de cor clara e de algodão;
- Evitar usar calçados sem meias;
- Escolher sapatos espaçosos, fechados, sem costura, que não machucam e que já foram usados;
- Examinar dentro dos sapatos antes de calçá-los para identificar objetos estranhos, saliências e costuras que podem machucar;
- Procurar usar sapatos novos por períodos curtos de tempo, até que eles se moldem aos pés e não provoquem lesões.

Nesta atividade, podem ser utilizadas imagens como fotografias, vídeos, desenhos ou outros materiais que exemplifiquem o certo e o errado em relação aos cuidados com os pés.

SESSÃO 4 - ETAPA 4: PACTUAÇÃO E ENCERRAMENTO

PACTUAÇÃO

Pactue com o grupo as tarefas para a próxima sessão ou para a próxima visita à UBS (para aqueles que concluíram sua participação no grupo nesta sessão): AMGC e autoajuste de insulina (se necessário), com registro das GC e da dose de insulina do período na caderneta, atividade física etc. Verifique o grau de confiança e apoie aqueles com grau menor de 7 na adequação da tarefa. Reforce a oferta dos questionários na página do [Programa Escute seu Coração](#).

ENCERRAMENTO

Levante as lições aprendidas, faça um breve resumo, reforce a importância do monitoramento e registro das tarefas pactuadas na caderneta. Agradeça a participação de todos e para os que estão na 4ª participação no grupo, aplique novamente o Questionário de Atividades de Autocuidado com o Diabetes (Anexo 1), comunicando que a UBS está à disposição para apoiar o autocuidado. Para os que permanecem no grupo, relembre a data da próxima sessão e solicite que tragam a caderneta preenchida e o glicosímetro.

APÊNDICE 1 – CADERNETA DE AUTOGERENCIAMENTO DO DIABETES

NOME:

UBS:

AUTOMONITORAMENTO DE GLICEMIA CAPILAR

EM AUTOMONITORAMENTO DE GLICEMIA CAPILAR (AMGC) () SIM () NÃO

HORÁRIO DOS TESTES DE GLICEMIA CAPILAR PRESCRITOS PELA EQUIPE DE SAÚDE:

Data:	Jejum () antes do almoço () antes do jantar () ao deitar ()
Data:	Jejum () antes do almoço () antes do jantar () ao deitar ()
Data:	Jejum () antes do almoço () antes do jantar () ao deitar ()
Data:	Jejum () antes do almoço () antes do jantar () ao deitar ()
Data:	Jejum () antes do almoço () antes do jantar () ao deitar ()
Data:	Jejum () antes do almoço () antes do jantar () ao deitar ()
Data:	Jejum () antes do almoço () antes do jantar () ao deitar ()
Data:	Jejum () antes do almoço () antes do jantar () ao deitar ()

RESULTADO DO AMGC NO PERÍODO

Período	Número GC realizadas	% GC entre 70-180 mg/dl

ANOTE O RESULTADO DA GLICEMIA CAPILAR NO HORÁRIO REALIZADO (MG/DL) E OS AJUSTES FEITOS NA DOSE DE INSULINA

[illegible]

Para aqueles que usam SOMENTE insulina NPH antes de deitar, a dose deve ser ajustada de acordo com o resultado da glicemia capilar de jejum onde:

- Glicemia capilar de jejum 130 mg/dL ou mais – **AUMENTE 1 UI** de insulina NPH ao deitar
- Glicemia capilar de jejum 80 mg/dL ou menos – **DIMINUA 2 UI** de insulina NPH ao deitar

TRATAMENTO MEDICAMENTOSO

TEMPO DE USO DE INSULINA: _____

DOSES PRESCRITAS	Insulina regular (UI)				Insulina NPH (UI)			
Data	café	almoço	janta	ao deitar	café	almoço	janta	ao deitar

OUTROS MEDICAMENTOS EM USO

Data/mês/ano	Assinale se em uso	Medicamento	Posologia
		Metformina	
		Gliclazida	
		Dapagliflozina	
		Sinvastatina	
		AAS	
		Enalapril	
		Atenolol	
		Anlodipino	
		Hidroclortiazida	
		Losartana	
		Outros (quais):	

PLANO DE CUIDADOS

Resultado do exame/ avaliação	Data					
Peso						
Pressão Arterial						
HbA1c						
LDL-colesterol						
Taxa Filt. Glomerular						
Rel alb/ creatinina						
Exame dos pés na UBS						
Fundo de olho						
Planej. familiar						
Saúde bucal						

