

4

COLEÇÃO
Enfrentamento de doenças
crônicas não transmissíveis no
Sistema Único de Saúde:
**ESTRATÉGIAS PARA
PROFISSIONAIS DE SAÚDE**

**Abordagens transversais
e coletivas para o
cuidado da pessoa com
doença crônica não
transmissível**



RENOB-MG

Rede para Enfrentamento da Obesidade e
Doenças Crônicas em Minas Gerais

UNIVERSIDADE FEDERAL DE VIÇOSA
Instituto de Políticas Públicas e Desenvolvimento Sustentável
Av Peter Henry Rolfs, s/n – Campus Universitário
Viçosa – MG CEP: 36570-900
Site: <http://www.ippds.ufv.br/>
E-mail: renob@ufv.br

A coleção **Enfrentamento de doenças crônicas não transmissíveis no Sistema Único de Saúde: estratégias para profissionais de saúde** pode ser acessada, na íntegra, no site do RENOB-MG (www.renobmg.ufv.br) e do Instituto de Políticas Públicas e Desenvolvimento Sustentável (www.ippds.ufv.br).

ORGANIZAÇÃO

Helen Hermana Miranda Hermsdorff
Maíra Coelho Mendes

ELABORAÇÃO DE CONTEÚDO

Cíntia Pereira Donateli
Helen Hermana Miranda Hermsdorff
Luiza Carla Vidigal Castro
Luiza Delazari Borges
Maíra Mendes Coelho

PROJETO GRÁFICO E DIAGRAMAÇÃO

Editora Asa Pequena

FOTO DA CAPA

Rodrigo Carvalho

REVISÃO ORTOGRÁFICA E GRAMATICAL

Edir Barbosa

Ficha catalográfica elaborada pela Seção de Catalogação e Classificação da Biblioteca Central da Universidade Federal de Viçosa

A154
2022 Abordagens transversais e coletivas para o cuidado de pessoas com doença crônica não transmissível [recurso eletrônico] / organizadoras Helen Hermana Miranda Hermsdorff, Maíra Coelho Mendes ; Cíntia Pereira Donateli ... [et al.]. -- Viçosa, MG, 2022.
1 folheto eletrônico (46 p.). -- (Enfrentamento de doenças crônicas não transmissíveis no Sistema Único de Saúde : estratégias para profissionais de saúde ; 4)

Disponível em: <https://www.renobmg.ufv.br/repositoriocientifico>
ISBN 978-65-00-51955-6

1. Doenças crônicas – Tratamento. 2. Obesidade. 3. Terapias complementares. 4. Sistemas de recuperação da informação – Saúde pública. 5. Sistema Único de Saúde (Brasil). I. Hermsdorff, Helen Hermana Miranda, 1979-. II. Mendes, Maíra Coelho, 1995-. III. Donateli, Cíntia Pereira, 1994-. IV. Castro, Luiza Carla Vidigal, 1977-. V. Borges, Luiza Delazari, 1995-. VI. Universidade Federal de Viçosa. Instituto de Políticas Públicas e Desenvolvimento Sustentável. VII. Série.

CDD 22. ed. 616.044

Bibliotecário responsável: Euzébio Luiz Pinto – CRB 6/3317



Este trabalho é disponibilizado nos termos da Licença Creative Commons Atribuição-NãoComercial-SemDerivações 4.0 Internacional (CC BY-NC-ND 4.0). É permitido o download e o compartilhamento, desde que citada a fonte; não é permitida nenhuma alteração ou utilização para fins comerciais.

AGRADECIMENTOS

A Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, pelo apoio à formação de Gestores e Profissionais de saúde para o cuidado de indivíduos com doenças crônicas não transmissíveis no âmbito da Atenção Primária, possibilitando o aprimoramento do cuidado.

Aos Gestores e Profissionais que participam dos cursos Salus para sua qualificação, visando à melhoria da qualidade da atenção ofertada nos respectivos municípios.

Esta coleção foi produzida com o apoio da Coordenação Geral de Alimentação e Nutrição do Ministério da Saúde, do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq/MS/SAS/DAB/CGAN nº 421098/2018-0 e CNPq/MS/SAPS/DEPROS nº 442317/2020-4) e da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES – Ministério da Educação, Código 001).

PREFÁCIO

O Brasil, nas últimas décadas, tem vivenciado um avanço muito rápido no número de pessoas com excesso de peso ou obesidade, além de outras doenças crônicas, como dislipidemias, diabetes, hipertensão e doenças cardiovasculares. A Atenção Primária à Saúde (APS) é um espaço fundamental para a prevenção e o cuidado integral de pessoas nessa condição de saúde.

Desse modo, quando ampliamos a capacidade de gestão dos estados e dos municípios, bem como a organização no processo de trabalho, os resultados relativos ao manejo dessas doenças no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) são mais efetivos.

Nesse contexto, o Projeto **Rede para enfrentamento da obesidade e doenças crônicas em Minas Gerais (RENOB-MG)** tem como objetivo propiciar a construção de uma rede organizada e qualificada para a atenção à saúde, bem como a excelência em gestão para o gerenciamento dessas condições no estado mineiro a partir de ações de diagnóstico, formação, gestão, avaliação e monitoramento, incluindo atividades de pesquisa, ensino e extensão.

