



PREFEITURA DE
CATANDUVA
SECRETARIA DE SAÚDE

ASSOCIAÇÃO
**Mahatma
Gandhi** 
SAÚDE É ASSIM QUE SE FAZ!

GUIA PRÁTICO DE GRUPOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

**Catanduva/SP
2022**

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	2
1.ELABORAÇÃO DOS GRUPOS	3
2.PONTOS A CONSIDERAR NA FORMAÇÃO DOS GRUPOS	3
2.1PASSO A PASSO PARA FORMAÇÃO DOS GRUPOS	3
2.2 AVALIAR ESPAÇO FÍSICOS E RECURSOS NECESSÁRIOS	6
2.3 AVALIAR E REGISTRAR AS ATIVIDADES	6
3.AVALIANDO O GRUPO	6
4.REFERÊNCIAS	7
ANEXOS	9

INTRODUÇÃO

Grupos são uma ferramenta de trabalho na Atenção Primária à Saúde que pode auxiliar os profissionais na promoção de saúde por propiciar espaço de troca de informações e experiências, aprendizagens e reflexões sobre o processo de saúde-doença, estimulando assim, a transformação de atitudes e crenças do usuário e levando ao aumento de habilidades para o auto cuidado e formas de lidar com seus problemas.

No contexto atual da APS, o trabalho com grupos é uma atividade frequentemente realizada, tendo como foco principalmente a promoção da saúde e prevenção de agravos. Furlan (2010) destaca algumas vantagens na realização de grupos com os usuários:

- Os grupos podem facilitar a comunicação dos profissionais com os usuários. O espaço de grupo propicia que o saber esteja nas pessoas e não centrado em um profissional de saúde (mas, também nele).

- Grupos podem trazer bons resultados para o manejo clínico da doença e para atingir os objetivos do profissional e do paciente no seguimento do tratamento. A possibilidade de os encontros serem continuados potencializa o acompanhamento horizontal e o processo de aprendizado.

- Os usuários podem sentir maior abertura num grupo para expor e dividir com os demais a experiência que tem no manejo da doença, trazendo dúvidas e curiosidades que somente o compartilhar (troca e participação) pode propiciar.

- O grupo pode ampliar o olhar dos profissionais e usuários sobre as relações e os modos de viver. Olhar o indivíduo e o coletivo, como também o indivíduo em coletivo, pode ajudar no processo de tratamento e o acompanhamento do sujeito.

- A prática em grupo possibilita que várias pessoas que são da mesma comunidade, que têm pensamentos e hábitos semelhantes, histórias de vida e valores parecidos se reúnam. A troca de experiências pode possibilitar que se forme uma rede social e de suporte para além do grupo (FURLAN, 2010, p. 107-109).

1. ELABORAÇÃO DOS GRUPOS

Ao planejar a formação de um grupo é muito importante refletir sobre o público-alvo e a finalidade da ação, de modo a selecionar o formato mais apropriado para responder às necessidades do contexto ou problema para o qual planejamos uma intervenção. Os grupos podem ser classificados de muitas formas. Segundo Zimmermann e Osório (1997), a essência dos fenômenos grupais é a mesma em qualquer tipo de grupo. O que determina diferenças entre os grupos é a finalidade para o qual eles foram criados e compostos. Influenciam as vertentes teóricas utilizadas, o tipo de setting que preside o grupo (constituição), a finalidade, as pessoas que compõem o grupo, a área em que o grupo está sendo aplicado, o tipo de vínculo estabelecido com o coordenador e o tipo de técnica aplicada.

2. PONTOS A CONSIDERAR NA FORMAÇÃO DOS GRUPOS

A realização de grupos não é uma atividade simples. Conforme Casanova, Osório e Dias (2012), tal atividade envolve uma série de aspectos para que seja uma oferta resolutiva e de qualidade. É necessário planejar e ter objetivos claros na realização de um grupo, seja por meio do conhecimento da situação-problema, sobre as patologias em questão (como hipertensão, depressão), seja pela organização das intervenções que serão realizadas na abordagem.

“Em Atenção Primária à Saúde (APS), a realização de um grupo vai, basicamente, responder às necessidades que têm origem nas características da comunidade, nas demandas que essa exige e, também, nas habilidades de um facilitador que consiga responder às situações mais complexas que possam aparecer.” (CASANOVA, OSÓRIO, DIAS, 2012, p. 267)

2.1 Passo a passo para formação dos grupos

a) Fazer diagnóstico local

- Conhecemos nosso território?

- Quais as principais demandas e necessidades dos usuários deste território?
- Quais são os indicadores de saúde da comunidade?
- Quais os riscos e vulnerabilidades observados?

As respostas para estas questões possibilitam um diagnóstico local. E o melhor espaço para a realização deste diagnóstico sem dúvida são as reuniões de equipe, onde será possível analisar e discutir as principais necessidades e demandas do território.

b) Definir o público-alvo

A equipe pode definir como prioridade grupos que envolvam adolescentes, mulheres, homens, idosos, aposentados, gestantes, mães, pessoas com doenças crônicas, fumantes, pessoas acima do peso, usuários com dor crônica, com crises de ansiedade, entre outros.

c) Estabelecer os objetivos do grupo

Os objetivos do grupo devem ser construídos de forma participativa, sendo sempre desejável que os usuários participem desta decisão nas reuniões iniciais do grupo. Oferecer suporte para um tratamento ou para enfrentamento de situações de vida, realizar tarefas para socialização ou aprendizagens, estimular autocuidado, oferecer técnicas de controle de estresse, ressignificar papéis ocupacionais, psicoterapia, etc.

d) Elaborar as ações e estratégias para a formação e desenvolvimento do grupo

Definida a população alvo e estabelecidos os objetivos, planejar as estratégias e organizar as atividades do grupo na Unidade.

Grupos Abertos: o grupo pode receber novos participantes durante o processo.

Grupos Fechados: o grupo seguirá com os mesmos participantes até o seu término.

Organizar os critérios de seleção dos participantes: quais os usuários que podem se beneficiar dos grupos de acordo com o diagnóstico da situação do território.

Definir o número de participantes: para permitir maior espaço para as verbalizações dos usuários e uma condução e manejo das situações grupais de forma mais segura.

Eleger os profissionais que irão participar das reuniões: sempre que possível, é importante que a equipe decida por pelo menos dois profissionais fixos que possam acompanhar o grupo em todos os seus encontros.

Não existe uma categoria profissional mais adequada que outras para coordenar grupos. Muitos profissionais de saúde podem auxiliar na condução. O papel do agente comunitário de saúde nas equipes, por exemplo, pode facilitar seu desempenho como coordenador de alguns grupos. O vínculo, o conhecimento da realidade daquela comunidade, as histórias e o modo como eles lidam com as relações na vida podem auxiliar na adesão e fortalecimento do grupo.

Conforme Ferreira Neto e Kind (2009), o planejamento dos grupos em reunião de equipe antes dos encontros pode ser muito positivo. O encontro em grupo pode ser dividido em três momentos:

Aquecimento: quando acontecem os cumprimentos e a troca de informações sobre como passaram desde o último encontro. Podem ser utilizadas aqui, por exemplo, dinâmicas de aquecimento de grupos, preferencialmente esta etapa não deve ultrapassar 15 minutos.

Abordagem do tema/assunto do encontro: O coordenador apresenta o assunto combinado para aquele dia e as estratégias que irá utilizar: roda de conversa; tarefa a ser realizada (ex: jogo sobre o tema, leitura de um texto, atividade de artesanato, entre outras).

Encerramento: Por volta de 20 minutos antes do término do tempo, o coordenador pode iniciar o fechamento da discussão. Isto pode ser proposto pedindo que os participantes expressem sua percepção sobre o assunto após a discussão e/ou fazendo uma síntese dos temas abordados e problematizados, sobre as conclusões que o grupo parece ter chegado e reforçando possíveis esclarecimentos feitos por ele e os profissionais da equipe sobre o tema. Neste momento, o coordenador pode solicitar ou não que os outros profissionais da equipe também se expressem.

2.2 Avaliar espaço físico e recursos necessários

A equipe pode propor diversas técnicas e recursos grupais levando em conta o perfil dos usuários e os objetivos da intervenção. É importante que a equipe defina e padronize dados/parâmetros relacionadas aos objetivos do atendimento em grupo que possam ser monitorados para posterior avaliação de eficácia e eficiência (objetiva e subjetiva) e propostas de reformulações e aprimoramento do trabalho no grupo na Unidade.

2.3 Avaliar e registrar as atividades

Após atividade é importante a equipe fazer uma breve reunião para troca de impressões e planejamento do próximo encontro. É fundamental registrar os acontecimentos e falas do grupo. Este registro pode ser feito pelo(s) profissional(is) que está atuando no dia como, nesta reunião que se segue ao grupo.

3. AVALIANDO O GRUPO

O grupo já está formado e só o que precisamos é estabelecer medidas para determinar avanços e resultados. Por fim, determinar os benefícios esperados ou a situação ao final do grupo depois de ter alcançado com êxito os objetivos.

O processo de controle e avaliação vai desde a discussão das ideias iniciais durante as reuniões, lista de presença, síntese de opiniões e primeiras impressões

do grupo, pontos falhos até correções (CORREIA, 2009). Um bom parâmetro inicial que diz respeito a efetividade do grupo e pode ser facilmente aferido, diz respeito ao número de participantes que permaneceram no grupo por um período de tempo.

Junto com a equipe, iniciar um processo de análise do trabalho desenvolvido e rever os problemas enfrentados em sua unidade de saúde para identificar se há possibilidade de criar novos grupos, adequar os já existentes

4. Referências

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização. –Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 256 p:il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Cadernos Humaniza SUS; v.2). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_humanizasus_atencao_basica_v2_1ed.pdf>. Acesso em: 25/01/2021

FURLAN, P.G. Os grupos na atenção básica à saúde: uma hermenêutica da prática clínica e da formação profissional. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva), Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas, SP. 2012. Disponível em: <https://www.redehumanizasus.net/sites/default/files/quadros_tese.pdf>. Acesso em: 25/01/2021.

MAFFACCIOLLI, Rosana; LOPES, Marta Julia Marques. Os grupos na atenção básica de saúde de Porto Alegre: usos e modos de intervenção terapêutica. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 16, supl. 1, p. 973-982, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232011000700029&lng=en&nrm=iso> Acesso em 02/02/2021.

OSÓRIO, L. C. Psicologia grupal: uma nova disciplina para o advento de uma nova era. 1.ed. Porto Alegre: Artmed, 2003.

TORRES, Heloisa de Carvalho et al . Avaliação estratégica de educação em grupo e individual no programa educativo em diabetes. Rev. Saúde Pública, São Paulo , v. 43, n. 2, p. 291-298, Apr. 2009 . Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0034-89102009005000001>>. Acesso em 03/02/2021.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA, Centro de Ciências de Saúde, Núcleo de Telessaúde Santa Catarina. Trabalhando Grupos na Atenção Básica à

Saúde, Núcleo de Telessaúde de Santa Catarina, Aimee Bianchesi Sauer. Florianópolis : UFSC, 2018. Disponível em file:///C:/Users/JOCELI~1/AppData/Local/Temp/Apostila_Grupos%20na%20ABS_NC3%BAcleo%20Telessa%C3%BAde%20SC%20UFSC.pdf. Acesso em: 25/01/2021.

ZIMERMAN, David E. Fundamentos básicos das grupoterapias. 2. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2007.

ZIMERMAN, David E.; OSÓRIO, Luiz Carlos et al. Como trabalhamos com grupos. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997, cap. 3

ZIMERMAN, D. E.; OSORIO, Luiz Carlos. Como trabalhamos com grupos. Porto Alegre: Artmed, 1997.

ANEXOS
(SUGESTÃO PARA IMPLANTAÇÃO DE GRUPOS)

NOME DO GRUPO: HIPERDIA

APRESENTAÇÃO

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) o diabetes mellitus (DM) é a epidemia mundial do século XXI. Atualmente a OMS estima que 346 milhões de pessoas sejam diabéticas; em 2030, espera-se que as mortes por essa condição crônica dobrem em relação a 2005¹.