ANEXO 1 – QUESTIONÁRIO DE ATIVIDADES DE AUTOCUIDADO COM O DIABETES – QAD

QUESTIONÁRIO DE ATIVIDADES DE AUTOCUIDADO COM O DIABETES										
(As perguntas que se seguem questionam-no sobre seus cuidados com o diabetes durante os últimos sete dias. Se você esteve doente durante os últimos sete dias, por favor lembre-se dos últimos sete dias em que não estava doente)										
1. Alimentação geral										
1.1 Em quantos dos últimos SETE DIAS seguiu uma dieta saudável?	0	1	2	3	4	5	6	7		
1.2 Durante o último mês, QUANTOS DIAS POR SEMANA, em média, seguiu a orientação alimentar, dada por um profissional de saúde (médico, enfermeiro, nutricionista)?	0	1	2	3	4	5	6	7		
2. Alimentação específica										
2.1 Em quantos dos últimos SETE DIAS comeu 5 ou mais porções de frutas e/ou vegetais?	0	1	2	3	4	5	6	7		
2.2 Em quantos dos últimos SETE DIAS comeu alimentos ricos em gordura, como carnes vermelhas ou alimentos com leite integral ou derivados?	0	1	2	3	4	5	6	7		
2.3 Em quantos dos últimos SETE DIAS comeu doces?	0	1	2	3	4	5	6	7		
3. Atividade Física										
3.1 Em quantos dos últimos SETE DIAS realizou atividade física durante pelo menos 30 minutos (minutos totais de atividade contínua, inclusive andar)?	0	1	2	3	4	5	6	7		
3.2 Em quantos dos últimos SETE DIAS praticou algum tipo de exercício físico específico (nadar, caminhar, andar de bicicleta), sem incluir atividades em casa ou em seu trabalho?	0	1	2	3	4	5	6	7		
4. Monitorização da glicemia										
4.1 Em quantos dos últimos SETE DIAS avaliou o açúcar no sangue?	0	1	2	3	4	5	6	7		
4.2 Em quantos dos últimos SETE DIAS avaliou o açúcar no sangue o número de vezes recomendado pelo médico ou enfermeiro?	0	1	2	3	4	5	6	7		
5. Cuidado com os pés										
5.1 Em quantos dos últimos SETE DIAS examinou os seus pés?	0	1	2	3	4	5	6	7		
5.2 Em quantos dos últimos SETE DIAS examinou dentro dos sapatos antes de calçá-los?	0	1	2	3	4	5	6	7		
5.3 Em quantos dos últimos SETE DIAS secou os espaços entre os dedos dos pés depois de lavá-los?	0	1	2	3	4	5	6	7		
6. Medicação										
6.1 Em quantos dos últimos SETE DIAS tomou seus medicamentos do diabetes, conforme o recomendado? OU (se insulina e comprimidos)	0	1	2	3	4	5	6	7		
6.2 Em quantos dos últimos SETE DIAS tomou suas injeções de insulina, conforme foi recomendado?	0	1	2	3	4	5	6	7		
6.3 Em quantos dos últimos SETE DIAS tomou o número indicado de comprimidos do diabetes?	0	1	2	3	4	5	6	7		
7. Tabagismo										
7.1 Você fumou um cigarro - ainda que só uma tragada - durante os últimos sete dias?	sim		não							
7.2 Se sim, quantos cigarros fuma, habitualmente, num dia? Número de cigarros:	<input type="text"/>									
7.3 Quando fumou o seu último cigarro?	<input type="text"/>									
Nunca fumou	<input type="text"/>									
Há mais de dois anos atrás	<input type="text"/>									
Uma a dois anos atrás	<input type="text"/>									
Quatro a doze meses atrás	<input type="text"/>									
Um a três meses atrás	<input type="text"/>									
No último mês	<input type="text"/>									
Hoje	<input type="text"/>									

Fonte: Michels et al., 2010.

ANEXO 2 - TÉCNICA DE APLICAÇÃO DE INSULINA PARA DOMICÍLIO

CANETA DESCARTÁVEL DE INSULINA - APLICAÇÃO DE INSULINA NPH



Lave as mãos



Insira a agulha descartável



Retire a proteção externa e interna



Para a NPH faça 10 movimentos de inversão e 10 de rotação



Teste 2 U para avaliar o funcionamento do sistema



Ajuste a dose prescrita



Segure a caneta com o polegar para cima e insira a agulha a 90° da pele







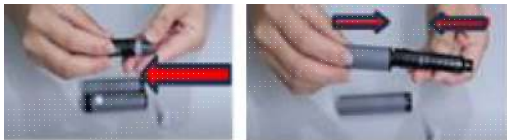
Pressione o botão com o polegar e segure por 10 segundos



Despreze a agulha num reservatório adequado

Fonte: Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba - Departamento de Atenção Primária à Saúde

CANETA REUTILIZÁVEL DE INSULINA - MONTAGEM

<p>Pode ser realizada na primeira aplicação ou troca de cartucho:</p> <p>Lavar as mãos.</p> <p>Retirar cartucho fechado da geladeira para uso.</p> <p>Verificar prescrição _____ Unidades.</p> <p>Manusear com cuidado, quedas ou danos podem causar vazamento da insulina.</p>	
	<p>Segure as duas extremidades com firmeza, puxe para desconectar as partes da caneta e retire a tampa expondo o tubete.</p>
	<p>Gire o suporte de carpule/tubete para desconectá-lo do corpo da caneta.</p>
	<p>Empurre delicadamente o pistão para dentro do corpo da caneta, caso esteja para fora.</p>
	<p>Escolha a insulina que irá ser utilizada para esta caneta, verificando sua validade e integridade do frasco.</p> <p>Identifique no corpo da caneta a insulina utilizada (NPH ou regular).</p>
	<p>Introduza o cartucho dentro do suporte para carpule.</p> <p>Feche a caneta conectando o suporte para carpule com o corpo da caneta.</p>


Fonte: Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba - Departamento de Atenção Primária à Saúde (DAPS) - Maio /2025

CANETA REUTILIZÁVEL DE INSULINA - APLICAÇÃO DE INSULINA NPH

<p>Lavar as mãos.</p> <p>Na Insulina NPH é necessário homogeneizar o líquido antes da aplicação.</p>	
	<p>Retire a tampa da caneta. Coloque a caneta entre as mãos e suavemente realize 10 a 20 movimentos rotacionais.</p> <p>INDICADO SOMENTE PARA INSULINA NPH.</p>
	<p>Realize a limpeza da borracha do Carpule/Tubete com algodão seco.</p>
	<p>Retire o lacre da agulha e conecte parte roscada do suporte para carpule.</p>
	<p>Retire o protetor da agulha, expondo a agulha para retirar o ar.</p> <p>Selecione 2 unidades.</p> <p>Bata levemente no corpo da caneta para que as bolhas subam.</p> <p>Aperte o botão de aplicação com a agulha para cima.</p>
	<p>Selecione a dose em UI prescrita pelo médico.</p> <p>Escolha o local da aplicação e realize a assepsia da pele.</p>
	<p>Introduza a agulha em ângulo de 90º e aperte o botão aplicador;</p> <p>Aguardar 10 segundos antes de retirar a agulha da pele.</p> <p>Feche novamente a caneta com a tampa.</p>
<p>Não massageie o local</p> <p>Não descarte a seringa no lixo domiciliar (seguir orientação da Unidade de Saúde)</p> <p>Não guarde com a agulha acoplada.</p> <p>Acima de 60 UI deve-se realizar 02 aplicações</p>	