Para tanto, nossa equipe elaborou duas coleções de livros digitais – “Enfrentamento de Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Sistema Único de Saúde: estratégias para gestores de saúde” e “Enfrentamento de Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Sistema Único de Saúde: estratégias para profissionais de saúde”. O objetivo desses livros é capacitar, consolidar e enriquecer o trabalho desenvolvido pelos profissionais de saúde e gestores da APS no cuidado da obesidade e no cuidado integral da pessoa que vive com essa e outras doenças crônicas, como diabetes e hipertensão arterial sistêmica.

Desejo que o conteúdo apresentado nesta coleção voltada para profissionais da saúde permita a eles o aprimoramento de seus conhecimentos e habilidades que os auxiliarão no manejo da obesidade e de doenças crônicas, de maneira mais humanizada e resolutiva.

Boa leitura!

Helen Hermana Miranda Hermsdorff
Coordenadora do RENOB-MG

APRESENTAÇÃO

Boas-vindas aos leitores do nosso livro digital sobre **Abordagens transversais e coletivas para o cuidado da pessoa com doença crônica não transmissível**, que faz parte da coleção “Enfrentamento de Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Sistema Único de Saúde: estratégias para profissionais de saúde”.

A abordagem em grupo nesta obra digital sobre o tratamento das doenças crônicas pelo SUS permite o compartilhamento de experiências com uma escuta ativa das necessidades dos indivíduos. Dessa forma, os profissionais e participantes buscam soluções em conjunto, visando transformar o conhecimento em atitude. Portanto, os grupos constituem espaços estratégicos para auxiliarem no controle das doenças crônicas, sendo fundamental que os profissionais compreendam a sua importância e incentivem a sua implementação.

Este livro digital aborda, ainda, as Práticas Integrativas e Complementares, que são recursos terapêuticos que buscam a redução do risco de doenças e a recuperação da saúde, a partir do foco em uma escuta acolhedora, no desenvolvimento do vínculo terapêutico e na integração do ser humano com o meio ambiente e a sociedade.

Por fim, as tecnologias de informação e comunicação aplicadas à área da saúde, suas modalidades e possibilidades de utilização para o manejo das doenças crônicas são abordadas nesta obra. A utilização de ferramentas tecnológicas tem por objetivo facilitar a comunicação e o alcance de um alvo em comum.

Diferentes ações devem ser trabalhadas na busca da melhora da saúde da população. E o Projeto RENOB-MG visa contribuir para isso, através de profissionais atualizados, com competências transversais para a prática do trabalho.

Esperamos que este livro digital auxilie na qualificação desses profissionais.

Boa leitura!

Os autores

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1. ABORDAGEM COLETIVA PARA ENFRENTAMENTO DAS DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS (DCNT)

1.1. Planejamento dos grupos	12
1.2. Classificação dos grupos	15
1.3. Condução dos encontros	18
1.4. Metodologias e técnicas para trabalhar nos grupos	19
1.5. Coordenação dos grupos	23
1.6. Monitoramento/acompanhamento longitudinal e avaliação dos grupos	23
1.7. Desafios na participação dos grupos	25
1.8. Desafios perante a pandemia da COVID-19	26
Referências	27

CAPÍTULO 2. PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES EM SAÚDE NO CONTEXTO DAS DCNT

2.1. Implementando as PICS no SUS	33
Referências	35

CAPÍTULO 3. TECNOLOGIAS DE INFORMAÇÃO E COMUNICAÇÃO APLICADAS NA ÁREA DA SAÚDE E NA ABORDAGEM DAS DNCT

Referências	45
-------------------	----

Lista de figuras

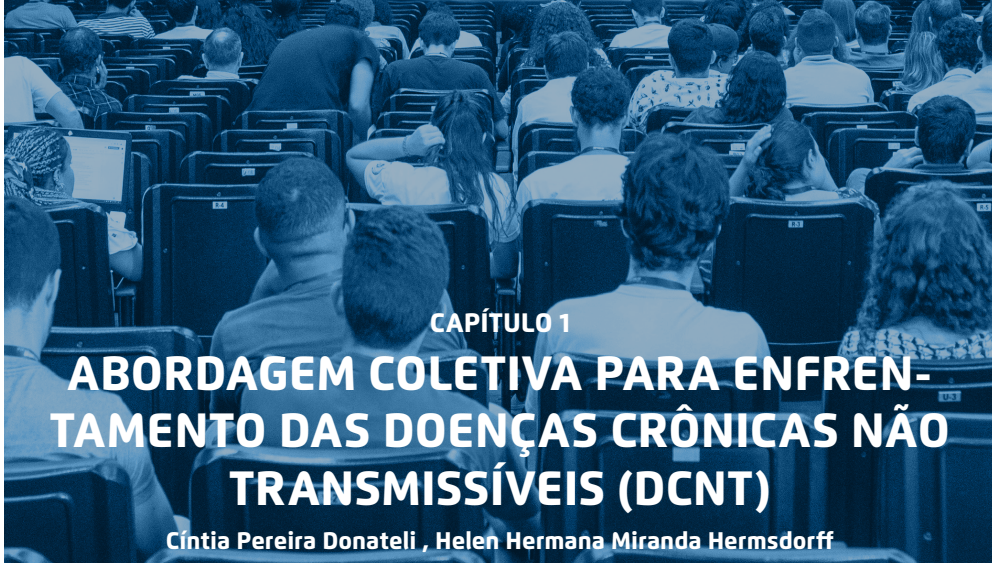
Figura 1: Estágios de mudança de comportamento do modelo transteórico.	13
Figura 2: Passo a passo para o planejamento de grupos.	14
Figura 3: Classificação de grupos, segundo o manejo clínico.	15
Figura 4: Grupos Terapêuticos (GT) na construção de conhecimentos, habilidades e competências.	17
Figura 5: Metodologias e técnicas para atividades em grupo.	19
Figura 6: Critérios básicos para avaliação das atividades em grupo.	24
Figura 7: Dificuldade de participação nos processos terapêuticos.	25
Figura 8: Marcos importantes para a regulamentação das PICS no Brasil.	30
Figura 9: Utilização do Prontuário Eletrônico do Cidadão no contexto das DCNT.	40
Figura 10: Utilização dos aplicativos móveis no contexto das DCNT.	42
Figura 11: Cursos voltados para o cuidado das pessoas com DCNT.	45