As consequências individuais e sociais advindas do precário controle do DM são imensas: entre outras, em 15 anos de evolução da doença, 30 a 45% dos diabéticos terão retinopatia diabética (principal causa de cegueira evitável no Brasil) e 20 a 35% terão neuropatia diabética (principal causa de amputações não traumáticas no Brasil)²; adicionalmente, o DM, conjuntamente com a hipertensão arterial, são as principais causas de insuficiência renal terminal (totalizando 50% dos casos).

O impacto causado pela hipertensão arterial sistêmica (HAS) também é preocupante. Estima-se que a HAS afete 20% da população adulta; destes 25% apresentam alto grau de risco cardiovascular. Em nível nacional, considera-se que 40% das mortes por acidente vascular cerebral (AVC) e 25% das mortes por doença arterial coronariana sejam determinadas pela HAS³.

Nesse contexto, a Atenção Primária à Saúde (APS) apresenta fundamental importância no acolhimento e seguimento das pessoas com doenças crônicas não transmissíveis, como hipertensão e diabetes. A clínica na Atenção Primária à Saúde é fundamentada no relacionamento entre o auxílio categorizado, próprio dos conhecimentos do profissional de saúde, a aceitação e a pactuação da pessoa usuária para este cuidado. A ciência é expressa através do profissional e o autocuidado, pelo cidadão, em um relacionamento mútuo, estabelecendo a ambos o papel de cuidador do outro e de si. A longitudinalidade do cuidado é o resultado da adesão tanto do profissional em sua prática, como do paciente ao cuidado. O modelo de atenção das equipes da APS conta com o diferencial da visão holística no cuidado à saúde, no qual os motivos das consultas dos pacientes, mesmo os

subjetivos, são valorizados e os fatores condicionantes das enfermidades e doenças são entendidos como importantes. Busca-se que ao oferecer os conhecimentos em forma de cuidados ao paciente, ele possa participar e aderir a este trabalho se comprometendo com o autocuidado. O acesso oportuno e facilitado aos cuidados por meio da APS é impactante para o sucesso do acompanhamento do paciente com DCNT. O usuário da APS deve ser acolhido e visto em sua integralidade. Não podemos, na porta de entrada, a mais importante do Sistema Único de Saúde, ver o paciente por partes. A função do generalista é atender visando a integralidade. O paciente se encontra fragilizado, de modo que precisa ser acolhido e avaliado em seus aspectos clínicos e biopsicossociais.

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

Para tanto, uma possibilidade de ampliar e qualificar o cuidado prestado a hipertensos e diabéticos com baixo risco, assim como de risco moderado, é através de grupos, sobretudo, ao observar que a maior parte dos atendimentos realizados nas unidades de saúde são destinadas as pessoas portadoras de doenças crônicas, reforçando a necessidade de pensar em ações e estratégias que viabilizem o acesso do usuário em tempo oportuno.

Número de hipertensos e diabéticos por equipe de saúde (Sistema MV – 25/07/2022)		
Unidades	Nº de Usuários hipertensos	Nº de usuários diabéticos
TOTAL	15609	6510
USF Milton Maguollo (Bom Pastor)	452	203
USF José Ramiro Madeira (Euclides)	664	274
USF Sergio Banhos (Pachá)	447	212
USF Alcione Nasorri (Solo equipe I)	515	213
USF Alcione Nasorri (Solo equipe II)	418	162
USF Alcione Nasorri (Solo equipe III)	465	187
USF Napoleão Pellicano (Alpino I)	320	135
USF Napoleão Pellicano (Alpino II)	260	112
USF Olavo Barros (Monte Líbano)	554	235
USF Gesabel Clemente Marques de la Haba (Pedro Nechar)	304	127
USF Armindo Mastrocola (Santa Rosa)	605	209
UBS DR JOSE BARRIONUEVO RODRIGUES - VILA SOTO (EAP SOTTO I)	257	101
UBS DR JOSE BARRIONUEVO RODRIGUES - VILA SOTO (EAP SOTTO II)	231	105
UBS DR JOSE BARRIONUEVO RODRIGUES - VILA SOTO (EAP SOTTO III)	249	115
UBS Diomar José dos Santos (Glória I)	435	180
UBS Diomar José dos Santos (Glória II)	260	101
USF Geraldo Mendonça Uchoa (Lunardelli)	738	225
USF Michel Curi (Nosso Teto equipe I)	524	288
USF Michel Curi (Nosso Teto equipe II)	291	162
UBS Francisco Lopes Ladeira (Salles)	620	290
UBS Vicente Buchianeri (Vertoni I)	509	229
UBS Vicente Buchianeri (Vertoni II)	443	194
UBS Luis Carlos Figueiredo Malheiros (Central I)	221	109
UBS Luis Carlos Figueiredo Malheiros (Central II)	483	201
USF Sergio da Costa Peres (Del Rey)	676	290
USF José Rocha (Gavioli equipe I)	633	263
USF José Rocha (Gavioli equipe II)	565	219
USF João Miguel Calil (Santo Antônio)	766	305
USF Carlos Eduardo Bauab (Theodoro)	606	260
USF Isabel Etruri (Flamingo equipe I)	530	186
USF Isabel Etruri (Flamingo equipe II)	442	143
USF José Pio Nogueira de Sá (Gabriel Hernandez)	234	114
USF Athos Procópio de Oliveira (Imperial)	413	189
USF Carlos Roberto Surian (Nova Catanduva equipe I)	207	73
USF Carlos Roberto Surian (Nova Catanduva equipe II)	272	99

OBJETIVOS

- Ampliar e facilitar o acesso das pessoas com hipertensão classificadas com baixo risco cardiovascular ou risco intermediário;
- Ampliar e facilitar o acesso das pessoas com diabetes classificadas com baixo ou médio risco;
- Apoiar as pessoas a conhecerem mais e melhor suas condições de vida e de saúde e a realizarem as ações de autocuidado que estiverem ao seu alcance, estimulando sua autonomia;
 - Motivar e instrumentalizar para mudanças de comportamentos saudáveis;
 - Qualificar o manejo clínico e os resultados dos indicadores de Saúde;
 - Equacionar as necessidades de mudança de hábitos de vida e as formas de lidar melhor com o adoecimento;
- Dividir experiências no manejo das situações cotidianas relacionadas às condições crônicas e esclarecer dúvidas e curiosidades;
 - Racionalizar recursos e tempo da equipe;
 - Buscar maior adesão ao tratamento;
 - Ampliar a responsabilidade de cada participante com relação ao seu próprio tratamento, estimulando sua independência e autonomia na tomada de decisões.
- Criar integração na comunidade;
- Favorecer a criação de redes de cuidado;
- Construir os objetivos de tratamento de forma participativa;
- Complementar e qualificar as atividades assistenciais.

MÉTODO

- Profissional responsável pela organização e planejamento dos encontros: Enfermeiro e médico.

- Público alvo: Pessoas com diagnóstico de hipertensão (baixo risco e intermediário/moderado) e/ou diabetes (baixo e médio risco).

- Frequência dos encontros e tipo de acesso (aberto ou fechado): Trata-se de grupo aberto com encontros no mínimo semanal. Podendo acontecer com maior

frequência, observando o número de pacientes com hipertensão e diabetes existentes no território.

- Critérios para inclusão/participação:

- Ser portador de hipertensão (baixo risco e intermediário/moderado) e/ou diabetes (baixo e médio risco).
- Ter realizado o agendamento prévio para participação no grupo;
- Ter e levar o cartão de acompanhamento da Hipertensão e Diabetes;
- Estar cadastrada na unidade básica de saúde de referência.

- Fluxo/operacionalização/funcionamento do grupo:

O profissional responsável pelo planejamento e elaboração do cronograma do grupo HIPERDIA, deverá disponibilizar o cronograma na recepção com previsão dos encontros para o período mínimo de 6 meses.

O cronograma do grupo HIPERDIA deverá ser compartilhado e divulgando por todos profissionais da unidade básica de saúde, devendo orientar os pacientes interessados a agendarem na recepção. Os agentes comunitários e outros profissionais também poderão fazer o agendamento na recepção e disponibilizar a data para o paciente durante o atendimento na unidade ou visita domiciliar.

Os auxiliares administrativos serão responsáveis por realizarem o agendamento do paciente no grupo, devendo registrar o dia, horário e local em impresso específico e disponibilizar para o solicitante.

O número recomendado de participantes é de até 30 pessoas e a frequência dos encontros não deverá ser superior a sete dias. Em relação ao horário, sugerimos que seja realizado preferencialmente no período da tarde, podendo ser substituído pelo horário de acolhimento/acesso avançado.

Importante destacar que as reuniões devem durar aproximadamente 1h30min e mais 30 minutos para registro no sistema de informação.

A escolha do local em que os encontros ocorrerão também deve ser realizada de forma a garantir o conforto de todos, podendo ser realizado na unidade de saúde, no centro comunitário, na associação de bairro, na escola, entre outros espaços.

Em relação à técnica educativa utilizada no grupo, vale destacar que os relatos mostram que as reuniões devem acontecer em forma de “roda de conversa”, onde o coordenador do grupo tenha a função de complementar os conhecimentos já próprios daquela população, indicando o que é mais correto. Não é aconselhável que sejam realizadas reuniões de grupos em forma de palestra, o ideal é deixá-las falar sobre suas dúvidas e seus medos.

A dinâmica das atividades também deve ser bem planejada, pois a forma de trocar conhecimentos pode conquistar mais pacientes para os próximos encontros ou pode afastá-las das próximas reuniões.

Para facilitar a implantação do Grupo HIPERDIA, sugerimos o Passo a Passo apresentado a seguir:

Anterior à realização do grupo HIPERDIA

- 1º – Levantamento e estratificação de risco de todos hipertensos e diabéticos;
- 2º – Levantamento da data de vencimento das receitas/prescrição;
- 3º - Definição do local, data e horário dos grupos;
- 4º - Planejamento do agendamento de todos pacientes hipertensos e diabéticos;
- 5º - Entrega dos convites pelos ACS, assim como o cartão do hipertenso e diabéticos com antecedência mínima de 30 dias. Vale ressaltar a importância de explicar para o usuário durante a entrega do convite e cartão o objetivo do grupo e importância da adesão.

No dia do grupo HIPERDIA

1º - Os auxiliares de enfermagem com ajuda dos agentes comunitários de saúde deverão acolher os pacientes, solicitando receita/prescrição e cartão do hipertenso e diabético.

2º - Durante o acolhimento, os auxiliares de enfermagem deverão verificar e registrar no prontuário e cartão do hipertenso e diabético as seguintes informações:

Hipertensão	Diabetes
- Data	- Data;
- Pressão arterial	- Pressão arterial;
- Peso	- Glicemia;
- Altura	- Peso;
- IMC	- Estatura;
- Circunferência Abdominal	- IMC;
	- Circunferência Abdominal;
	- Tabagismo

3º - Após realizado o acolhimento, avaliação e registro de todas as informações pelos auxiliares de enfermagem, os pacientes deverão ser direcionados para participação das orientações coletivas/roda de conversa, conforme temática definida pela equipe previamente. A roda de conversa poderá ser conduzida por qualquer profissional de saúde, como auxiliar de enfermagem, agente comunitário de saúde, profissionais do NASF, farmacêuticos, dentistas, médico e enfermeiro.

4º - Durante a abordagem coletiva/roda de conversa, médico e enfermeiro, caso não estejam coordenando diretamente a conversa, poderão aproveitar o momento para avaliar o prontuário dos pacientes, cartão do hipertenso e diabético e prescrição dos medicamentos.

5º - Após a realização da abordagem coletiva/roda de conversa, os pacientes deverão ser direcionados para atendimento individual com médico ou enfermeiro.

6º - Caso o paciente apresente inúmeras queixas ou complexidade no caso clínico, a equipe poderá agendar consulta para outra data.