Fonte: Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba - Departamento de Atenção Primária à Saúde (DAPS) – Maio /2025

FRASCOS DE INSULINA - USO INDIVIDUAL (NPH E REGULAR USADAS SEPARADAMENTE)

<p>Lavar as mãos. Retirar o frasco de insulina da geladeira 15 minutos antes da aplicação (insulina gelada provoca dor)</p>	
	<p>Rolar o frasco entre as mãos e movimentar vinte vezes. Não agitar! INDICADO SOMENTE PARA INSULINA NPH</p>
	<p>No primeiro uso, retirar o lacre e registrar a data de abertura do frasco (validade 30 dias após aberto). Limpar a borracha do frasco de insulina com algodão e álcool.</p>
	<p>Manter o protetor da agulha e aspirar a quantidade de ar até chegar na quantidade indicada pelo médico.</p>
	<p>Retirar o protetor da agulha e Injetar o ar da seringa dentro do frasco.</p>
	<p>Posicionar o frasco de cabeça para baixo, sem retirar a agulha, e aspirar a insulina até a dose indicada. Se bolhas de ar surgirem na seringa, dê pequenas batidas no local para eliminá-las. Conferir se a dose permanece a mesma, caso contrário, completar a dose. Escolher o local da aplicação (deve estar limpo).</p>
	<p>Segurar a seringa como se fosse um lápis. Fazer uma prega e aplicar no ângulo de 90 (manter a prega durante a aplicação) Injetar a insulina lentamente até o final.</p>
<p>Retirar a agulha e desfazer a prega. Não massagear o local Não descartar a seringa no lixo domiciliar (seguir orientação da Unidade de Saúde)</p>	

Fonte: Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba - Departamento de Atenção Primária à Saúde – Setembro/2017

FRASCOS DE INSULINA - USO COMBINADO (NPH + REGULAR NA MESMA SERINGA)

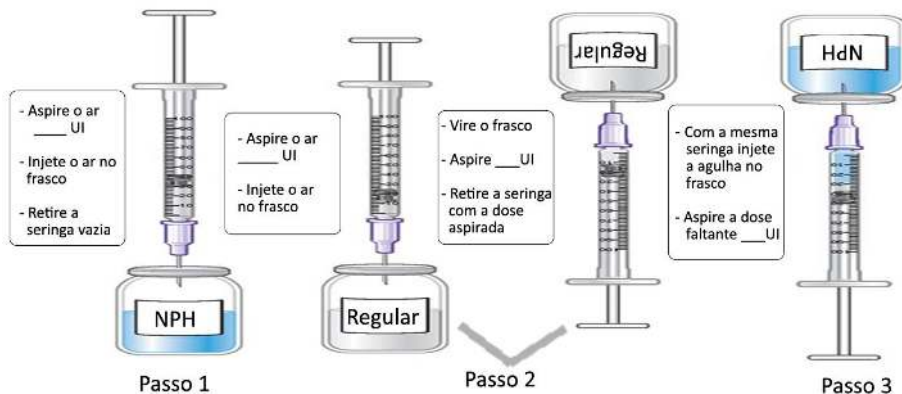
Lavar as mãos.

Retirar os frascos de insulina NPH e Regular da geladeira 15 minutos antes da aplicação (insulina gelada provoca dor).

Verificar prescrição NPH _____ Unidades

Verificar prescrição Regular _____ Unidades

A ordem da aspiração é muito importante!



Importante: O total de insulina na seringa deve corresponder à soma das doses das 2 insulinas.

Passo 1:

- Rolar delicadamente o frasco de **Insulina NPH** 20 vezes entre as mãos para obter aspecto branco e leitoso. Não agitar.
- No primeiro uso, retirar o lacre e registrar a data de abertura do frasco (validade 30 dias após aberto).
- Limpar a borracha do frasco de insulina com algodão e álcool.
- Manter o protetor da agulha e aspirar a quantidade de ar até chegar na quantidade indicada pelo médico _____ unidades.
- Retirar o protetor e Injetar o **AR** no frasco de **Insulina NPH** e retirar a agulha do frasco sem aspirar a insulina NPH, reservar.

Passo 2:

- Aspirar com a mesma seringa um volume de **AR** igual à dose de solução de **Insulina Regular** (transparente) _____ unidades.
- Injetar o **AR** dentro do frasco de solução de **Insulina Regular** (transparente).
- Virar o frasco-ampola juntamente com a seringa de cabeça para baixo e aspirar a dose correta de solução de **Insulina Regular** para a seringa.
- Expulsar todo o ar para fora da seringa e verificar se a dose está correta.

Passo 3:

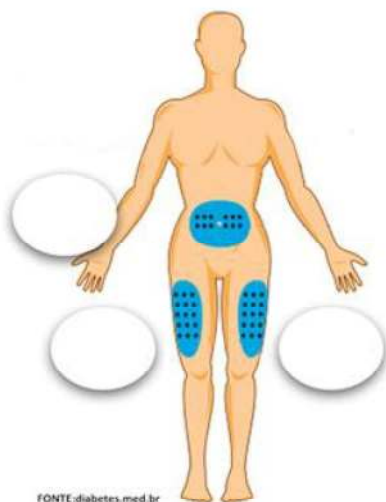
- Insira a agulha da seringa que já está com a **Insulina Regular** no frasco de suspensão de insulina NPH (frasco do passo 1) e aspire a dose prescrita de NPH _____ unidades.
- Expulsar todo o ar para fora da seringa e verificar se a dose está correta.
- Escolher o local de aplicação e injetar a mistura imediatamente.