Lista de quadros

Quadro 1: Propostas de atividades coletivas de acordo com a metodologia e, ou, técnica.	20
Quadro 2: Exemplos de atividades em grupo não presenciais.	27
Quadro 3: Ampliação das PICS na PNPIC.	31
Quadro 4: Benefícios das PICS relacionados ao manejo das DCNT.	32
Quadro 5: Fases para implementação e desenvolvimento das PICS no SUS.	34
Quadro 6: Prioridades do Plano de Ação para a Estratégia de Saúde Digital para o Brasil.	38
Quadro 7: Ações de suporte à melhoria da atenção à saúde nas DCNT.	41
Quadro 8: Ações para o envolvimento de cidadãos e profissionais de saúde no contexto das DCNT.	43

Lista de siglas e abreviaturas

ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
APS	Atenção Primária à Saúde
CDS	Coleta de Dados Simplificada
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CFN	Conselho Federal de Nutricionistas
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
EAN	Educação Alimentar e Nutricional
ESF	Estratégia Saúde da Família
IMC	Índice de Massa Corporal
MTC	Medicina Tradicional Chinesa
MTCI	Medicinas Tradicionais, Complementares e Integrativas
OMS	Organização Mundial de Saúde
RAS	Rede de Atenção à Saúde
SISAB	Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica
SUS	Sistema Único de Saúde
PICS	Práticas Integrativas e Complementares em Saúde
PNS	Plano Nacional de Saúde
PNPIC	Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares
TICS	Tecnologias de Informação e Comunicação
PEC	Prontuários Eletrônicos do Cidadão
UBS	Unidade Básica de Saúde



CAPÍTULO 1

ABORDAGEM COLETIVA PARA ENFRENTAMENTO DAS DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS (DCNT)

Cíntia Pereira Donateli , Helen Hermana Miranda Hermsdorff

As Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), incluindo a obesidade, representam um grande desafio para o Sistema Único de Saúde (SUS) devido à complexidade de manejo (BRASIL, 2021a).

A Atenção Primária à Saúde (APS) é um ponto estratégico na Rede de Atenção à Saúde (RAS) para o manejo dessas condições, por incluir ações de promoção, redução de riscos e coordenação do cuidado. Uma das estratégias utilizadas pela APS é a inclusão da abordagem em grupos no enfrentamento das DCNT e nos fatores de risco modificáveis (BRASIL, 2021a).



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 (BRASIL, 2014a, p. 138; HERMSDORFF et al., 2021a, p. 59).

Nesse sentido, a abordagem coletiva, ou abordagem em grupos, é reconhecida como uma prática de educação em saúde, pois visa transformar o conhecimento em atitude, a partir das necessidades e realidades dos participantes, fazendo-se uma mediação dos processos de mudança. Esse espaço permite o compartilhamento de experiências e, por meio da comunicação e participação ativa, proporciona um processo de aprendizagem crescente (VINCHA et al., 2017; HERMSDORFF et al., 2021a).

1.1. Planejamento dos grupos

Este planejamento deve ser alinhado às ações desenvolvidas pela equipe interdisciplinar de saúde e atentar para o objetivo de atenção integral com impacto na saúde e no desenvolvimento da autonomia dos participantes (BRASIL, 2013; HERMSDORFF et al., 2021a). Além disso, no planejamento das atividades devem ser consideradas as demandas da população e a disponibilidade da equipe, que precisa destinar uma carga horária específica para as atividades em grupos e para as reuniões de planejamento que antecedem os encontros (BRASIL, 2021b).

Do ponto de vista dos participantes, é interessante buscar alguma homogeneidade na composição do grupo, no que diz respeito à condição de saúde, ao estágio de mudança de comportamento e à territorialização. Por isso, a Estratégia da Saúde da Família (ESF) é o ponto-chave para a atenção integral à pessoa com obesidade e outras condições crônicas (BRASIL, 2014b; HERMSDORFF et al., 2021a; BRASIL, 2021b).

Para que a equipe atinja os objetivos esperados a cada encontro, o planejamento detalhado é fundamental. Assim, é preciso incluir na agenda da equipe reuniões de planejamento, monitoramento e avaliação. São nessas reuniões da equipe que muitas decisões importantes para o andamento dos encontros serão decididas, como:

- definir os objetivos da atividade pretendida, de acordo com a demanda;
- determinar a metodologia que será utilizada, adequada ao propósito da atividade e ao tipo de grupo;
- definir os responsáveis pela coordenação dos grupos e o papel dos demais membros da equipe de saúde; e
- providenciar, com antecedência, os recursos materiais necessários para o desenvolvimento das atividades planejadas.