7º - Todos pacientes ao término do atendimento, deverão ser agendados para o próximo encontro do grupo de HIPERDIA, de acordo com a estratificação de risco e necessidade.

Os grupos deverão seguir a programação apresentada e terão a participação de outros profissionais (nutricionista, assistente social, fonoaudiólogo, entre outros) com abordagem de temas específicos conforme definido previamente pela equipe.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. World Health Organization. Diabetes. Fact sheet N°312. Media centre, August, 2011. Disponível em <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/en/index.html>> Acesso em 29/11/2011.
2. Ministério da Saúde, Brasil. Caderno de Atenção Básica número 16, Série A. Normas e Manuais Técnicos, 2006. p 9.
3. Ministério da Saúde, Brasil. Caderno de Atenção Básica número 15, Série A. Normas e Manuais Técnicos, 2006. p 9.

CURSO DE GESTANTE

APRESENTAÇÃO

O período gestacional é marcado por intensas mudanças psicológicas e físicas para a futura mamãe. O grande avanço do conhecimento científico da obstetrícia tem proporcionado um melhor cuidado do binômio mãe-feto, aumentando a detecção de alterações específicas deste período, como má formação, doenças genéticas, baixo peso fetal, doenças maternas passíveis de tratamento, como algumas doenças infecciosas (toxoplasmose, HIV, sífilis), hipertensão arterial e diabetes mellitus, entre outras. Mas a atenção no pré-natal não pode concentrar-se somente nos aspectos físicos. As alterações psicológicas são importantes e também devem ser abordadas para que a atenção seja considerada completa. É necessário que o profissional de saúde perceba a mulher de forma integral, levando em consideração aspectos dos seus sentimentos, do ambiente no qual ela está inserida, da história de vida, das suas crenças, valorizando a paciente na sua individualidade.

Nesse contexto, a educação em saúde é uma estratégia importante para o fortalecimento do vínculo profissional/gestante/família, por meio das orientações e esclarecimentos de dúvidas que podem surgir no decorrer da gestação, estimulando uma troca de vivências e conhecimentos por meio dos grupos de interação. O objetivo da educação em saúde é orientar a gestante nas práticas diárias durante todo ciclo gravídico, fornecer apoio no autocuidado e cuidado, além de estreitamento de vínculo com a equipe.

Para tanto, profissionais de nível superior (médico, enfermeiros, dentistas, profissionais nasf, entre outros) quanto profissionais de nível médio (auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de saúde) devidamente orientados, podem realizar a educação em saúde, abordando diversos temas, os quais devem ser selecionados de acordo com o perfil do grupo e necessidades observadas.

No quadro 01 sugerem-se alguns temas para organização de cronogramas de orientações grupais.

OBJETIVO

- Esclarecer dúvidas e orientar as gestantes sobre questões relacionadas à maternidade, à sexualidade, ao corpo no período gestacional e pós parto.
- Organizar a assistência para as gestantes através de atividades de grupo com a finalidade de preparação para o parto e puerpério.
- Promover trocas de conhecimentos, experiências, emoções e ideias.
- Estimular vínculo afetivo saudável entre mãe e bebê.
- Orientar e ouvir as mães em outras questões que surgirem ao longo do processo

MÉTODO

- **Profissional responsável pela organização e planejamento dos encontros:** Enfermeiro

- **Público alvo:** Gestantes e parceiros em qualquer faixa etária.

- **Frequência dos encontros e tipo de acesso (aberto ou fechado):** Encontros a cada 15 dias (quinzenalmente). Grupo fechado (todos participantes iniciam e terminam juntos, com prazo definido, não podendo entrar novos membros até o término do grupo).

- **Critérios para inclusão/participação:**

- Ter realizado o agendamento prévio para participação no curso;
- Ser gestante ou parceiro (qualquer faixa etária);
- Estar cadastrada na unidade básica de saúde de referência.

- Fluxo/operacionalização/funcionamento do grupo:

O profissional responsável pelo planejamento e elaboração do cronograma do curso de gestante deverá disponibilizar o cronograma na recepção com previsão dos encontros para 6 meses, especificando a data de início de cada novo grupo.

O cronograma do curso de gestante deverá ser compartilhado e divulgando por todos profissionais da unidade básica de saúde, devendo orientar as gestantes interessadas a agendarem a participação no grupo na recepção. Os agentes comunitários e outros profissionais também poderão fazer o agendamento na recepção e disponibilizar a data para a gestante durante o atendimento na unidade ou visita domiciliar.

Os auxiliares administrativos serão responsáveis por realizarem o agendamento das gestantes no grupo devendo registrar o dia, horário e local em impresso específico e disponibilizar para a gestante.

O número ideal de participantes é de até 10 pessoas, de modo que todos possam se comunicar. A frequência dos encontros não deverá ser superior a quinze dias e o horário deve ser escolhido posterior ao horário de acolhimento nas unidades que trabalham com acesso avançado, devendo sempre observar o funcionamento da equipe, mas também nas necessidades das usuárias e de seus companheiros, pois a participação deles é extremamente importante neste acompanhamento. Importante destacar que as reuniões devem durar aproximadamente 1 hora.

Os relatos mostram que as reuniões devem acontecer em forma de “roda de conversa”, onde o coordenador do grupo tenha a função de complementar os conhecimentos já próprios daquela população, indicando o que é mais correto. Não é aconselhável que sejam realizadas reuniões de

grupos em forma de palestra, o ideal é deixá-las falar sobre suas dúvidas e seus medos.

A escolha do local em que os encontros ocorrerão também deve ser realizada de forma a garantir o conforto de todos, podendo ser realizado na unidade de saúde, no centro comunitário, na associação de bairro, na escola, entre outros espaços.

A dinâmica das atividades também deve ser bem planejada, pois a forma de trocar conhecimentos pode conquistar as futuras mães para os próximos encontros ou pode afastá-las das próximas reuniões.

Os grupos deverão seguir a programação apresentada e terão a participação de outros profissionais (nutricionista, assistente social, fonoaudiólogo, entre outros) com abordagem de temas específicos conforme detalhamento a seguir.

CURSO DE GESTANTE

Encontro	Tema	Propostas/conteúdo	Data	Profissionais
1º	<ul style="list-style-type: none"> - Integração do grupo - Mudanças durante a gravidez - Desenvolvimento fetal e da gestação 	<ul style="list-style-type: none"> - Apresentação do grupo e expectativas; <ul style="list-style-type: none"> - Importância do pré-natal; - Desenvolvimento da gestação; - Modificações corporais e emocionais; - Sintomas comuns na gravidez e orientações para as queixas mais frequentes. - Medos e fantasias referentes à gestação e ao parto; <ul style="list-style-type: none"> - Atividade sexual, incluindo prevenção das DST/Aids e aconselhamento para o teste anti-HIV; - Orientação nutricional (alimentação saudável, suplementação de ferro, ácido fólico e vitamina A, em áreas endêmicas); - Prática de atividade física 		<ul style="list-style-type: none"> - Enfermeiro - Nutricionista e - Agente Comunitário de Saúde.
2º	<ul style="list-style-type: none"> - Trabalho de parto 	<ul style="list-style-type: none"> - Experiências e expectativas - Planejamento individual, considerando-se o local, o transporte, os recursos necessários para o parto e para o recém-nascido, o apoio familiar e social - Duração da gestação e sinais do trabalho de parto - Tipos de parto (Orientações e incentivo para o parto normal, resgatando-se a gestação, o parto, o puerpério e o aleitamento materno como processos fisiológicos) 		<ul style="list-style-type: none"> - Médico - Assistente Social - Auxiliar de Enfermagem - Agente Comunitário de Saúde

		<ul style="list-style-type: none"> - O direito a acompanhante de sua escolha durante o trabalho de parto, no parto e no pós-parto - Divulgação da visita à maternidade 		
3º	<ul style="list-style-type: none"> - Pós-parto; - Cuidados com o recém nascido 	<ul style="list-style-type: none"> - Maternidade/ Paternidade - Cuidados no período pós-parto (Cuidados após o parto com a mulher e o recém-nascido, estimulando o retorno ao serviço) de saúde - Cuidados com o recém-nascido (Higiene bucal, Troca de fraldas, banho, limpeza do coto umbilical) - Importância da realização da triagem neonatal (teste do pezinho) na primeira semana de vida do recém-nascido; - Importância do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança (puericultura) - Importância das consultas puerperais 		<ul style="list-style-type: none"> - Enfermeiro - Dentista - Agente Comunitário de Saúde
4º	<ul style="list-style-type: none"> - Contracepção - divulgação grupo de planejamento familiar; - Aleitamento materno 	<ul style="list-style-type: none"> - Experiências - Produção do leite materno - Dificuldades em amamentação (traumas mamilares, ingurgitamento, desmame) - Técnicas (pega, ordenha) - Armazenamento do LM - Direitos 		<ul style="list-style-type: none"> - Enfermeiro - Assistente Social - Fonoaudiólogo - Agente Comunitário de Saúde

DOR SAUDÁVEL

INTRODUÇÃO

A dor é uma percepção subjetiva, desagradável e vital. A interpretação do estímulo nocivo protege o organismo através desse sinal de alarme denominado dor (BARS et al.,2004). No que se trata de classificação, podemos utilizar o contexto temporal como indicador, sendo a divisão feita em dor aguda e dor crônica. A dor crônica é aquela persistente ou recorrente. Em sua classificação, consideram-se crônicas aquelas em que o sintoma se mantém além do tempo fisiológico de cicatrização de determinada lesão, ou por permanecer por mais de três meses (IASP 1986; Gureje et al.,1998).

Numa macro-visão, estima-se que, mundialmente, 80% das consultas médicas devam-se à presença da dor (Kerns et al., 2003) e a nível nacional demonstra que 75% dos pacientes que consultam serviços públicos de saúde relatam a presença de dor crônica (Holtz et al., 2008).

O tratamento clássico da dor (aguda) consiste em repouso e uso de fármacos para o alívio do sintoma, para favorecer a cicatrização da lesão (Zeller et al., 2008) e a redução do processo inflamatório (Shang et al.,2003). Ao contrário do tratamento da dor aguda, os agentes químicos analgésicos não se demonstram eficazes contra a dor crônica (Turk et al., 2006). A baixa eficácia do uso contínuo de fármacos está inevitavelmente associada a efeitos secundários indesejáveis e à baixa adesão ao tratamento farmacológico. Aproximadamente, 47% dos pacientes com fibromialgia (síndrome de dor crônica difusa) não aderem à medicação prescrita, seja intencionalmente ou pela intensidade dos efeitos colaterais da medicação (Sewitch, 2004).

Por isso, o tratamento da dor crônica deve caracterizar-se por programas multidimensionais agindo sobre características biopsicossociais (Turk et al.,2006; Flor et al.,2004). No plano biológico esses programas visam

regular os mecanismos endógenos de controle da dor e a concentração de neurotransmissores (como serotonina, noradrenalina e dopamina). No plano psicológico reduzem ansiedade, depressão, angústia e incapacidades mentais geradas pela dor crônica. No plano social favorecem a autoestima, a participação social e a produtividade intelectual e física.

Dentre as estratégias empregadas pelos programas multidisciplinares destinados à dor crônica, temos gestão do estresse, educação dos pacientes e das famílias, relaxamento e orientações práticas para as atividades de vida diária, sendo a atividade física a estratégia mais utilizada (Bennett et al., 1996; Barcellos et al., 2007). A prescrição de exercícios para o tratamento da dor crônica é defendida há mais de 20 anos pela literatura científica (McCain et al., 1988).

OBJETIVO

Este projeto tem o objetivo de descrever a realização do grupo de dor crônica e assim, proporcionar orientação permanente aos pacientes sobre exercícios globais e atividades para alívio do quadro algico.

METODOLOGIA

Profissional responsável pela organização e planejamento dos encontros: Terapeuta Ocupacional.

Público Alvo: Pacientes que referem dores de origem osteomuscular há mais de 3 meses.