Fonte: Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba - Departamento de Atenção Primária à Saúde – Setembro/2017

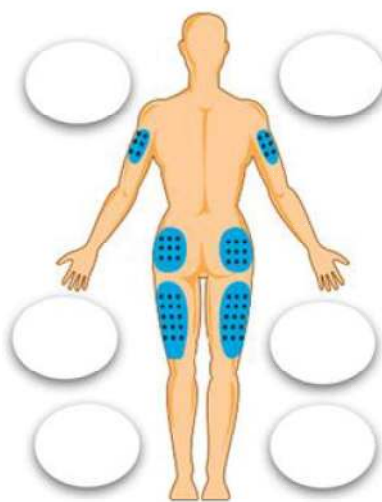
LOCAIS PARA APLICAÇÃO DE INSULINA

As regiões do corpo recomendadas para aplicação da insulina são:

- Braços: face posterior, três a quatro dedos abaixo da axila e acima do cotovelo (considerar os dedos de quem receberá a injeção de insulina).
- Nádegas: quadrante superior lateral externo.
- Coxas: face anterior e lateral externa superior, quatro dedos abaixo da virilha e acima do joelho.
- Abdome: regiões laterais direita e esquerda, com distância de três a quatro dedos da cicatriz umbilical.

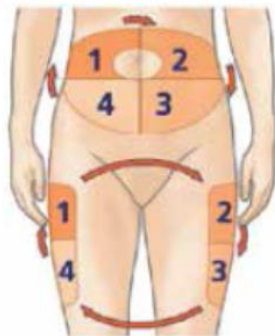


FONTE: diabetes.med.br



Para o rodízio de aplicações, recomenda-se:

- Dividir o local de aplicação em quadrantes/metades: as aplicações, nesses quadrantes, devem ser espaçadas em pelo menos 1 cm entre elas, seguindo em sentido horário
- Recomenda-se usar um pequeno quadrante a cada 14 dias para cicatrização e prevenção de lipohipertrofia



Fonte: SBD, posicionamento oficial n. 01/2017

APLIQUE VOCÊ MESMO A INSULINA

A Figura a seguir demonstra a autoaplicação de insulina nos diferentes locais indicados.

Braços:



Coxas:



Abdome:



Nádegas:



ANEXO 3 – AUTOMONITORAMENTO DE GLICEMIA CAPILAR (AMGC)³

- Indicado para pessoas com DM 1, DM gestacional e DM2 em insulino terapia, de acordo com os critérios estabelecidos nas normatizações e documentos orientativos da SMS Curitiba.
- A frequência e o horário dos testes variam com o tipo de DM, o esquema de insulinização empregado e a estabilidade do quadro.

Esquema	Horário do exame	Observação
Insulina NPH ao deitar (bedtime)	– Em jejum	Após estabilização, podem ser realizados 3 a 4 testes na semana
Insulina NPH e/ou regular 2 ou mais vezes ao dia	– Em jejum – Antes do almoço – Antes do jantar – Ao deitar	Imediatamente antes da refeição. Após estabilização, podem ser realizados 2 testes ao dia em horários alternados.
Diabetes gestacional	– Em jejum – 1 hora Pós-prandial – 2 horas pós-prandial	Após o café da manhã, do almoço ou do jantar

- As metas de glicemia capilar são:

Meta de glicemia capilar	Valor de referência (mg/dL)
Jejum	80 a 130
Pré-prandial	80 a 130
Glicemia ao deitar	até 160
Diabetes gestacional	
Jejum	até 95
1 hora pós-prandial	até 140
2 horas pós-prandial	até 120

- Para usuários em uso de Insulina NPH ao deitar, a recomendação de autoajuste de insulina de acordo com a Glicemia Capilar de Jejum (GCJ) é:
 - GCJ 130 mg/dL ou mais – **AUMENTE 1 UI** da insulina NPH ao deitar.
 - GCJ 80 mg/dL ou menos – **DIMINUA 2 UI** de insulina NPH ao deitar.
- Para usuários em uso de insulina NPH e/ou regular duas ou mais vezes ao dia, o ajuste de dose de insulina deve ser realizado, na maioria dos casos, pelo médico.
- Retornos frequentes (semanais) à UBS são indicados para pessoas em início de AMGC ou até o alcance da meta glicêmica (>50% de exames de GC entre 70 e 180 mg/dL e/ou HbA1c <9% ou com redução de 1 a 2 pontos percentuais da HbA1c (ver documentos orientativos).