FIQUE LIGADO!

Sugere-se que os encontros tenham no máximo 20 participantes.

Por isso, todo planejamento deve ser condizente com o número de participantes, tendo disponíveis recursos materiais suficientes e infraestrutura adequada para atender a todos (BRASIL, 2021b).

Tanto o Caderno de Atenção Básica nº 38 – Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: obesidade (BRASIL, 2014b) – quanto o Instrutivo de abordagem

coletiva para manejo da obesidade no SUS (BRASIL, 2021b) lançado recentemente sugerem a avaliação dos estágios de mudança do modelo transteórico como critério para a organização dos grupos. Além disso, o Instrutivo (BRASIL, 2021b) inclui o grau de autoeficácia para a estratificação dos grupos. São cinco estágios do modelo transteórico: pré-contemplação, contemplação, decisão, ação e manutenção (Figura 1). Em cada um desses estágios, o indivíduo está mais ou menos motivado para a mudança de comportamento. Já a autoeficácia está relacionada à própria percepção do indivíduo, na sua confiança, de mudar e manter esse novo comportamento.

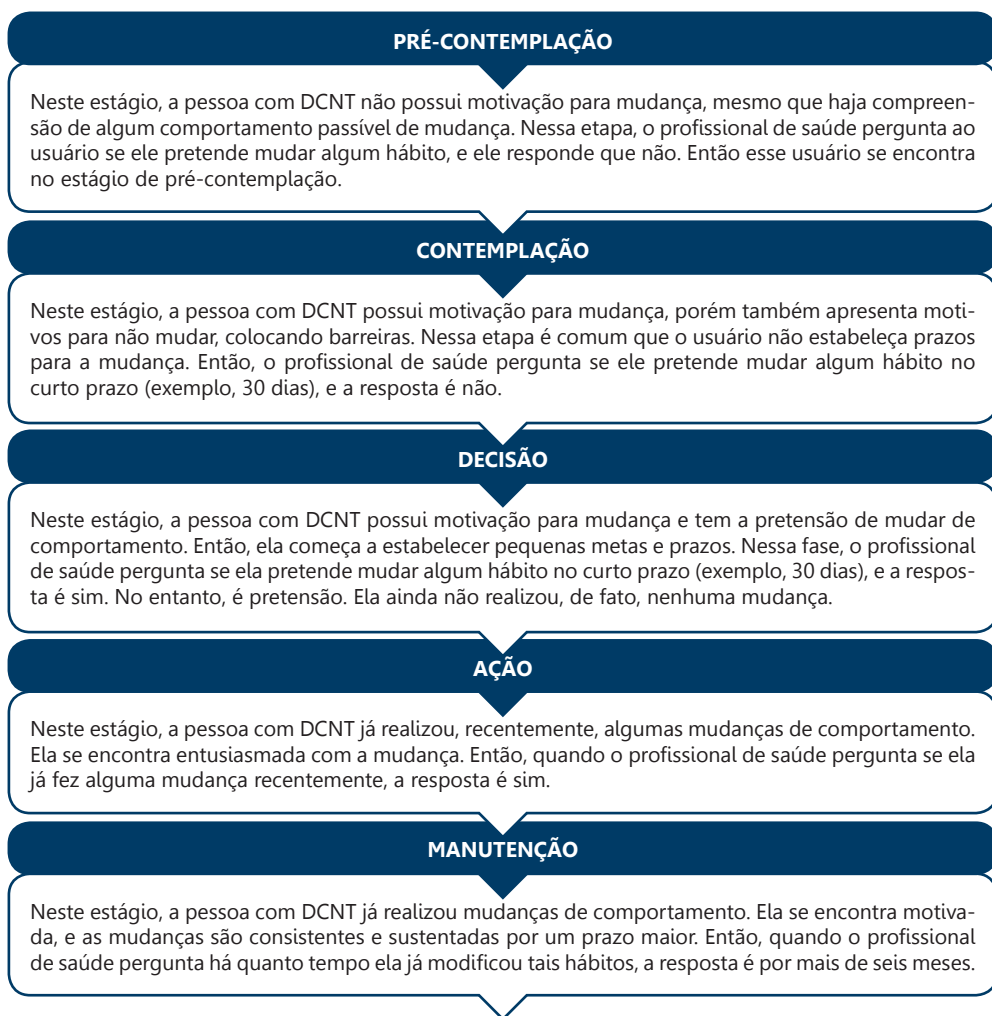


Figura 1: Estágios de mudança de comportamento do modelo transteórico.

Fonte: Adaptado de Brasil, 2021b; Hermsdorff et al., 2021b.

**SAIBA MAIS!**

As ferramentas de estratificação dos grupos estão disponíveis no APÊNDICE A (verso) do **Instrutivo de Abordagem Coletiva para manejo da obesidade no SUS**. Acesse aqui.



A **Figura 2** mostra o passo a passo para um adequado planejamento para aplicação da abordagem em grupos.

1

Elaborar com a equipe (em reunião específica e ciência de todos) um projeto simples, objetivo e de acordo com as demandas da população adscrita;

2

Propor o público a quem se destina a atividade proposta e os grupos que serão criados de acordo com a demanda, assim como a periodicidade dos encontros;

3

Prever um horário oportuno para a participação dos público-alvo, assim como local adequado para realizar os encontros;

4

Estipular estratégias de divulgação dos encontros;

5

Estabelecer as formas de registro, monitoramento e avaliação das atividades do grupo.