Critérios de inclusão:

- Apresentar queixa de dor osteomuscular há mais de 3 meses;
- Escala Visual Analógica de Dor, com resultado maior ou igual a 4;
- Maior de 18 anos;

- Não apresentar doença cardíaca grave que impeça qualquer tipo de esforço físico.

Crítérios de exclusão:

- Apresentar 3 faltas consecutivas.

Frequência dos encontros e tipo de acesso:

Serão realizados encontros semanais, através de um grupo fechado com 9 encontros, com duração de 1 hora.

OBS: Realizar o planejamento dos encontros, por no mínimo 6 meses, sempre mantendo a agenda aberta com as datas disponíveis.

Fluxo/ operacionalização/ funcionamento do grupo:

Será realizado um grupo fechado, feito em ciclos de 9 semanas, com duração de 1 hora e 30 minutos. Ao final deste ciclo, uma nova turma se inicia. A cada semana é abordado um aspecto diferente na recuperação e promoção da saúde, alongamentos, sessões de auriculoterapia, bandagem elástica funcional, além de interação social e abordagens multidisciplinares sobre a dor. Foi estabelecido um número de no máximo 20 participantes por ciclo.

O paciente poderá ser inserido no grupo por qualquer categoria profissional, desde que contemple os critérios de inclusão listados acima, pois o cronograma do grupo será apresentado para toda a equipe das unidades, como também, para a equipe multidisciplinar do Nasf.

Além da forma de adesão ao grupo, descrita acima, os pacientes também poderão ser inseridos através de uma gestão da fila de espera dos pacientes que estão aguardando atendimento com ortopedista e reumatologista

e que apresentem os critérios descritos, a ser realizada pelos profissionais do Nasf.

ENCONTRO	TEMA	PROPOSTA/CONTEÚDO	DATA	PROFISSIONAIS
1º	Introdução ao Grupo	<ul style="list-style-type: none"> - Apresentação do Grupo e desenvolvimento dos encontros. - Anamnese da Dor (Avaliação do quadro do paciente); - Otimização do tratamento medicamentoso conforme estratificação da Dor; - Aplicação dos instrumentos para classificação/estratificação da Dor (Escala de Lanss (Anexo I), Escala Analógica Visual (Anexo II) e Questionário Shot Form 36 Anexo III)). 		Médico, TO, Fisioterapeuta e ACS
2º	Aliviando a Dor	<ul style="list-style-type: none"> - Realização de exercícios de alongamento e respiratórios; - Aplicação da auriculoterapia; 		TO e ACS
3º	Falando da sua Dor	<ul style="list-style-type: none"> - Técnicas para enfrentamento da dor; - Terapia Cognitivo Comportamental; - Aplicação da auriculoterapia; - Realização de exercícios de alongamentos e respiratórios. 		Psicólogo, TO, e ACS
4º	Alimentação Saudável X Dor	<ul style="list-style-type: none"> - Realização de palestra sobre alimentação adequada e para manutenção do peso; - Realização de dinâmica para evidenciar as limitações enfrentadas nas AVDs; - Aplicação da auriculoterapia. 		Nutricionista, TO e ACS

5º	Atividade Física e Socialização do Paciente com Dor	<ul style="list-style-type: none"> - Realização de palestra sobre importância de atividade física no tratamento da dor crônica; - Abordagem da integração social do paciente com dor; - Aplicação da auriculoterapia; - Realização de exercícios de alongamento e respiratórios. 		Fisioterapeuta, TO, Assistente Social e ACS
6º	Terapias integrativas no alívio da dor	<ul style="list-style-type: none"> - Realização de bandagem elástica funcional; - Aplicação da auriculoterapia. 		Fisioterapeuta, TO e ACS
7º	Adesão ao tratamento	<ul style="list-style-type: none"> - Realização sobre a importância da adesão ao tratamento proposto no grupo, pelos profissionais envolvidos; - Aplicação da auriculoterapia; - Realização de exercícios de alongamento e respiratórios; 		TO e ACS
8º	Redefinindo a Dor	- Aplicação dos instrumentos para classificação/estratificação da Dor (Escala de Lanss (Anexo I) , Escala Analógica Visual (Anexo II) e Questionário Shot Form 36 (Anexo III)).		Médico, Fisioterapeuta, TO e ACS
9º	Roda de Conversa	<ul style="list-style-type: none"> - Relatos sobre a experiência da participação no grupo e sobre o impacto na melhora da dor; - Direcionamento para os grupos de atividade física presentes no território; - Realização de exercícios de alongamento e respiratórios 		TO e ACS.

OBS: - O seguimento da aplicação da auriculoterapia será realizado pelo Terapeuta Ocupacional do Nasf. Porém, os farmacêuticos das unidades poderão contribuir na colocação da técnica.

- Casos crônicos agudizados, poderão ser encaminhados para o Centro de Reabilitação Integrado (CRI).
- Casos crônicos agudizados que receberem alta do CRI, poderão ser encaminhados para o grupo.

Anexo I

ESCALA DE DOR LANNS (Adaptada ao Português do Brasil por Schestatsky et al., 2011)

Nome: _____ Data: _____

Esta escala de dor ajuda a determinar como os nervos que carregam a informação de dor estão funcionando. É importante obter este tipo de informação, pois ela pode ajudá-lo na escolha de um tratamento específico para o seu tipo de dor.

A. QUESTIONÁRIO DE DOR

- Pense na dor que você vem sentindo na última semana.
- Por favor, diga se qualquer uma das características abaixo se aplica à sua dor.
Responda apenas SIM ou NÃO.

1) A sua dor se parece com uma sensação estranha e desagradável na pele? Palavras como "agulhadas", "choques elétricos" e "formigamento" são as que melhor descrevem estas sensações.

- a) NÃO – Minha dor não se parece com isso [0]
- b) SIM – Eu tenho este tipo de sensação com frequência [5]

2) A sua dor faz com que a cor da pele dolorida mude de cor? Palavras como "manchada" ou "avermelhada ou rosada" descrevem a aparência da sua pele.

- a) NÃO - Minha dor não afeta a cor da minha pele [0]
- b) SIM – Eu percebi que a dor faz com que minha pele mude de cor [5]

3) A sua dor faz com a pele afetada fique sensível ao toque? [A ocorrência de] Sensações desagradáveis ou dolorosas ao toque leve ou mesmo ao toque da roupa ao vestir-se descrevem esta sensibilidade anormal.

a)NÃO – Minha dor não faz com que minha pele fique mais sensível [0]

b)SIM – Minha pele é mais sensível ao toque nesta área [3]

4) A sua dor inicia de repente ou em crises, sem nenhuma razão aparente, quando você está parado, sem fazer nenhum movimento? Palavras como "choques elétricos", "dor em pontada" ou "dor explosiva" descrevem estas sensações.

a)NÃO – Minha dor não se comporta desta forma [0]

b)SIM – Eu tenho estas sensações com muita frequência [2]

5) A sua dor faz com que a temperatura da sua pele na área dolorida mude? Palavras como "calor" e "queimação" descrevem estas sensações.

a)NÃO – Eu não tenho este tipo de sensação [0]

b)SIM – Eu tenho estas sensações com frequência [1]

EXAME DA SENSIBILIDADE (preenchido pelo médico)

A sensibilidade da pele pode ser examinada comparando-se a área dolorida com a área contra-lateral ou nas áreas adjacentes não doloridas avaliando a presença de alodinia e alteração do limiar de sensação ao estímulo da agulha (LSA).

6) ALODINIA

Examine a resposta ao toque leve com algodão sobre a área não dolorida e, a seguir, ao toque da área dolorida. Caso sensações normais forem percebidas no lado não dolorido e, ao contrário, se dor ou sensações desagradáveis (sensação tipo "picada" ou "latejante") forem percebidas na área afetada, então a alodinia está presente.

- a) NÃO - Sensação normal em ambas as áreas [0]
b) SIM - Alodinia somente na área dolorida [5]

7) ALTERAÇÃO DO LIMIAR POR ESTÍMULO DE AGULHA

a) Determine o limiar por estímulo de agulha pela comparação da resposta a uma agulha de espessura 23 (cor azul) conectada a uma seringa de 2 ml - sem a parte interna – suavemente colocada nas áreas doloridas da pele e depois nas não doloridas.

b) Caso uma sensação de agulhada normal for sentida na área da pele não dolorida, mas uma sensação diferente for sentida na área dolorida como, por exemplo, "nenhuma sensação" ou "somente sensação de toque" (LSA aumentado) ou "dor muito intensa" (LSA diminuído), isso significa que há um LSA alterado.

c) Caso a sensação de agulhada não for percebida em nenhuma área, conecte a parte interna da seringa à agulha para aumentar o peso e repita a manobra.

- a) NÃO - Sensação igual em ambas as áreas [0]
b) SIM - Limiar por estímulo de agulha alterado no lado dolorido [3]

ESCORE:

Some os valores entre parênteses nos achados descritivos e de exame da sensibilidade para obter um escore global.

ESCORE TOTAL (máximo 24)

Se o escore for inferior a 12, [são improváveis de] estejam contribuindo para a dor do paciente.

Se o escore for igual ou superior a 12, provavelmente mecanismos neuropáticos estejam contribuindo para a dor do paciente.

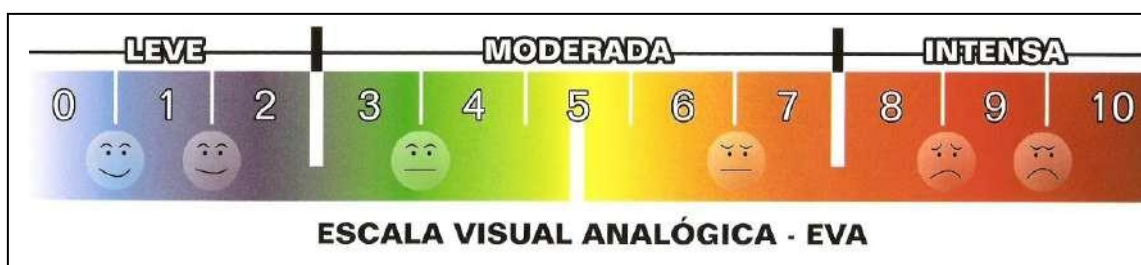
Anexo II

Observação: Circular número referente ao grau de dor do paciente na escala abaixo.

NOME: _____

DATA: ____ / ____ / ____

ESCALA VISUAL ANALÓGICA – EVA



A Escala Visual Analógica – EVA consiste em auxiliar na aferição da intensidade da dor no paciente, é um instrumento importante para verificarmos a evolução do paciente durante o tratamento e mesmo a cada atendimento, de maneira mais fidedigna. Também é útil para podermos analisar se o tratamento está sendo efetivo, quais procedimentos têm surtido melhores resultados, assim como se há alguma deficiência no tratamento, de acordo com o grau de melhora ou piora da dor.

A EVA pode ser utilizada no início e no final de cada atendimento, registrando o resultado sempre na evolução. Para utilizar a EVA o atendente deve questionar o paciente quanto ao seu grau de dor sendo que **0** significa **ausência total de dor** e **10** o nível de **dor máxima** suportável pelo paciente.

Dicas sobre como interrogar o paciente:

- Você tem dor?
- Como você classifica sua dor? (deixe ele falar livremente, faça observações na pasta sobre o que ele falar)

Questione-o:

- a) Se não tiver dor, a classificação é **zero**.
- b) Se a dor for moderada, seu nível de referência é **cinco**.
- c) Se for intensa, seu nível de referência é **dez**.

OBS: Procure estabelecer variações de melhora e piora na escala acima tomando cuidado para não sugestionar o paciente.

Anexo III

Grupo de Pesquisas em Qualidade de Vida e Atividade Física

Coordenador: Prof. Dr. Guanis de Barros Vilela Junior – UEPG

SF-36 : questionário de Qualidade de Vida

INSTRUÇÕES: esta pesquisa questiona você sobre sua saúde. Estas informações nos manterão informados de como você se sente e quão bem você é capaz de fazer suas atividades de vida diária. Responda cada questão marcando a resposta como indicado. Caso você esteja inseguro em como responder, por favor tente responder o melhor que você puder.