³ Adaptado de Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba

REFERÊNCIAS

- AMERICAN DIETETIC ASSOCIATION (ADA). **The nutrition screening initiative**: incorporating nutrition screening and interventions into medical practice: a monograph for physicians. Washington D.C.: National Council on Aging Inc, 1994.
- BANDURA, A. A evolução da Teoria Social Cognitiva. In: BANDURA, A.; AZZI, R. G.; POLYDORO, S. **Teoria Social Cognitiva**: conceitos básicos. Porto Alegre: Artmed, 2008. cap. 1, p. 15-41.
- BANDURA, A. Self-efficacy mechanism in human agency. **Am Psychol**, v.37, n. 2, p. 122-147, feb. 1982.
- BARBOSA, L. M. **A psicopedagogia e o momento do aprender**. São José dos Campos: Pulso, 2006. 140 p.
- BATTERSBY, M.; EGGER, G.; LITT, J. Self-management in lifestyle medicine. In: SAGNER, M. et al. (ed.). **Lifestyle medicine**: lifestyle, the environment and preventive medicine in health and disease. 3rd ed. Academic Press. 2017. p. 89-103.
- BATTERSBY, M. et al. Twelve evidence-based principles for implementing self-management support in primary care. **Jt Comm J Qual Patient Saf**, v. 36, n. 12, p. 561–570, dec. 2010.
- BIELING, P. J. et al. **Terapia cognitivo-comportamental em grupos**. Porto Alegre: Grupo A Artmed, 2008. 408 p.
- BLEGER, J. **Psicologia da conduta**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1984. 242 p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Como está sua alimentação**: guia de bolso / folder. 2018. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/guiadebolso_folder.pdf. Acesso em: 2 de set. 2020.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica**: o cuidado da pessoa tabagista. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2015a. (Cadernos da Atenção Básica, n. 40).
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. **Cuidado farmacêutico na atenção básica**. 1. ed. rev. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2015b.
- BODENHEIMER, T. M. D. et al. Patient self-management of chronic disease in Primary Care. **J Am Med Assoc**, v. 288, n. 19, p. 2469-2475, nov. 2002.
- BROWNELL, K. D. et al. Understanding and preventing relapse. **Am Psychol**, v. 41, n. 7, p. 765-782, July 1986.
- CARMO, J. T.; PUEYO, A. A. A adaptação ao português do *Fagerström test for nicotine dependence* (FTND) para avaliar a dependência e tolerância à nicotina em fumantes brasileiros. **Rev Bras Med**, v. 59, n.1/2, p. 73-80, jan./fev. 2002.
- CARROLL, K. Relapse prevention as a psychosocial treatment: a review of controlled clinical trials. **Exp Clin Psychopharmacol**, v. 4, n. 1, p. 46-54, feb. 1996.
- CLARK, N. M. et al. Self-Management of chronic disease by older adults: A review and questions for research. **J Aging Health**, v. 3, n. 1, p. 3-27, feb. 1991.

COVEY, S. R. **Os 7 hábitos das pessoas altamente eficazes**: lições poderosas para a transformação pessoal. 98 ed. Rio de Janeiro: Best Seller, 2022. 512 p.

CURITIBA. **Lei nº 13.254, de 19 de agosto de 2009**. Dispõe sobre as restrições ao uso de produtos fumígenos no Município de Curitiba. Disponível em: <https://www.legisweb.com.br/legislacao/?id=174302>. Acesso em: 2 de set. 2020.

CURITIBA. Secretaria Municipal da Saúde. **Autocuidado apoiado**: manual do profissional de saúde. 2012. 92 p.

CURITIBA. Secretaria Municipal da Saúde. **Programa Escute o seu Coração**. Disponível em: <http://www.curitiba.pr.gov.br/escuteseucoracao>. Acesso em: 26 de ago. 2020.

DEPARTMENT OF HEALTH. **Self care - a real choice**: self care support – a practical option. London: Department of Health, 2005, 12 p. Disponível em: http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/@dh/@en/documents/digitalasset/dh_4101702.pdf. Acesso em: 8 de mar. 2021.

DICLEMENTE, C. C. Change is a process not a product: reflections on pieces to the puzzle. **Subst Use Misuse**, v. 50, n. 8-9, p. 1225-1228, 2015.

DICLEMENTE, C. C. Addiction and change: how addictions develop and addicted people recover. 2nd ed. New York: The Guilford Press, 2018. 364 p.

D'ZURILLA, T. J.; NEZU, A. M. Problem-solving therapy: A social competence approach to clinical intervention. 2nd ed. New York: Springer. 1999. 260 p.

D'ZURILLA, T. J.; NEZU, A. M. Problem-solving therapies. In: DOBSON, K. S. (ed.). **The handbook of cognitive-behavioral therapies**. 2nd ed. New York: The Guilford Press. 2001. p. 211-245.

FAGERSTRÖM, K. O.; SCHNEIDER, N. G. Measuring nicotine dependence: a review of the Fagerström Tolerance Questionnaire. **J Behav Med**, v. 12, n. 2, p. 159-182, apr. 1989.

FALAVIGNA, A. *et al.* Consistency and reliability of the Brazilian Portuguese version of the Mini-Sleep Questionnaire in undergraduate students. **Sleep Breath**, v. 15, n. 3, p. 351-355, sept. 2011.

FIGLIE, N. B.; GUIMARÃES, L. P. A Entrevista Motivacional: conversas sobre a mudança. **Bol. Acad Paul Psicol**, v. 34, n. 87, p. 472-489, dez 2014.

FREIRE, M. **Educador, educa a dor**. São Paulo: Paz e Terra, 2008. 218 p.

GLASGOW, R. E.; EMONT, S.; DORIANE, C. M. Assessing delivery of the five 'As' for patient-centered counseling. **Health Promot Int**, v. 21, n. 3, p. 245-255, june 2006.

GLASGOW, R. E. *et al.* Self-management aspects of the improving chronic illness care breakthrough series: implementation with diabetes and heart failure teams. **Ann Behav Med**, v. 24, n. 2, p. 80-87, 2002.

GLASGOW, R. E. *et al.* Implementing practical interventions to support chronic illness self-management in healthcare settings: lessons learned and recommendations. **Jt Comm J Qual Saf**, v. 29, n. 11, p. 563-574, nov. 2003.

GLASGOW, R. E. *et al.* Translating what we have learned into practice: principles and hypotheses for addressing multiple behaviors in Primary Care. **Am J Prev Med**, v. 27, p. 88-101, aug. 2004. Supl. 2.

GLICONLINE. Como armazenar a insulina? **Gliconline**. São Paulo, 1 dez. 2015. Disponível em: <https://gliconline.net/geladeira-insulina/>.

HENRIQUE, I. F. S. *et al.* Validação da versão brasileira do teste de triagem do envolvimento com álcool, cigarro e outras substâncias (ASSIST). **Rev Assoc Med Bras**, v.50, n.2, p.199-206, abr. 2004.