Figura 2: Passo a passo para o planejamento de grupos.

Fonte: Adaptado de Brasil, 2021b.

**SAIBA MAIS!**

Acesse aqui o **Quadro 5.1: Etapas e atividades do planejamento de ações coletivas voltadas para o cuidado da pessoa com obesidade** do instrutivo (BRASIL, 2021b).



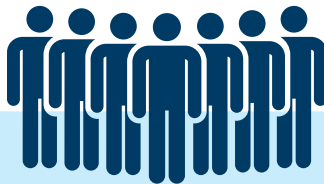
1.2. Classificação dos grupos

Há várias maneiras de classificar os grupos. O Caderno de Atenção Básica nº 35 – Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica do Ministério da Saúde (BRASIL, 2014a) – está dividido em três modelos básicos: grupos de sala de espera, grupos fechados e grupos abertos.

Os grupos de sala de espera são realizados no momento que o usuário aguarda o atendimento na sala de espera da Unidade Básica de Saúde (UBS); logo, esse grupo é formado espontaneamente, e, como consequência, a intervenção acontece em apenas um encontro. Por isso, a atividade deve ser planejada para ocorrer em um curto período de tempo (o tempo de espera) (BRASIL, 2014a).

Os grupos fechados possuem delimitação dos participantes (têm os mesmos participantes ao longo do tempo) e também delimitação do tempo de duração do grupo (cronograma com prazo de início e término do grupo). As características do grupo fechado oferecem vantagens, como formação de vínculo e construção da confiança. Esse modelo de grupo, atualmente, é o mais utilizado para o enfrentamento das DCNT. Já o grupo aberto permite a entrada e saída do participante sem que isso prejudique o andamento do grupo. Assim, os grupos abertos possuem variabilidade dos participantes e do tempo de duração do grupo (BRASIL, 2014a).

Recentemente, o Ministério da Saúde, em parceria com a Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), lançou o Instrutivo de abordagem coletiva para manejo da obesidade no SUS (BRASIL, 2021b). Esse material aborda outros dois tipos de grupo (Figura 3).



Grupos motivacionais

- Incluir usuários que se encontram nos estágios iniciais de mudança de comportamento.
- Deve-se estimular as pessoas para a mudança e autocuidado.

Grupos terapêuticos

- Incluir usuários com mesmo diagnóstico para manejo das DCNT.
- Deve-se estabelecer metas terapêuticas específicas.

Figura 3: Classificação de grupos, segundo o manejo clínico.

Fonte: Adaptado de Brasil, 2021b.

Os grupos motivacionais possuem foco na mudança comportamental. Esses grupos têm como objetivo discutir os aspectos do cotidiano que interferem na mudança de comportamento das pessoas, de forma que os participantes compreendam o impacto sobre a saúde e se comprometam com o cuidado (BRASIL, 2021b). Essas reflexões em grupo são importantes para estimular a mudança de comportamento, porém a equipe pode encontrar resistência por parte dos participantes e, conseqüentemente, resultar em faltas nos encontros.

Por isso, os grupos motivacionais são indicados para pessoas que estejam nos estágios iniciais de mudança de comportamento (pré-contemplação e contemplação) e, ou, com baixa autoeficácia. Assim, a equipe deve acolher esses usuários, ouvi-los atentamente e apoiá-los para a mudança de comportamento. Dessa maneira, espera-se estreitar o vínculo entre o usuário e a equipe (BRASIL, 2021b).

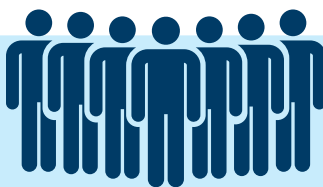


FIQUE LIGADO!

Sugerem-se poucos encontros (três encontros presenciais, espaçados e intercalados por dois não presenciais). O intervalo entre as atividades presenciais pode ser de 30 dias para que os participantes reflitam sobre os temas dos encontros. E, 15 dias após a atividade presencial, aconselha-se realizar uma atividade não presencial, para que o grupo continue motivado. No último encontro, a equipe reavalia os participantes e, dependendo do estágio de mudança e do grau de autoeficácia, pode haver o encaminhamento para os grupos terapêuticos (BRASIL, 2021b).

Os grupos terapêuticos são estratégicos para a manutenção do desejo de mudança. Nesses encontros, são estimulados o autocuidado, o autoconhecimento e a autonomia do usuário. O grupo, então, compartilha suas experiências e constrói estratégias de motivação e de enfrentamento e manejo das DCNT (BRASIL, 2021b). Os grupos terapêuticos são divididos em três categorias, conforme a evolução do usuário até a construção de conhecimentos, habilidades e competências (**Figura 4**).

É importante ressaltar que não há um tipo melhor que o outro, e a escolha do tipo de grupo deve ser pensada, *a priori*, quanto à sua finalidade, que vai depender da demanda e dos objetivos; e quanto à estrutura, que vai depender da dinâmica dos participantes e do tempo disponível para realizar as atividades propostas (BRASIL, 2013). Além disso, as atividades em grupo não excluem o atendimento individual, pois ambos fazem parte do cuidado integral longitudinal da pessoa com DCNT (BRASIL, 2021b).