1. Em geral, você diria que sua saúde é: (circule uma)

- Excelente.....1
Muito boa.....2
Boa..... 3
Ruim..... 4
Muito ruim.....5

2. Comparada há um ano atrás, como você classificaria sua saúde em geral agora?

- Muito melhor agora do que há um ano atrás..... 1
Um pouco melhor agora do que há um ano atrás. 2
Quase a mesma de um ano atrás. 3
Um pouco pior agora do que há um ano atrás4
Muito pior agora do que há um ano atrás.....5

3. Os seguintes itens são sobre atividades que você poderia fazer atualmente durante um dia comum. Devido a sua saúde, você tem dificuldade para fazer essas atividades. (Neste caso, circule um número em cada linha).

Atividades	Sim. Dificulta muito	Sim. Dificulta um pouco	Não. Não dificulta de modo algum.
A. atividades vigorosas, que exigem muito esforço, tais como correr, levantar objetos pesados, participar em esporte árduos	1	2	3
B. atividades moderadas, tais como mover uma mesa, passar aspirador de pó, jogar bola, varrer a casa	1	2	3
C. levantar ou carregar mantimento	1	2	3
D. subir vários lances de escada	1	2	3
E. subir um lance de escada	1	2	3
F. curvar-se, ajoelhar-se ou dobrar-se	1	2	3
G. andar mais de 1 quilômetro	1	2	3
H. andar vários quarteirões	1	2	3
I. andar um quarteirão	1	2	3
J. tomar banho ou vestir-se	1	2	3

4. Durante as últimas 4 semanas, você teve algum dos seguintes problemas com o seu trabalho ou com alguma atividade diária regular, como consequência de sua saúde física? (circule um em cada linha).

Problemas	Sim	Não
A. você diminuiu a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades ?	1	2
B. realizou menos tarefas do que você gostaria?	1	2

C. esteve limitado no seu tipo de trabalho ou em outras atividades ?	1	2
D. teve dificuldade de fazer seu trabalho ou outras atividades? (p. ex.: necessitou de um esforço extra)	1	2

5. Durante as últimas 4 semanas, você teve algum dos seguintes problemas com o seu trabalho ou outra atividade regular diária, como consequência de algum problema emocional? (como sentir-se deprimido ou ansioso) (circule uma linha).

Problemas	Sim	Não
A. você diminuiu a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2
B. realizou menos tarefas do que você gostaria	1	2
C. não trabalhou ou não fez qualquer das atividades com tanto cuidado como geralmente faz?	1	2

6. Durante as últimas 4 semanas, de que maneira sua saúde física ou problemas emocionais interferiram nas suas atividades sociais normais, em relação à família, vizinhos, amigos ou em grupo ? (circule uma).

De forma nenhuma.....1
 Ligeiramente.....2
 Moderadamente3
 Bastante4
 Extremamente5

7. Quanta dor no corpo você teve durante as últimas 4 semanas? (circule uma)

Nenhuma.....1
 Muito leve2
 Leve3
 Moderada4

Grave5
Muito grave.....6

8. Durante as últimas 4 semanas, quanto a dor interferiu com o seu trabalho normal (incluindo o trabalho fora e dentro de casa) ?

De maneira nenhuma..... 1
Um pouco 2
Moderadamente 3
Bastante 4
Extremamente 5

9. Estas questões são sobre como você se sente e como tudo tem acontecido com você durante as últimas 4 semanas. Para cada questão, por favor, dê uma resposta que mais se aproxime da maneira como você se sente. Em relação às últimas 4 semanas.

	Todo tempo	A maior parte do tempo	Uma boa parte do tempo	Algum aparte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nunca
A. quanto tempo você tem se sentido cheio de vigor, cheio de vontade, cheio de força ?	1	2	3	4	5	6
B. quanto tempo você tem se sentido uma pessoa nervosa ?	1	2	3	4	5	6
C. quanto tempo você tem se sentido tão deprimido que nada pode animá-lo ?	1	2	3	4	5	6

D. quanto tempo você tem se sentido calmo ou tranqüilo ?	1	2	3	4	5	6
E. quanto tempo você tem se sentido com muita energia ?	1	2	3	4	5	6
F. quanto tempo você tem se sentido desanimado e abatido ?	1	2	3	4	5	6
G. quanto tempo você tem se sentido esgotado ?	1	2	3	4	5	6
H. quanto tempo você tem se sentido uma pessoa feliz ?	1	2	3	4	5	6
I. quanto tempo você tem se sentido cansado ?	1	2	3	4	5	6

10. Durante as últimas 4 semanas, quanto do seu tempo a sua saúde física ou problemas emocionais interferiram com as suas atividades sociais (como visitar amigos, parentes, etc.)? (Circule uma)

Todo o tempo 1

A maior parte do tempo 2

Alguma parte do tempo 3

Uma pequena parte do tempo 4

Nenhuma parte do tempo 5

11. O quanto verdadeiro ou falso é cada uma das afirmações para você?

	Definitivamente verdadeiro	A maioria das vezes verdadeiro	Não sei	A maioria das vezes falsa	Definitivamente falsa
A. eu costumo adoecer um pouco mais facilmente que as outras pessoas ?	1	2	3	4	5
B. eu sou tão saudável quanto qualquer pessoa que eu conheço ?	1	2	3	4	5
C. eu acho que a minha saúde vai piorar	1	2	3	4	5
D. a minha saúde é excelente ?	1	2	3	4	5

GRUPO ESPAÇO CONVIVER

APRESENTAÇÃO

O Grupo Espaço Viver traz a proposta de trabalhar a terapia comunitária, um tipo específico de grupo que visa construir redes sociais solidárias, mobilizando recursos e competências dos indivíduos, famílias e comunidades. Segundo BARRETO (2005, p. 44), “a função da terapia comunitária não é resolver o problema das pessoas e, sim, suscitar uma dinâmica que possibilite a partilha de experiências e criar uma rede de apoio aos que sofrem”.

O Grupo é um espaço dedicado ao cuidado com a saúde mental, com a socialização e com o amadurecimento pessoal. Por meio de encontros, o grupo propõe um exercício continuado de atenção e reflexão sobre a vida cotidiana, experiências, ideias e o diálogo com demais membros buscando e compartilhando saberes.

A atividade apresenta a perspectiva de aprofundamento do contato da pessoa consigo mesma, com os outros e com os acontecimentos, em meio a um processo de construção pessoal e grupal.

OBJETIVOS

- Promover um exercício pessoal continuado de atenção e reflexão sobre a vida cotidiana, articulado ao trabalho em grupo, visando o desenvolvimento da saúde mental e o amadurecimento pessoal;
- Desenvolver uma capacidade de avaliação das vivências cotidianas, considerando a perspectiva de aprender a tornar-se uma pessoa experiente;
- Favorecer o encontro, desenvolvimento de vínculos, socialização, criatividade e habilidades, possibilitando a circulação de conhecimentos e as trocas afetivas;

- Oferecer uma modalidade de cuidado à saúde mental, com acesso aberto a comunidade.

MÉTODO

Profissional responsável pela organização e planejamento dos encontros: Coordenador/Mediador: Psicólogo da equipe NASF responsável pela organização, planejamento e condução dos encontros.

Público Alvo: Pessoas em sofrimento psíquico.

Frequência dos encontros e tipo de acesso (aberto/fechado): Os encontros devem acontecer a cada quinze dias (quinzenalmente) durante doze meses no ano, limite de aproximadamente 15 à 20 pessoas por encontro, com duração de 1 hora, sendo de acesso aberto ao usuário.

Crítérios para inclusão/participação:

- Ter no mínimo 18 anos de idade;
- Estar em sofrimento psíquico;
- Ter realizado o agendamento prévio para participação no curso;
- Estar cadastrada na unidade básica de saúde de referência;

Fluxo/operacionalização/funcionamento do grupo:

O profissional responsável pelo planejamento e elaboração do cronograma do grupo deverá disponibilizar o cronograma na recepção com previsão dos encontros para no mínimo 6 meses.

O cronograma do grupo deverá ser compartilhado e divulgando por todos profissionais da unidade básica de saúde, devendo orientar as pessoas interessadas a agendarem a participação na recepção da unidade de saúde. Os agentes comunitários e outros profissionais também poderão fazer o agendamento na

recepção e disponibilizar a data para participação no grupo durante o atendimento na unidade ou visita domiciliar.

Os auxiliares administrativos serão responsáveis por realizarem o agendamento, devendo registrar o dia, horário e local em impresso específico e disponibilizar para o solicitante.

O grupo operacionaliza-se de forma sistêmica, e dele pode participar qualquer usuário, portador de sofrimento ou patologia orgânica e/ou psíquica. É um grupo aberto no qual cada um terá seu aproveitamento pessoal e será capaz de estabelecer redes de apoio. O grupo pode se iniciar em roda onde os participantes compartilham depoimentos relativos às suas experiências e problemas pessoais, ao dividirem seus problemas, as semelhanças são percebidas e cada um se torna um espelho para que o outro se reconheça na sua própria caminhada, assim o grupo pode ser conduzido pelos membros e mediado pelo coordenador como também iniciado pelo coordenado com um tema e conduzido pelos membros. Durante a condução do grupo o coordenador (psicólogo) observará todos os membros e caso haja necessidade, ao final do encontro poderá trazer esse paciente para acolhimento individual.

O número ideal de participantes é de até 20 pessoas, de modo que todos possam se comunicar. A frequência dos encontros não deverá ser superior a quinze dias e o horário deve ser escolhido observando o funcionamento da equipe, mas também nas necessidades dos participantes.

Importante destacar que as reuniões devem durar aproximadamente 1 hora.

Grupo Espaço Conviver

Sugestões de temas para serem trabalhados

- Relaxamento
- Apresentação de uma parábola
- Apresentação de uma música

- Apresentação do trecho de um filme
- Apresentação de uma dinâmica
- Apresentação de Recortes
- Apresentação de desenhos
- Apresentação de um poema
- Apresentação de um tema cotidiano

GRUPO LAÇOS DE FAMÍLIA

APRESENTAÇÃO

Inicialmente estudos sobre dependência química tiveram foco apenas no dependente, não considerando o papel da família e suas implicações nesse processo. Hoje as famílias são uma grande fonte de ajuda no tratamento da dependência, pois se considera a família como um sistema que necessita de orientação e acompanhamento para que o resultado do tratamento seja mais eficiente (CARDIM; LOURENÇO, s.d).

O Grupo é um espaço dedicado a familiares/responsáveis de pacientes em uso de álcool e outras drogas identificados como leve ou moderado após aplicação do ASSIST não motivados ao tratamento, ou seja, no período de pré-contemplação ou contemplação, e também familiares/responsáveis de pacientes motivados já em acompanhamento no CAPS-AD. A proposta é influenciar positivamente os familiares/responsáveis para que entendam que são parte muito importante no processo de mudança e tratamento.

OBJETIVOS

- Acolher os familiares/responsáveis e trazer o que é a dependência química, como lidar no dia a dia, trabalhar as frustrações, medos, vergonhas e culpa;
- poder contribuir com o tratamento e também com o processo de mudanças do paciente;
- Motivar os familiares/responsáveis para o tratamento, alinhando as expectativas ao que é possível naquele momento;
- Construir com os familiares/responsáveis um processo de mudança e recuperação, fortalecer e influenciar positivamente a relação com os familiares aumentando a confiança para o tratamento.

MÉTODO

Profissional responsável pela organização e planejamento dos encontros: Psicólogo da equipe NASF responsável pela organização, planejamento e condução dos encontros. Assistente Social e Agente Comunitário de Saúde serão facilitadores para o desenvolvimento e condução do grupo.

Público Alvo: Familiares/responsáveis de pacientes em uso de álcool e outras drogas.