HOLMAN, H.; LORIG, K. Patients as partners in managing chronic disease. Partnership is a prerequisite for effective and efficient health care. **BMJ**, v. 320, n. 7234, p. 526-527, feb. 2000.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA (Brasil). **Deixando de fumar sem mistérios**: manual do coordenador. 2. ed. 7. reimpr. Rio de Janeiro: INCA, 2019. 49 p.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA (Brasil). **Teste de dependência de nicotina de Fagerström**. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/programa-nacional-de-controle-do-tabagismo/teste-fagerstrom>. Acesso em: 2 de set. 2020.

JACOBSON, E. **Progressive Relaxation**. Chicago: University of Chicago Press, 1938. 493 p.

KAISER PERMANENTE. **Cultivating health: weight management kit**. 7th ed. Portland: Kaiser Permanent Health Education Services, 2008. 120 p.

KNAPP, P. Principais técnicas. In: KNAPP, P. *et al.* **Terapia cognitivo-comportamental na prática psiquiátrica**. Porto Alegre: Artmed, 2004. pt. 2, cap. 8, p. 133-158.

KREBS, P. *et al.* Stages of change and psychotherapy outcomes: a review and meta-analysis. **J Clin Psychol**, v. 74, n. 11, p. 1964-1979, nov. 2018.

LARIMER, M. E.; PALMER, R. S.; MARLATT, G. A. Relapse prevention: an overview of Marlatt's Cognitive-Behavioral Model. **Alcohol Res Health**, v. 23, n. 2, p. 151-160, 1999.

LAZARUS, R. S.; FOLKMAN, S. **Stress, appraisal and coping**. New York: Springer, 1984. 445 p.

LIPSCHITZ, D. A. Screening for nutritional status in the elderly. **Prim Care**, v. 21, n. 1, p. 55-67, mar. 1994.

LITT, J.; COUTTS, R.; EGGER, G. Everything you wanted to know about motivation (but weren't intrinsically motivated enough to ask). In: SAGNER, M. *et al.* (ed.). **Lifestyle medicine: lifestyle, the environment and preventive medicine in health and disease**. 3rd ed. Academic Press. 2017. p. 65-88.

LORIG, K. *et al.* **Living a healthy life with chronic conditions**: self-management of heart disease, arthritis, diabetes, asthma, bronchitis, emphysema and others. 3rd ed. Boulder: Bull Publishing Company, 2006. 382 p.

LORIG, K. R.; HOLMAN, H. Self-management education: history, definition, outcomes, and mechanisms. **Ann Behav Med**, v. 26, n. 1, p. 1-7, aug. 2003.

MARLATT, G. A.; RANGÉ, B. P. Terapia cognitivo-comportamental de transtornos de abuso de álcool e drogas. **Rev Bras Psiquiatr**, v. 30, p. 88-95, oct. 2008, Supl. 2.

MARLATT, G. A.; GORDON, J. R. (ed.). Relapse prevention: maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors. New York: Guilford Press, 1985. 558 p.

- MARLATT, G. A.; WITKIEWITZ, K. Relapse prevention for alcohol and drug problems. *In*: MARLATT, G. A.; DONOVAN, D. M. (ed.). **Relapse prevention: maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors**. 2nd ed. New York: Guilford Press, 2005. cap. 1, p. 1-44.
- MATURANA, H. Entrevista à Revista Bons Fluidos, São Paulo, ed. 160, 4 jul. 2012. *In*: REIS, C. **Entrevista: Humberto Maturana e a importância do amor**. Revista Casa, São Paulo: Editora Abril, 20 dez. 2016. Disponível em: <https://casa.abril.com.br/bem-estar/entrevista-humberto-maturana-e-a-importancia-do-amor/>. Acesso em: 16 de nov. 2020.
- MATSUDO, S. *et al.* Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ): estudo de validade e reprodutibilidade no Brasil. **Rev Bras Ativ Fis Saude**, v. 6, n. 2, p. 5-12, 2001.
- MACCOLL INSTITUTE FOR HEALTH CARE INNOVATION. **Survey instruments**. 2012. Disponível em: http://www.improvingchroniccare.org/index.php?p=Survey_Instruments&s=165. Acesso em: 1 de mar. 2021.
- MACCOLL INSTITUTE FOR HEALTH CARE INNOVATION. **The Chronic Care Model: Model elements**. Disponível em: http://www.improvingchroniccare.org/index.php?p=Model_Elements&s=18. Acesso em: 25 de mar. 2021.
- MENEZES, K. K. P.; AVELINO, P. R. Grupos operativos na Atenção Primária à Saúde como prática de discussão e educação: uma revisão. **Cad Saude Colet**, v. 24, n. 1, p. 124-130, 2016.
- MEYER, E. Reeducação alimentar. *In*: KNAPP, P. *et al.* **Terapia cognitivo-comportamental na prática psiquiátrica**. Porto Alegre: Artmed, 2004. pt. 3, cap. 28, p. 430-438.
- MEYER, E. Entrevista Motivacional. *In*: MELO, W. V. (org.). **Estratégias psicoterápicas e a terceira onda em terapia cognitiva**. Novo Hamburgo: Sinopsys, 2014. pt. 1, cap. 2, p. 57-82.
- MICHELS, M. J. *et al.* Questionário de Atividades de Autocuidado com o Diabetes: tradução, adaptação e avaliação das propriedades psicométricas. **Arq Bras Endocrinol Metab**, v. 54, n. 7, p. 644-51, 2010.
- MILLER, W. R.; ROLLNICK, S. **Entrevista Motivacional: preparando pessoas para a mudança de comportamentos adictivos**. Porto Alegre: Artmed, 2001. 396 p.
- MILLER, W. R.; ROLLNICK, S. **Motivational interviewing: helping people change**. 3rd ed. New York: Guilford Press, 2013. 482 p.
- MILLER, W. R.; ROLLNICK, S. **Entrevista Motivacional: preparando pessoas para a mudança**. 3. ed. Forte da Casa/ Portugal: Climepsi Editores, 2016. 514 p.
- MILLER, W.; ROLLNICK, S. Ten things that motivational interviewing is not. **Behav. Cog. Psych.**, v. 37, p. 129-140, 2009.
- MOYSÉS, S. T.; KUSMA, S.Z.; SCHWAB, G. Validação Transcultural dos Instrumentos para Avaliação do Cuidado às Condições Crônicas. *In*: MOYSÉS, S. T.; SILVEIRA FILHO, A. D.; MOYSÉS, S. J. (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: Organização Pan-Americana da Saúde, Conselho Nacional de Secretários de Saúde. 2013, p. 290-309.
- NEZU, A. M. Problem solving and behavior therapy revisited. **Behav Ther**, v. 35, n. 1, p. 1-33, 2004.