GT1	GT2	GT3
Introdução aos conceitos, habilidades e competências relacionados ao impacto dos fatores de risco para as DCNT e estratégias de enfrentamento e manejo.	Desenvolvimento de habilidades e competências relacionadas ao impacto dos fatores de risco para as DCNT e estratégias de enfrentamento e manejo.	Construção de conhecimentos, habilidades e competências para ampliar a confiança dos participantes e instrumentalizá-los a manter as metas e objetivos já alcançados.
Estabelecer metas específicas, mensuráveis, alcançáveis, realistas e em tempo oportuno.	Estabelecer metas específicas, mensuráveis, alcançáveis, realistas e em tempo oportuno.	Estabelecer metas específicas, mensuráveis, alcançáveis, realistas e em tempo oportuno.
Duração: 6 meses (1º mês semanal e 2º ao 6º mês quinzenal)	Duração: 12 meses (1º e 2º meses, semanal; 3º ao 9º mês, quinzenal; 10º ao 12º mês, mensais)	Duração: 6 meses (1º e 2º meses, quinzenal; 3º e 4º meses, mensal; 5º e 6º meses, bimestral)
Nº de atividades presenciais de ~ 60 min/cada: 14	Nº de atividades presenciais de ~ 60 min/cada: 25	Nº de atividades presenciais de ~ 60 min/cada: 8
Nº de atividades não presenciais: 7	Nº de atividades não presenciais: 11	Nº de atividades não presenciais: 4
Nº de avaliações: 2 (no segundo e no último encontro)	Nº de avaliações: 3 (no início, no meio e no último encontro)	Nº de avaliações: 2 (no primeiro e no último encontro)

Figura 4: Grupos Terapêuticos (GT) na construção de conhecimentos, habilidades e competências.

Fonte: Adaptado de BRASIL, 2021b.

1.3. Condução dos encontros

A condução dos encontros segue uma estrutura básica que pode ser dividida, didaticamente, em três fases: apresentação, desenvolvimento e encerramento.

Na apresentação ocorre o primeiro contato com os participantes do grupo e se inicia o vínculo. Nesse primeiro contato é interessante utilizar técnicas de apresentação e de descontração, também conhecidas como quebra-gelo. É também nesse momento que você deve apresentar o objetivo e a metodologia da atividade propostos para os participantes.

Nesse primeiro momento, também é interessante que seja feita a escolha do nome do grupo pelos próprios participantes. Assim, evitam-se constrangimentos e sentimento de não pertencimento ao grupo. Então, logo no começo do primeiro encontro esse tema já pode ser abordado, assim como já pode sugerir uma tempestade de ideias de possíveis nomes para o grupo. Isso vai ajudar a quebrar o gelo, porém deve ficar atento ao tempo e considerá-lo no planejamento do encontro (BRASIL, 2021c).

O momento seguinte trata do desenvolvimento em si. É a fase em que o planejamento da atividade será executado (HERMSDORFF et al., 2021a), e esse momento pode ser dividido em três etapas:

- **Aquecimento:** Nesta fase o tema do encontro é introduzido no grupo.
- **Aprofundamento:** O tema do encontro é explorado pelo grupo, com participação ativa e envolvimento dos participantes.
- **Processamento:** Momento de *feedback* sobre o tema que foi abordado.

O último momento é o encerramento, quando são feitas as discussões finais para isso. É interessante utilizar técnicas de fechamento, buscando sintetizar as discussões. No final faça uma avaliação com o grupo do encontro sobre as atividades que foram realizadas (HERMSDORFF et al., 2021a).

Essa condução do encontro também precisa seguir um planejamento para não deixar pendências para os eventos posteriores. No entanto, sabemos que o planejamento pode sofrer alterações por diversos motivos; assim, é importante sempre ficar atento às demandas apontadas pelos participantes do grupo e, se for preciso, adaptar o encontro e replanejá-lo (BRASIL, 2014c).



FIQUE LIGADO!

Quando iniciar um encontro, busque pactuar regras com os participantes, as quais o auxiliarão na organização do encontro. Assim, firme contratos de convivência com os participantes para que sejam respeitados os pontos que foram pactuados. Outro ponto importante é o sigilo, que também deve ser pactuado desde o primeiro momento com o grupo e reforçado em todos os encontros (BRASIL, 2021b).

1.4. Metodologias e técnicas para trabalhar nos grupos

Para definir a metodologia e as técnicas educativas que serão utilizadas (Figura 5), a equipe deve considerar o tipo de grupo, o público-alvo e o objetivo da atividade proposta. Vale ressaltar que não há um método melhor que o outro, devendo ser considerados a pertinência, a aprendizagem esperada, a participação ativa, o direito ao erro, a retroinformação e o progresso gradual (BRASIL, 2014a; HERMSDORFF et al., 2021a).



Figura 5: Metodologias e técnicas para atividades em grupo.

Fonte: Adaptado de BRASIL, 2014a.

Lembre-se de que os temas e as atividades propostas no grupo devem ser abordados de forma criativa e dinâmica, com envolvimento e aproximação para o enfrentamento das DCNT, compreendidas de forma ampla e não apenas como ausência de doença (BRASIL, 2014a).