Frequência dos encontros e tipo de acesso (aberto/fechado): Os encontros devem acontecer a cada 15 dias (quinzenalmente) durante doze meses do ano, com duração aproximada de 1 hora, com no máximo 20 participantes, sendo de acesso aberto (novos participantes poderão ser incluídos no grupo a qualquer momento).

Critérios para inclusão/participação:

- Ter no mínimo 18 anos de idade;
- Ser familiar ou responsável de alguma pessoa que faça uso prejudicial de álcool ou outras drogas;
- Ter realizado o agendamento prévio para participação no curso;
- Estar cadastrada na unidade básica de saúde de referência;

Fluxo/operacionalização/funcionamento do grupo:

O profissional responsável pelo planejamento e elaboração do cronograma do grupo deverá disponibilizar o cronograma na recepção com previsão dos encontros para no mínimo 6 meses.

O cronograma do grupo deverá ser compartilhado e divulgando por todos profissionais da unidade básica de saúde, devendo orientar as pessoas interessadas

a agendarem a participação na recepção da unidade de saúde. Os agentes comunitários e outros profissionais também poderão fazer o agendamento na recepção e disponibilizar a data para participação no grupo durante o atendimento na unidade ou visita domiciliar.

Os auxiliares administrativos serão responsáveis por realizarem o agendamento, devendo registrar o dia, horário e local em impresso específico e disponibilizar para o solicitante.

O número ideal de participantes é de até 20 pessoas, de modo que todos possam se comunicar. A frequência dos encontros não deverá ser superior a quinze dias e o horário deve ser escolhido posterior ao horário de acolhimento nas unidades que trabalham com acesso avançado, devendo sempre observar o funcionamento da equipe, mas também nas necessidades dos participantes. Importante destacar que as reuniões devem durar aproximadamente 1 hora.

Sugestões

O grupo deve ser iniciado com a apresentação dos membros presentes, em seguida trabalhar ouvindo os participantes. Os temas podem ser abordados com atividades, dinâmicas, reflexões, músicas dentre outros métodos que podem ser identificados pelo profissional no momento do grupo. Abaixo sugestões que de temas a serem abordados:

- Dependência (O que é a dependência?);
- Culpa (A culpa é de quem?);
- Uso de drogas e relação com outros problemas psicológicos e psiquiátricos;
 - Sinais de uso de drogas;
 - Motivação;
 - Papel da família no tratamento;
 - Como posso ajudar;
 - Tipos de tratamento;

- Limites, regras e caprichos;
- O que fazer quando o familiar (usuário) não aceita o tratamento;
- Cuidando de quem cuida (E a minha saúde mental?);
- Violência doméstica (o que fazer?);
- Rede de apoio (onde mais posso procurar ajuda).

VIVER SAUDÁVEL

APRESENTAÇÃO

Considerando o contexto atual de crescimento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) e de seus fatores de risco, como a inatividade física e a alimentação inadequada, é indiscutível a necessidade da realização de ações de promoção da saúde pautadas na autonomia e no empoderamento. No âmbito da alimentação, destacam-se como principais hábitos não promotores da saúde o consumo excessivo de alimentos ultraprocessados, ricos em açúcares, gorduras, sal e aditivos químicos, associado ao baixo consumo de alimentos in natura, como frutas, verduras e legumes, por se relacionarem ao aumento da prevalência mundial de obesidade e demais DCNT (BRASIL, 2011c; 2014a).

A promoção da saúde consiste num conjunto de estratégias focadas na melhoria da qualidade de vida dos indivíduos e coletividades. Pode se materializar por meio de políticas, estratégias, ações e intervenções no meio com objetivo de atuar sobre os condicionantes e determinantes sociais de saúde, de forma intersetorial e com participação popular, favorecendo escolhas saudáveis por parte dos indivíduos e coletividades no território onde residem, estudam, trabalham, entre outros. As ações de promoção da saúde são potencializadas por meio da articulação dos diferentes setores da saúde, além da articulação com outros setores. Essas articulações promovem a efetividade e sustentabilidade das ações ao longo do tempo, melhorando as condições de saúde das populações e dos territórios.

A Atenção Básica realiza ações de promoção e vigilância em saúde, prevenção e assistência, além do acompanhamento longitudinal dos usuários, aspectos fundamentais para a melhoria da resposta ao tratamento dos usuários com DCNT. A Atenção Básica deve ser o contato preferencial dos usuários e a principal porta de entrada e centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde, portanto a responsável

pela coordenação do cuidado em toda a rede de saúde. As equipes de Atenção Básica têm caráter multiprofissional, com um leque de modelagens de equipes para as diferentes populações e realidades brasileiras (BRASIL, 2012a).

Nesse nível de atenção, também se destacam os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) e o Programa Academia da Saúde (PAS), dispositivos com alto potencial para a ampliação do espectro e da interface das práticas de promoção de saúde.

O NASF desenvolve trabalhos compartilhados e colaborativos em pelo menos duas dimensões: clínico-assistencial e técnico-pedagógica. A primeira refere-se à ação clínica direta com os usuários; e a segunda trata do apoio educativo com e para as equipes. Entre as ações do NASF, destacam-se as atividades coletivas, tanto as de caráter preventivo e terapêutico quanto as de promoção da saúde, que devem priorizar, mediante a educação em saúde, o desenvolvimento da autonomia dos indivíduos em seu autocuidado, sempre apoiado pelos profissionais de saúde (BRASIL, 2008; 2011b; 2012a, 2014b).

Estudos apontam que intervenções pautadas no incentivo à alimentação adequada e saudável, principalmente associada à prática de atividade física, apresentam resultados satisfatórios, especialmente sobre o consumo alimentar e o perfil antropométrico dos participantes (MENEZES, 2012; MENDONÇA, 2011; BOGT et al., 2011; COSTA et al., 2009; GOULET et al., 2007; DOERKSEN; ESTABROOKS, 2007). Esses estudos também apontam a educação em saúde como estratégia fundamental e a atenção básica como locus preferencial para o desenvolvimento de ações de promoção de saúde, incluindo aquelas relacionadas à alimentação e à nutrição, seguindo a premissa da construção de ambientes saudáveis no território e a continuidade de ações sistematizadas no território e/ou município (BRASIL, 2012a; MENDONÇA; LOPES, 2012; CARNEIRO et al., 2012; SILVA et al., 2013; DIAS; SILVEIRA; WITT, 2009).

O homem enquanto ser comunitário, só pode existir a partir de seus inter-relacionamentos grupais. Desde o nascimento o indivíduo tende a buscar uma identidade individual, entretanto, essa só poderá haver pela existência de uma identidade grupal ou social. Pode-se falar em grupo, quando um conjunto de pessoas movidas por necessidades semelhantes, se reúnem em torno de uma tarefa específica. O grupo possibilita a inclusão e a identificação entre os participantes, através de relações de empatia e identificações entre os membros.

É nesse espaço de convivência grupal que os fenômenos grupais podem ser melhores observados. A prática do grupo operativo, tem sido utilizada como um recurso terapêutico eficiente no processo de reeducação alimentar, bem como na adesão ao tratamento da obesidade e/ ou sobrepeso.

Tendo por fundamento este princípio é possível conceber o trabalho interdisciplinar como um método cooperativo, de modo que as diferentes áreas do conhecimento possam estar atuando de modo complementar, comunicam-se entre si e discutindo os casos clínicos em equipe e realizando avaliações em conjunto, a fim de compartilharem as mais diversas visões sobre um mesmo indivíduo em atendimento, buscando uma melhor compreensão do mesmo. Portanto, ao considerar-se os indivíduos participantes do grupo operativo a partir de suas condições de saúde física, mental e sociocultural, além de reforçar o entendimento sistêmico sobre os mesmos, implica também em uma conveniente compreensão sobre os fatores conscientes e inconscientes que regem seu comportamento alimentar.

OBJETIVO

- Visar a Reeducação Alimentar.
- Promover a mudança de hábito de forma que contribua para o estado nutricional adequado, prevenção.

- Estimular a prática da atividade física, de forma que contribua na perda de peso.

MÉTODO

- **Profissional responsável pela organização e planejamento dos encontros:**
Nutricionista.

- **Público-alvo:** Serão incluídos no grupo usuários com IMC até 34,9.

- **Frequência dos encontros e tipo de acesso:** O acesso ao grupo será fechado, as oficinas serão semanais, com duração de 1 hora. Qualquer profissional que identificar os critérios de inclusão poderá direcionar usuários para a participação do grupo.

- **Critérios para inclusão/exclusão:**

Inclusão

- Ser maior de 18 anos;
- Ter resultado de IMC até 34,9.
- Ter realizado agendamento prévio para a participação no grupo;
- Estar devidamente cadastrado na UBS/USF de referência.

Exclusão – ausência não justificada em 02 oficinas consecutivas.

- **Fluxo/operacionalização/funcionamento do grupo**

Para a inclusão no grupo, o usuário deverá ser avaliado por um profissional da equipe para o cálculo do IMC.

$$\text{IMC} = \frac{\text{Peso}}{\text{Altura} \times \text{Altura}}$$

IMC	CLASSIFICAÇÃO
< 18,5	Peso Baixo
18,5 – 24,9	Peso Normal
25,0 – 29,9	Sobrepeso
30,0 – 34,9	Obesidade (Grau I)
35,0 – 39,9	Obesidade Severa (Grau II)
≥ 40,0	Obesidade Mórbida (Grau III)

Se o resultado for menor ou igual que 34,9, esse usuário poderá ser encaminhado ao grupo. O profissional que realizou o atendimento deverá fornecer ao usuário o cartão de inclusão (ANEXO I), e encaminhá-lo à recepção para o agendamento.

ENCONTRO	TEMA	PROPOSTAS/CONTEÚDO	PROFISSIONAIS
Oficina 1	<p>Quem Somos?</p> <p>O que é saúde para nós?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Conhecer os participantes, suas expectativas em relação ao grupo. • Apresentar a proposta da atividade. • Estabelecer contrato de convivência. • Sensibilizar os participantes para a possibilidade de mudanças de hábitos. • Discutir fatores que interferem na saúde e construir um conceito coletivo de “saúde”. 	<p>Nutricionista</p> <p>Apoio: ACS e Aux. enfermagem</p>
Oficina 2	<p>Alimentação Saudável – por onde começar?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Discutir sobre as rotinas / escolhas alimentares dos participantes. • Discutir dúvidas sobre alimentação adequada e saudável. • Refletir sobre a importância de buscar informações de fontes seguras sobre alimentação e nutrição. • Refletir sobre os pontos facilitadores e obstáculos para escolhas alimentares saudáveis. 	
Oficina 3	<p>Como eu me percebo?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Discutir como cada participante se percebe, qual sua auto-imagem. • Trabalhar sobre a influência das questões psicológicas (ex: ansiedade) nos hábitos alimentares. 	<p>Nutricionista</p> <p>Psicólogo</p> <p>Apoio: ACS e Aux. enfermagem</p>
Oficina 4	<p>Vamos nos movimentar?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Refletir sobre a importância da atividade físico no controle do peso. • Orientação quanto atividades possíveis de serem realizadas no dia-a-dia dos participantes. 	<p>Nutricionista</p> <p>Fisioterapeuta</p> <p>Apoio: ACS e Aux. enfermagem</p>
Oficina 5	<p>Porque mudar?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Discussão sobre as consequências negativas dos hábitos alimentares inadequados, sobrepeso e obesidade. 	<p>Nutricionista</p> <p>Apoio: ACS e Aux. enfermagem</p>
Oficina 6	<p>Valeu a pena?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Discussão sobre a percepção dos participantes sobre sua evolução durante o grupo; • Avaliar a evolução dos participantes no decorrer do grupo – mudança de hábitos alimentares, perda de peso, início da prática de atividade física. • Pactuação sobre o grupo de caminhada e retorno para atividade de manutenção. 	<p>Nutricionista</p> <p>Apoio: ACS e Aux. enfermagem</p>

DESCRIÇÃO DAS ABORDAGENS EDUCATIVAS

Em todas as oficinas, a equipe de apoio ficará responsável pela aferição de SSVV e medidas antropométricas, que deverão ser registradas na planilha de acompanhamento (ANEXO II).