- NEZU, A. M.; NEZU, C. M.; D'ZURILLA, T. Problem-solving therapy: a treatment manual. New York: Springer. 2012. 323 p.
- OLIVEIRA, M. S.; LARANJEIRA, R. Teoria e prática da entrevista motivacional. In: KNAPP, P. et al. **Terapia cognitivo-comportamental na prática psiquiátrica**. Porto Alegre: Artmed, 2004. pt. 3, cap. 31, p. 468-482.
- OSORIO, L. C. **Grupos: teorias e práticas - acessando a era da grupalidade**. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2000. 210 p.
- PASCAL, B. **Pensamentos**. Edição eletrônica: Ed Ridendo Castigat Mores. 2002. E-book. Disponível em <http://www.ebooksbrasil.org/adobeebook/pascal.pdf>. Acesso em: 13 de nov. 2020.
- PICHON-RIVIÈRE, E. **O processo grupal**. 7. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2005. 286 p.
- PICHON-RIVIÈRE, E. **Teoria do vínculo**. 7. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2007. 152 p.
- PIERCE, D. Problem solving therapy: use and effectiveness in general practice. **Aust Fam Physician**, v. 41, n. 9, p. 676-679, sept. 2012.
- POLIVY, J.; HERMAN, C. P. If at first you don't succeed: false hopes of self-change. **Am Psychol**, v. 57, n. 9, p. 677-689, sept. 2002.
- PROCHASKA, J. O.; DiCLEMENTE, C. C. Transtheoretical therapy: toward a more integrative model of change. **Psychotherapy**, v. 19, n.3, p. 276-288, jan. 1982.
- PROCHASKA, J. O.; DiCLEMENTE, C. C.; NORCROSS, J. C. In search of how people change: applications to addictive behaviors. **Am Psychol**, v. 47, n. 9, pp. 1102-1114, sept. 1992.
- PROCHASKA, J. O. et al. Stages of change and decisional balance for 12 problem behaviors. **Health Psychol**, v. 13, n. 1, p. 39-46, jan. 1994.
- PROCHASKA, J. O.; PROCHASKA, J. M. Behavior change. In: NASH, D. M. et al. (ed.). **Population health: creating a culture of wellness**. Sudbury: Jones & Barnett Learning, 2010. chapt. 2, p. 23-41.
- PROCHASKA, J. O.; PROCHASKA, J. M. **Changing to thrive: using the stages of change to overcome the top threats to your health and happiness**. Center City, Minnesota: Hazelden, 2016. 260 p.
- PROCHASKA, J. O.; REDDING, C. A.; EVERS, K. E. The transtheoretical model and stages of change. In: GLANZ, K.; RIMER, B. K.; VISWANATH, K. (ed.). **Health Behavior: theory, research and practice**. 5th ed. San Francisco, CA: Jossey-Bass, 2015. pt. 2, chapt. 7, p. 125-148.
- PROCHASKA, J. O.; VELICER, W. F. The transtheoretical model of health behavior change. **Am J Health Promot**, v. 12, n. 1, p. 38-48, sept./oct. 1997.
- PUBLIC HEALTH ENGLAND; DEPARTMENT OF HEALTH. **One you**. Disponível em: <https://www.nhs.uk/oneyou>. Acesso em: 2 de set. 2020.
- REIS, R. S.; HINO, A.; RODRIGUEZ-AÑEZ, C. R. Perceived Stress Scale: reliability and validity study in Brazil. **J Health Psychol**, v. 15, n.1, p. 107-114, 2010.
- ROGERS, C. R. **Liberdade para aprender**. 2. ed. Belo Horizonte: Interlivros, 1973. 332 p.
- ROGERS, C. R. **Tornar-se pessoa**. 6. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2009. 332 p.