Todas as metodologias e técnicas apresentadas podem ser trabalhadas em qualquer tipo de grupo, desde que adaptadas ao objetivo (**Quadro 1**). Na prática, elas também podem se misturar, e você não precisa escolher apenas uma metodologia/técnica para utilizar por encontro. Por exemplo, em um único encontro você pode iniciar as reflexões com uma exposição dialogada, depois realizar um trabalho prático/manual com colagens e finalizar com uma música.



SAIBA MAIS!

O roteiro de atividades educativas para abordagem coletiva pode ser acessado no **Instrutivo para manejo da obesidade no Sistema Único de Saúde: caderno de atividades educativas** (BRASIL, 2021d). Lembre-se de que esse material possui foco no manejo da obesidade, porém você pode usar da criatividade e se inspirar para também montar atividades para as outras doenças crônicas.



Quadro 1: Propostas de atividades coletivas de acordo com a metodologia e, ou, técnica

METODOLOGIA/ TÉCNICA	EXEMPLO
Exposição dialogada	<ol style="list-style-type: none"> 1. Exposição dialogada sobre os estágios de mudança de comportamento do modelo transteórico e suas características. 2. Exposição dialogada sobre os níveis de processamento dos alimentos com exibição de imagens diversas com as categorias de processamento de alimentos.
Trabalhos práticos ou manuais	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mural com recortes e montagens feitas pelos usuários sobre sua própria aparência a partir das perguntas “como sou?” e “como gostaria de ser?” Discutir os padrões de beleza estabelecidos e impostos pela sociedade. 2. Constituição de um “cartão postal” para algum colega no grupo contendo uma estratégia para superar o obstáculo, a dificuldade que ele está encontrando no manejo das DCNT.
Oficinas	<ol style="list-style-type: none"> 1. Oficinas culinárias com degustação, de acordo com a disponibilidade e recursos locais, com discussão de como eles poderiam reduzir as quantidades de açúcar, óleo/gordura e sal das preparações culinárias. Você ainda pode estimular também a troca de receitas saudáveis entre os membros do grupo. 2. Oficina educativa sobre a importância do planejamento. A importância de planejar a alimentação e planejar a prática de atividade física.
Atividades esportivas e de lazer	<ol style="list-style-type: none"> 1. Caminhadas orientadas por um profissional de educação física. 2. Visitas a locais de compras de alimentos, como supermercados e feiras.

continua...

...continuação

METODOLOGIA/ TÉCNICA	EXEMPLO
Dramatização	<ol style="list-style-type: none"> 1. Simulação do mecanismo de esvaziamento gástrico com bexiga/balão para demonstrar os sentidos envolvidos na fome e na saciedade. 2. Simulação de programas de televisão ou teatro que abordem questões polêmicas com debates interativos, como obesidade x magreza; beleza/estética x saúde e nutrição.
Música	<ol style="list-style-type: none"> 1. Reflexão sobre comportamento alimentar baseada na música do Titãs, “Comida”. A discussão pode ser mediada pelos seguintes trechos: “Você tem fome de quê?” “A gente não quer só comida”, com uma visão ampliada sobre os aspectos emocionais, fisiológicos e sociais da alimentação. 2. Reflexão sobre as comidas típicas das regiões do país. Buscar músicas como “Você já foi à Bahia?”, de Dorival Caymmi, que fala sobre alimentos típicos da Bahia, por exemplo. Você pode usar o Guia Alimentar para apoiar as discussões sobre a diversidade das realidades regionais brasileiras.
Podcast	<ol style="list-style-type: none"> 1. O podcast “Saúde Brasil”, do Ministério da Saúde tem vários temas interessantes para trabalhar nos grupos: <ol style="list-style-type: none"> a) A importância do sono para a saúde; b) Como tomar mais água; c) Fumo alternativo; d) Alimentação saudável também é autocuidado; e) Como dosar as quantidades corretas de óleos, gorduras, sal e açúcar?; f) Autocuidado e sua importância para o controle da diabetes mellitus; g) Você conhece os estigmas da obesidade?; h) Desmotivado? Conheça algumas estratégias de motivação para praticar atividade física; e i) Você sabe como controlar a pressão arterial? E muito mais!
Jogos	<ol style="list-style-type: none"> 1. Jogo do concordo, discordo e tenho dúvidas sobre estratégias que conheçam para redução/manutenção do peso; para manejo da diabetes e da hipertensão. 2. Bingo com questões sobre mitos e verdades da alimentação.

Fonte: Adaptado de Hermsdorff et al., 2021a; BRASIL, 2021d.



SAIBA MAIS!

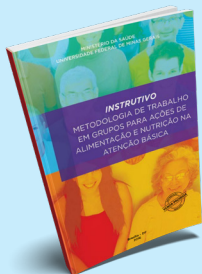
Acesse aqui o **Caderno de atividades educativas** do Instrutivo para manejo da obesidade no Sistema Único de Saúde.





SAIBA MAIS!

Além do Caderno de atividades educativas do Instrutivo para manejo da obesidade no Sistema Único de Saúde que citamos anteriormente, o Ministério da Saúde tem produzido vários materiais que podem ajudar você no planejamento dos grupos. São eles:



Instrutivo: metodologia de trabalho em grupos para ações de alimentação e nutrição na atenção básica.



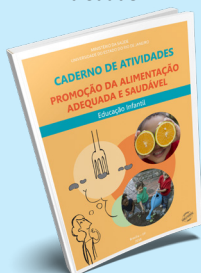
Manual instrutivo: implementando o guia alimentar para a população brasileira em equipes que atuam na Atenção Primária à Saúde.