Ao final de cada oficina o profissional facilitador deverá conduzir uma breve avaliação, com as seguintes perguntas norteadoras:

1. O que vocês acharam sobre o assunto discutido hoje?
2. Qual a importância deste assunto (sugere-se falar o tema) para a vida de vocês?
3. Quais mudanças no dia-a-dia de vocês a discussão de hoje pode provocar?
4. O que vocês acharam sobre as atividades?
5. Vocês possuem outras dúvidas sobre este assunto?

*Ressalta-se que a avaliação realizada ao final da atividade promove a memorização e o exercício de reflexão, por captarem as percepções e as dúvidas daquele momento.

<p>Oficina 1 Quem Somos? O que é saúde para nós?</p>	<p>Antes de iniciar a Oficina, os profissionais de apoio (ACS e Auxiliar de enfermagem) deverão realizar a verificação de SSVV/antropometria e preenchimento do questionário de avaliação (ANEXO III).</p> <p>Momento de apresentação dos participantes – o profissional facilitador deverá estimular a fala dos usuários, questionando seus gostos e preferências, traços de personalidade, práticas de exercícios, hábitos e condições familiares.</p> <p>Contrato de convivência – o facilitador deverá pontuar as “regras” do grupo, apresentar a proposta das atividades, estabelecer normativas como uso do celular, critérios de exclusão, horário de início e término das oficinas.</p> <p>O facilitador deverá conduzir perguntar com o objetivo de sensibilizar os participantes para a possibilidade de mudanças de hábitos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Por que é difícil mudar?
---	---

	<ul style="list-style-type: none"> • Como podemos começar a mudar? • Qual a importância de mudar seus hábitos alimentares? Como essa mudança ajudaria em sua saúde? • Quais são os obstáculos que vocês enfrentam para realizar mudanças na alimentação? • Como a participação nas oficinas pode ajudar no processo de mudança? <p>Construção coletiva de um conceito sobre “saúde”:</p> <ul style="list-style-type: none"> • O que é saúde para vocês? • Saúde significa somente não estar doente? • O que influencia positiva e negativamente na nossa saúde? <p>Enfermeiro avalia cada usuário e solicita os exames laboratoriais pertinentes.</p>
<p>Oficina 2 Alimentação Saudável – por onde começar?</p>	<p>Provocar os participantes com alguns questionamentos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Para vocês existe alguma relação entre saúde e alimentação? Como seria esta relação? • Comer bem é gastar muito? • Questionar a cada participante um breve relato de sua rotina alimentar • Quais são as facilidades e dificuldades em se alimentar de forma saudável? <p>Trabalhar com figuras de alimentos saudáveis e não saudáveis. Discutir os “Dez passos para uma alimentação saudável” (ANEXO IV).</p> <p>No final do encontro:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Retomar as rotinas de cada participante e questionar o que ele entende que poderia ser mudado após a discussão. • Elaborar em conjunto com cada participante um planejamento alimentar individualizado. <p>Aplicar a Dinâmica do Papel Amassado (ANEXO V).</p>
<p>Oficina 3 Como eu me percebo?</p>	<p>Técnica do Autorretrato – distribuir folhas em branco e lápis coloridos, solicitando que cada participante desenhe neste papel como se vê, como se percebe.</p> <p>Após solicitar que cada um fale um pouco sobre seu desenho e sua percepção.</p> <p>Trabalhar como as questões emocionais podem influenciar na manutenção da alimentação saudável.</p>

	<p>* Realizar a avaliação do planejamento alimentar individualizado, esclarecendo dúvidas e fazendo as adaptações necessárias.</p>
<p>Oficina 4 Vamos nos movimentar?</p>	<p>Discutir com os participantes sobre as práticas que podem ser realizadas no dia-a-dia com o objetivo de abandonar o sedentarismo.</p> <p>Práticas de alongamento, entregar folder de orientação (ANEXO VI). O profissional deve se atentar às atividades físicas adequadas a cada participantes (sobrepeso/obesidade).</p> <p>* Realizar a avaliação do planejamento alimentar individualizado, esclarecendo dúvidas e fazendo as adaptações necessárias.</p>
<p>Oficina 5 Porque mudar?</p>	<p>O facilitador deverá abordar sobre as DCNT, impactos do sobrepeso e obesidade na saúde, importância da mudança de hábitos de vida não saudáveis.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Questionar aos participantes sobre doenças de base e trabalhar em cima do que for exposto. <p>No final do encontro, o facilitador deverá solicitar aos participantes que na próxima oficina tragam algum alimento que represente a mudança nos hábitos/rotinas alimentares a partir do que foi discutido durante todo o grupo.</p> <p>* Realizar a avaliação do planejamento alimentar individualizado, esclarecendo dúvidas e fazendo as adaptações necessárias.</p>
<p>Oficina 6 Valeu a pena?</p>	<p>Na atividade final, deve-se realizar um apanhado geral de tudo o que foi discutido.</p> <p>Abrir a discussão para que os participantes possam expor sua percepção do que foi absorvido durante as oficinas e como esse conteúdo contribuiu para as mudanças nos hábitos e rotinas alimentares.</p> <p>Cada participante deverá fazer um breve relato de sua experiência e apresentar o alimento escolhido.</p> <p>Apresentar o “GRUPO DE CAMINHADA” e pactuar com os participantes, de acordo com as condições e possibilidades de casa um, a participação de pelo menos duas vezes por semana.</p> <p>Pactuar com os participantes, a atividade de manutenção – retorno em 06 meses para reavaliação.</p>

GRUPO DE CAMINHADA – “MOVIMENTE-SE”

Será realizado pelos Agentes Comunitários de Saúde, minimamente 3 vezes por semana (segunda, quarta e sexta-feira) – 08 às 09h. Antes do início da atividade, o ACS facilitador responsável pela atividade do dia, deverá fazer uma breve orientação sobre determinado tema (educação em saúde).

ATIVIDADE DE MANUNTEÇÃO

Será realizada uma atividade de manutenção, mensalmente, por 6 meses consecutivos, após o término de cada ciclo de oficinas.

ENCONTROS	PROPOSTAS/CONTEÚDO	PROFISSIONAIS
OFICINAS DE MANUNTEÇÃO (06 encontros mensais)	<ul style="list-style-type: none"> • Aferição de SSVV e dados antropométricos • Roda de conversa sobre as experiências vividas no último mês, facilidades e dificuldades em manter a rotina saudável. • Atendimento individualizado, para os participantes que apresentarem dificuldades na manutenção do Planejamento Alimentar Individual. 	Nutricionista Apoio: ACS e Aux. enfermagem

SUGESTÃO DE MATERIAL COMPLEMENTAR

✓ Brasil. Ministério da Saúde. Universidade Federal de Minas Gerais. Instrutivo : metodologia de trabalho em grupos para ações de alimentação e nutrição na atenção básica. / Ministério da Saúde, Universidade Federal de Minas Gerais. – Brasília : Ministério da Saúde, 2016. 168 p.

✓ Brasil. Ministério da Saúde. Universidade Federal de Minas Gerais. Na cozinha com as frutas, legumes e verduras / Ministério da Saúde, Universidade Federal de Minas Gerais. – Brasília: Ministério da Saúde, 2016. 116 p.: il.

- ✓ Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Promoção da Saúde. Manual de Atenção às Pessoas com Sobrepeso e Obesidade no âmbito da Atenção Primária à Saúde do Sistema Único de Saúde [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde, Departamento de Promoção da Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2021. xx p. : il.
- ✓ Relatório de recomendação – Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas – Outubro/2020 – nº 567 – Sobrepeso e Obesidade em Adultos.

ANEXO I

CARTÃO DE AGENDAMENTO



ANEXO II

PLANILHA DE ACOMPANHAMENTO

	Oficina 1	Oficina 2	Oficina 3	Oficina 4	Oficina 5	Oficina 6
DATA						
NOME						
Participante 1	PESO: ALTURA: PA: CIRC. ABD: GLICEMIA: IMC:	PESO: ALTURA: PA: CIRC. ABD: GLICEMIA: IMC:	PESO: ALTURA: PA: CIRC. ABD: GLICEMIA: IMC:	PESO: ALTURA: PA: CIRC. ABD: GLICEMIA: IMC:	PESO: ALTURA: PA: CIRC. ABD: GLICEMIA: IMC:	PESO: ALTURA: PA: CIRC. ABD: GLICEMIA: IMC:
Participante 2	PESO: ALTURA: PA: CIRC. ABD: GLICEMIA: IMC:	PESO: ALTURA: PA: CIRC. ABD: GLICEMIA: IMC:	PESO: ALTURA: PA: CIRC. ABD: GLICEMIA: IMC:	PESO: ALTURA: PA: CIRC. ABD: GLICEMIA: IMC:	PESO: ALTURA: PA: CIRC. ABD: GLICEMIA: IMC:	PESO: ALTURA: PA: CIRC. ABD: GLICEMIA: IMC:
Participante 3	PESO: ALTURA: PA: CIRC. ABD: GLICEMIA: IMC:	PESO: ALTURA: PA: CIRC. ABD: GLICEMIA: IMC:	PESO: ALTURA: PA: CIRC. ABD: GLICEMIA: IMC:	PESO: ALTURA: PA: CIRC. ABD: GLICEMIA: IMC:	PESO: ALTURA: PA: CIRC. ABD: GLICEMIA: IMC:	PESO: ALTURA: PA: CIRC. ABD: GLICEMIA: IMC:

	Manutenção 1	Manutenção 2	Manutenção 3	Manutenção 4	Manutenção 5	Manutenção 6
DATA						
NOME						
Participante 1	PESO: ALTURA: PA: CIRC. ABD: GLICEMIA: IMC:	PESO: ALTURA: PA: CIRC. ABD: GLICEMIA: IMC:	PESO: ALTURA: PA: CIRC. ABD: GLICEMIA: IMC:	PESO: ALTURA: PA: CIRC. ABD: GLICEMIA: IMC:	PESO: ALTURA: PA: CIRC. ABD: GLICEMIA: IMC:	PESO: ALTURA: PA: CIRC. ABD: GLICEMIA: IMC:
Participante 2	PESO: ALTURA: PA: CIRC. ABD: GLICEMIA: IMC:	PESO: ALTURA: PA: CIRC. ABD: GLICEMIA: IMC:	PESO: ALTURA: PA: CIRC. ABD: GLICEMIA: IMC:	PESO: ALTURA: PA: CIRC. ABD: GLICEMIA: IMC:	PESO: ALTURA: PA: CIRC. ABD: GLICEMIA: IMC:	PESO: ALTURA: PA: CIRC. ABD: GLICEMIA: IMC:
Participante 3	PESO: ALTURA: PA: CIRC. ABD: GLICEMIA: IMC:	PESO: ALTURA: PA: CIRC. ABD: GLICEMIA: IM	PESO: ALTURA: PA: CIRC. ABD: GLICEMIA: IMC:	PESO: ALTURA: PA: CIRC. ABD: GLICEMIA: IMC:	PESO: ALTURA: PA: CIRC. ABD: GLICEMIA: IMC:	PESO: ALTURA: PA: CIRC. ABD: GLICEMIA: IMC:

ANEXO III

QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO

I) INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO (Baseado no *Guia Alimentar - Brasil, 2014*)

Data da entrevista: ____/____/____

I) DADOS PESSOAIS E SOCIODEMOGRÁFICOS

I.1) Nome completo: _____

I.2) Telefone de contato: _____ I.3) Celular: _____

I.4) Sexo: (0) Feminino (1) Masculino

I.5) Idade: _____ anos completos

I.6) Qual Centro de Saúde (UBS) você frequenta (ou é cadastrado)?: _____

I.6.1) Qual é a sua Equipe de Saúde da Família?: _____

I.7) Até que série você estudou? _____ anos de estudo

II) HÁBITOS ALIMENTARES

Quais refeições você realiza diariamente?