- ROLLNICK, S.; MILLER, W. R.; BUTLER, C. C. **Entrevista motivacional no cuidado da saúde:** ajudando pacientes a mudar o comportamento. Porto Alegre: Artmed, 2009. 221 p.
- SEREBRENIC, F.; LIMA, D. R. Rumo aos 40 anos de entrevista motivacional: evolução da abordagem. **Mudanças – Psicologia da Saúde** v.27, n. 2, jul./dez. 2019.
- SILVA, R. M.; GOULART, C. T.; GUIDO, L. A. Evolução histórica do conceito de estresse. **Rev Cient Sena Aires**, v. 7, n. 2, p. 148-156, 2018.
- SOUDERS, B. 17 Motivational Interviewing Questions and Skills. In: **PositivePsychology.com:** motivation & goals, Maastricht: PositivePsychology. Disponível em: <https://positivepsychology.com/motivational-interviewing/>. Acesso em: 13 de out. 2020.
- STERNBERG, R. **Psicologia cognitiva**. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2008. 584 p.
- SUZUKI, J. *et al.* Principles of motivational interviewing: an introductory workshop. **Apostila**. 2019. 48 p. Harvard Medical School, Boston, MA, may, 2019.
- TAYLOR, S. J. C. *et al.* A rapid synthesis of the evidence on interventions supporting self-management for people with long-term conditions: PRISMS – Practical systematic review of Self-Management Support for long-term conditions. **Heal Serv Deliv Res**, v. 2, n. 53, dec. 2014. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK263840/>. Acesso em: 5 de maio 2021.
- TOBACCO USE AND DEPENDENCE GUIDELINE PANEL. Clinical interventions for tobacco use and dependence. In: **Treating tobacco use and dependence:** 2008 update. Clinical Practice Guideline. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services. Public Health Service, pt. 3, may 2008. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK63948/>. Acesso em: 10 de out. 2020.
- TORAL, N.; SLATER, B. Abordagem do modelo transteórico no comportamento alimentar. **Cien Saude Colet**, v. 12, n. 6, nov./dez. 2007.
- VELASQUEZ, M. M. *et al.* **Group treatment for substance abuse:** a stages-of-change therapy manual. 2nd ed. New York: Guilford Press, 2015. 308 p.
- VELICER, W. F. *et al.* Decisional balance measure for assessing and predicting smoking status. **J Pers Soc Psychol**, v. 48, n. 5, p 1279-1289, may 1985.
- VELICER, W. F. *et al.* Relapse situations and self-efficacy: an integrative model. **Addict Behav**, v. 15, n. 3, p. 271-283, 1990.
- VELICER, W. F. *et al.* Using the Transtheoretical Model for Population-based Approaches to Health Promotion and Disease Prevention. **Homeost Health Dis**, v. 40, n. 5, p. 174-195, 2000.
- VELLOSO, M. A. F.; MEIRELES, M. M. **Seguir a aventura com Enrique José Pichon-Rivière:** uma biografia. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007. 282 p.
- VON KORFF, M. *et al.* Collaborative management of chronic illness. **Ann Intern Med**, v. 127, n. 12, p. 1097-1102, dec. 1997.
- 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. pt 1, cap. 6, p. 89-100.
- WAGNER, E. H. Chronic disease management: what will it take to improve care for chronic illness? **Eff Clin Pract**, v. 1, n. 1, p.2–4, aug./sept. 1998.

- WEINER, B. An attributional theory of achievement motivation and emotion. **Psychol Rev**, v. 92, n. 4, p. 548-573, oct. 1985.
- WEINSTEIN, N. D.; ROTHMAN, A. J.; SUTTON, S. R. Stage theories of health behavior: conceptual and methodological issues. **Health Psychol**, v. 17, n. 3, p. 290–299, 1998.
- WETHINGTON, E.; GLANZ, K.; SCHWARTZ, M. D. Stress, coping and health behavior. In: GLANZ, K.; RIMER, B. K.; VISWANATH, K. (ed.). **Health behavior: theory, research and practice**. 5th ed. San Francisco, CA: Jossey-Bass, 2015. pt. 3, chapt. 12, p. 223-242.
- WITKIEWITZ, K.; MARLATT, G. A. Relapse prevention for alcohol and drug problems: that was Zen, this is Tao. **Am Psychol**, v. 59, n. 4, p. 224-235, may/june 2004.
- WHITE, J. R.; FREEMAN, A. S. **Terapia cognitivo-comportamental em grupo para populações e problemas específicos**. São Paulo: Roca, 2003. 460 p.
- WHITLOCK, E. P. *et al.* Evaluating Primary Care behavioral counseling interventions: an evidence –based approach. **Am J Prev Med**, v. 22, n. 4, p. 267-284, may 2002.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global recommendations on physical activity for health**. Geneva: WHO; 2010. *E-book* (58 p.). Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44399/9789241599979_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Acesso em: 2 de out. 2020.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. Regional Office for South-East Asia. **Self care for health: a handbook for community health workers & volunteers**. 2014. *E-book* (160 p.). India: WHO Regional Office for South-East Asia. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/205887/B5084.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 1 de out. 2020.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. Regional Office for South-East Asia. **Self-care in the context of Primary Health Care**: report of the Regional Consultation Bangkok, Thailand, 7–9 jan. 2009. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/206352/B4301.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 8 de mar. 2021.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. WHO Assist Working Group. **Questionário para triagem do uso de álcool, tabaco e outras substâncias**. 2005. Disponível em: http://www.who.int/substance_abuse/activities/assist_portuguese.pdf. Acesso em: 28 de ago. 2020.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. WHO Expert Committee on Physical Status. **The use and interpretation of anthropometry: report of a WHO expert committee**. Technical report series n. 854. Genebra: WHO, 1995.
- WRIGHT, J. H.; BASCO, M. R.; THASE, M. E. **Aprendendo a terapia cognitivo-comportamental: um guia ilustrado**. Porto Alegre: Artmed, 2008. 224 p.
- ZENICOLA, A. M.; BARBOSA, L. M.; CARLBERG, S. **Psicopedagogia: saberes/olhares/fazer**. São José dos Campos: Pulso, 2007. 370 p.
- ZOMER, J. *et al.* Mini Sleep Questionnaire (MSQ) for screening large population for EDS complaints. In: KOELLA, W. P.; RUETHER, E.; SCHULZ, H. (ed.). **Sleep'84**: proceedings of the 7. European Congress on Sleep Research, 3-7 sept. 1984, Munich, Germany. Basel: Karger, 1985, p.469-470.

Elaboração, distribuição e informações:

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE DE CURITIBA

Centro de Educação na Saúde (CES)

Rua Marechal Floriano Peixoto 5221 – Térreo – Vila Hauer - CEP 80020-090

Telefone: (41) 3360-4960

e-mail: acavalcanti@sms.curitiba.pr.gov.br

Organização e revisão geral:

Ana Maria Cavalcanti

Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte e que não seja para venda ou qualquer fim comercial. Venda proibida. Distribuição gratuita.