Refeição	Não	Sim	Refeição	Não	Sim
Café da manhã	(0)	(1)	Lanche da tarde	(0)	(1)
Lanche da manhã	(0)	(1)	Jantar ou lanche da noite	(0)	(1)
Almoço	(0)	(1)	Lanche antes de dormir	(0)	(1)

II.1) Número de refeições/dia: _____

II.2) Você tem o hábito de "beliscar" (comer alimentos como biscoito, pão, entre as refeições - café da manhã, lanches e jantar) alimentos entre as refeições?

(0) Não (1) Sim

II.3) Quantos dias na semana você consome alimentos preparados em casa? _____ dias

II.4) Quando você realiza as refeições fora de casa, como faz:

(0) Não realiza refeições fora de casa.

(1) Leva marmita e/ou lanche.

(2) Utiliza refeitórios (escola e/ou trabalho) ou restaurantes populares.

(3) Utiliza restaurante de comida a quilo.



(4) Utiliza lanchonetes.

(5) Utiliza restaurantes de comida rápida (hambúrguer, pizza etc.).

II.5) Você realiza as refeições com atenção e devagar? (0) Não (1) Sim

II.6) Você realiza as refeições em ambiente tranquilo? (0) Não (1) Sim

Em quantos dias da semana você costuma comer?

II.7) Frutas	II.8) Verdura ou legume	II.9) Alimentos processados (conserva de legumes, compotas de frutas, queijos etc.)	II.10) Alimentos ultra-processados (biscoito recheado, salgadas, refrigerantes, sucos artificiais, temperos prontos, macarrão instantâneo, alimentos congelados prontos para consumo (pizza, lasanha etc.)
(0) 1-2 dias por semana. (1) 3-4 dias por semana. (2) 5-6 dias por semana. (3) Todos os dias (inclusive sábado e domingo). (4) Quase nunca (1-3 vezes/mês).	(0) 1-2 dias por semana. (1) 3-4 dias por semana. (2) 5-6 dias por semana. (3) Todos os dias (inclusive sábado e domingo). (4) Quase nunca (1-3 vezes/mês).	(0) 1-2 dias por semana. (1) 3-4 dias por semana. (2) 5-6 dias por semana. (3) Todos os dias (inclusive sábado e domingo). (4) Quase nunca (1-3 vezes/mês).	(0) 1-2 dias por semana. (1) 3-4 dias por semana. (2) 5-6 dias por semana. (3) Todos os dias (inclusive sábado e domingo). (4) Quase nunca (1-3 vezes/mês). (5) Nunca.

II.11) Quando você come frango, o que normalmente faz com a pele?

(0) Sempre retira a pele no prato. (2) Algumas vezes retira. (6) Não come frango.

(1) Na maioria das vezes, retira. (3) Quase nunca retira. (4) Nunca retira.

(5) Prepara sem a pele.

II.12) Quando você come carne vermelha, o que normalmente faz com a gordura visível?

(0) Sempre retira a pele no prato. (1) Na maioria das vezes, retira.

(2) Algumas vezes retira. (3) Quase nunca retira.

(4) Nunca retira. (5) Prepara sem a gordura.

(6) Não come carne vermelha.

II.13) Você possui o hábito de comprar alimentos que viu na televisão, em revistas, ou que ouviu falar na rádio ?

(0) Não (1) Sim



II.14) Você costuma planejar a compra de alimentos?

(0) Não (1) Sim

II.15) Você costuma adicionar sal na comida pronta, no seu prato?

(0) Não. (1) Não, adiciono somente quando a comida é preparada sem sal.

(2) Sim, sempre ou quase sempre. (3) Sim, de vez em quando.

II.16) Qual a quantidade de açúcar utilizada em um mês na sua casa? _____ kg

II.17) Que tipo de gordura é usada com maior frequência em sua casa para refogar, fritar ou assar os alimentos?

(0) Azeite de oliva *Quantidade mensal:* _____

(1) Óleo vegetal *Quantidade mensal:* _____

(2) Manteiga *Quantidade mensal:* _____

(3) Margarina, creme ou gordura vegetal *Quantidade mensal:* _____

(4) Banha ou gordura animal *Quantidade mensal:* _____

(5) Não usamos gordura para cozinhar

(7) Outros: _____ *Quantidade mensal:* _____

II.18) Número de pessoas na casa: _____

III) ANTROPOMETRIA

III.1) Peso: _____ kg

III.2) Altura: _____ metros

III.3) IMC: _____ kg/m²

III.4) Circunferência da cintura: _____ cm

III.5) Circunferência do quadril: _____ cm

III.6) RCQ: _____

IV) EXAMES BIOQUÍMICOS (anotar os exames disponíveis, se necessário: glicemia, colesterol total e frações, triglicérides)



ANEXO IV



DEZ PASSOS PARA UMA ALIMENTAÇÃO ADEQUADA E SAUDÁVEL

FAZER DE ALIMENTOS IN NATURA OU MINIMAMENTE PROCESSADOS A BASE DA ALIMENTAÇÃO



Em grande variedade e predominantemente de origem vegetal, alimentos in natura ou minimamente processados são a base ideal para uma alimentação nutricionalmente balanceada, saborosa, culturalmente apropriada e promotora de um sistema alimentar socialmente e ambientalmente sustentável. Variedade significa alimentos de todos os tipos – grãos, raízes, tubérculos, feijões, legumes, verduras, frutas, castanhas, leite, ovos e carnes – e variedade dentro de cada tipo – feijão, arroz, milho, batata, mandioca, tomate, abóbora, laranja, banana, frango, peixes etc.

UTILIZAR ÓLEOS, GORDURAS, SAL E AÇÚCAR EM PEQUENAS QUANTIDADES AO TEMPERAR E COZINHAR ALIMENTOS E CRIAR PREPARAÇÕES CULINÁRIAS



Utilizados com moderação em preparações culinárias com base em alimentos in natura ou minimamente processados, óleos, gorduras, sal e açúcar contribuem para diversificar e tornar mais saborosa a alimentação sem torná-la nutricionalmente desbalanceada.

LIMITAR O CONSUMO DE ALIMENTOS PROCESSADOS



Os ingredientes e métodos usados na fabricação de alimentos processados – como conservas de legumes, compota de frutas, pães e queijos – alteram de modo desfavorável a composição nutricional dos alimentos dos quais derivam. Em pequenas quantidades, podem ser consumidos como ingredientes de preparações culinárias ou parte de refeições baseadas em alimentos in natura ou minimamente processados.

EVITAR O CONSUMO DE ALIMENTOS ULTRAPROCESSADOS



Devido a seus ingredientes, alimentos ultraprocessados – como biscoitos recheados, “saquinhos de pacote”, refrigerantes e “macarrão instantâneo” – são nutricionalmente desbalanceados. Por conta de sua formulação e apresentação, tendem a ser consumidos em excesso e a substituir alimentos in natura ou minimamente processados. Suas formas de produção, distribuição, comercialização e consumo afetam de modo desfavorável a cultura, a vida social e o meio ambiente.

CÔMER COM REGULARIDADE E ATENÇÃO, EM AMBIENTES APROPRIADOS E, SEMPRE QUE POSSÍVEL, COM COMPANHIA



Procure fazer suas refeições em horários semelhantes todos os dias e evite “beliscar” nos intervalos entre as refeições. Come sempre desligado e desfrute o que está comendo, sem se envolver em outra atividade. Procure comer em locais limpos, confortáveis e tranquilos e onde não haja estímulos para o consumo de quantidades limitadas de alimento. Sempre que possível, coma em companhia, com familiares,

amigos ou colegas de trabalho ou escola. A companhia nas refeições favorece o comer com regularidade e atenção, combina com ambientes apropriados e amplia o desfrute da alimentação. Compartilhe também as atividades domésticas que antecedem ou sucedem o consumo das refeições.

FAZER COMPRAS EM LOCAIS QUE OFERTEM VARIEDADES DE ALIMENTOS IN NATURA OU MINIMAMENTE PROCESSADOS



Procure fazer compras de alimentos em mercados, feiras livres e feiras de produtores e outros locais que comercializam variedades de alimentos in natura ou minimamente processados. Prefira legumes, verduras e frutas da estação e cultivados localmente. Sempre que possível, adquira alimentos orgânicos e de base agroecológica, de preferência diretamente dos produtores.

DESENVOLVER, EXERCITAR E PARTILHAR HABILIDADES CULINÁRIAS



Se você tem habilidades culinárias, procure desenvolvê-las e partilhá-las, principalmente com crianças e jovens, sem distinção de gênero. Se você não tem habilidades culinárias – e isso vale para homens e mulheres –, procure adquiri-las. Para isso, converse com as pessoas que sabem cozinhar, peça receitas a familiares, amigos e colegas, leia livros, consulte a internet, eventualmente faça cursos e... comece a cozinhar!

PLANEJAR O USO DO TEMPO PARA DAR À ALIMENTAÇÃO O ESPAÇO QUE ELA MERECE



Planeje as compras de alimentos, organize a despensa doméstica e defina com antecedência o cardápio da semana. Divida com os membros de sua família a responsabilidade por todas as atividades domésticas relacionadas ao preparo de refeições. Faça da preparação de refeições e do ato de comer momentos privilegiados de convivência e prazer. Reavalie como você tem usado o seu tempo e identifique quais atividades poderiam ceder espaço para a alimentação.

DAR PREFERÊNCIA, QUANDO FORA DE CASA, A LOCAIS QUE SERVEM REFEIÇÕES FEITAS NA HORA



No dia a dia, procure locais que servem refeições feitas na hora e a preço justo. Restaurantes de “comida a quilo” podem ser boas opções, assim como refeitórios que servem “comida caseira” em escolas ou no local de trabalho. Evite redes de fast-food.

SER CRÍTICO QUANTO A INFORMAÇÕES, ORIENTAÇÕES E MENSAGENS SOBRE ALIMENTAÇÃO VEICULADAS EM PROPAGANDAS COMERCIAIS



Lembre-se de que a função essencial da publicidade é aumentar a venda de produtos, e não informar ou, menos ainda, educar as pessoas. Avalie com crítica o que você lê, vê e ouve sobre alimentação em propagandas comerciais e estimule outras pessoas, particularmente crianças e jovens, a fazerem o mesmo.

CONHEÇA A VERSÃO COMPLETA DO GUIA ALIMENTAR PARA A POPULAÇÃO BRASILEIRA:
http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_alimentar_populacao_brasileira_2ed.pdf

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/folder/dez_passos_alimentacao_adequada_saudavel_dobrado.pdf

ANEXO V

DINÂMICA DO PAPEL AMASSADO

Objetivo: suscitar a reflexão dos participantes sobre o aprendizado e a experiência vivenciada, o quanto foi válida e agregou conhecimentos.

Materiais: folha de rascunho; som e uma música tranquila e relaxante (sugere-se Como uma onda, de Lulu Santos e Nelson Motta).

Procedimento:

- Explicar aos participantes que será um momento para avaliar as atividades realizadas.

- Pedir que formem um círculo.
- Distribuir uma folha de rascunho para cada participante.
- Orientar para que amassem, o máximo que puderem, a folha de papel.
- Iniciar a música e, em seguida, solicitar que “voltem as suas folhas ao que eram antes”, ou seja, que desamassem.

- Neste momento, o facilitador estimula a reflexão: “por mais simples ou superficial que uma experiência possa parecer, sempre é possível aprender algo novo. Relatem o que vocês aprenderam, as dificuldades e as facilidades. Espero que todos nós tenhamos aprendido algo diferente e que a folha de papel de nossas vidas nunca mais seja a mesma de quando começamos este grupo. Que todos nós saíamos modificados por algum aprendizado”.

É importante incentivar os participantes para que façam comentários sobre sentimentos, dificuldades, facilidades e outros que julgarem importantes.



ANEXO VI

ALONGAMENTOS:
**FAZER 2 SÉRIES DE 20 SEGUNDOS CADA, ANTES
OU APÓS A ATIVIDADE FÍSICA.**