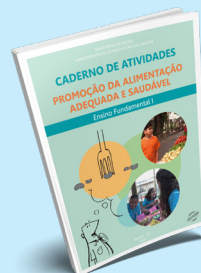
Instrutivo de Abordagem Coletiva para manejo da obesidade no SUS.



Instrutivo para manejo da obesidade no Sistema Único de Saúde: caderno de atividades educativas.



Caderno de Atividades: Promoção da Alimentação Adequada e Saudável – Educação Infantil.



Caderno de Atividades: Promoção da Alimentação Adequada e Saudável – Ensino Fundamental I.



Na cozinha com as frutas, legumes e verduras.



Desmistificando dúvidas sobre alimentação e nutrição – Material de apoio para profissionais de saúde.



Alimentos regionais brasileiros.

Nesses materiais você encontrará sugestões de atividades e metodologias para aplicar nos encontros em grupos para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT).

1.5. Coordenação dos grupos

Sugere-se que a coordenação do grupo seja multiprofissional, sendo enfermeiros e nutricionistas fundamentais, e trabalhe em equipe, para que qualquer motivo de ausência de um membro da coordenação não prejudique o andamento do grupo (BRASIL, 2014a; HERMSDORFF et al., 2021a).

Além disso, o trabalho em equipe não sobrecarrega ninguém e os papéis, principalmente o de facilitador do grupo, podem ser rotativos entre os membros da coordenação. Assim, as tarefas são compartilhadas entre todos, os papéis se alternam e as habilidades se somam (BRASIL, 2021b). Os coordenadores também devem se atentar às necessidades do grupo e às dúvidas e informações equivocadas que possam surgir, para desmistificar os mitos; encorajar a participação de todos, a criatividade; e promover o respeito mútuo, a escuta atenta e o sigilo das informações compartilhadas, abordando a confidencialidade do grupo (BRASIL, 2014a; HERMSDORFF et al., 2021a).

1.6. Monitoramento/acompanhamento longitudinal e avaliação dos grupos

Recomenda-se que a avaliação do grupo seja constante. O acompanhamento longitudinal favorece para que o objetivo seja alcançado. No item 1.1 deste capítulo há uma sugestão de quantas avaliações cada grupo deve ter e em quais momentos realizá-las; porém, quais instrumentos devem ser utilizados nessas avaliações?



PARA REFLETIR!

Pense nos instrumentos de avaliação que você já utiliza na sua rotina. Eles precisam de adaptação ou estão adequados? Você consegue, de fato, avaliar utilizando-os?

A depender da realidade local, a equipe pode utilizar instrumentos quantitativos (por exemplo, questionários) ou qualitativos (por exemplo, perguntas abertas sobre a percepção), bem como usar ambos, por se complementarem (BRASIL, 2021b). Para ter êxito no processo de avaliação, busque manter regularidade nas avaliações e entregar os *feedbacks* (os resultados das avaliações), seja para a equipe, seja para os participantes (BRASIL, 2021e).

**FIQUE LIGADO!**

O sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB) integra a estratégia e-SUS Atenção Primária (e-SUS APS) para reestruturar as informações da Atenção Primária em nível nacional. Nesse sistema da APS consta a Ficha de Atividade Coletiva do e-SUS APS. Assim, o profissional da APS deve utilizar essa ficha para registro de ações estruturantes para a organização dos processos de trabalho da equipe de saúde, como reuniões de equipe e ações de saúde voltadas para a população, como atividades de educação em saúde, atendimentos e avaliações em grupo e mobilizações sociais (BRASIL, 2018).

A **Figura 6** ilustra alguns pontos a serem avaliados (HERMSDORFF et al., 2021a), porém é recomendado que a avaliação contemple, pelo menos, as três etapas apresentadas nessa figura.

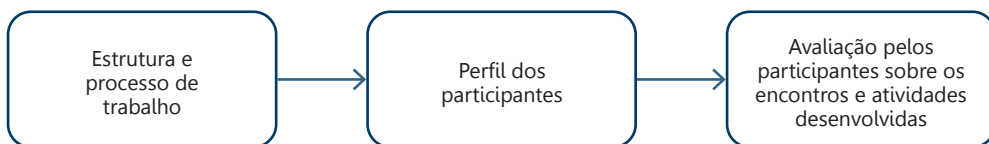


Figura 6: Critérios básicos para avaliação das atividades em grupo.

Fonte: Adaptado de BRASIL, 2021b.

- Motivação dos participantes, assim como as razões das desistências;
- Presença nos encontros;
- Formas de interação e participação;
- Temas abordados;
- Metodologias desenvolvidas;
- Adequação do ambiente;
- Integração da equipe de coordenação;
- Apoio da gestão; e
- Satisfação dos participantes.

**FIQUE LIGADO!**

O registro documental dos encontros é essencial, porém não se esqueça do registro fotográfico (com permissão).

1.7. Desafios na participação dos grupos

O enfrentamento e manejo das DCNT constituem um grande desafio para as equipes de saúde, pois dependem da participação efetiva, com envolvimento do usuário no planejamento e execução do seu plano de cuidado (BRASIL, 2013). Além do autocuidado que os indivíduos devem realizar em benefício próprio, de seus familiares e da comunidade, com apoio direto de uma equipe multiprofissional (BRASIL, 2021c). Atrelado a esse grande desafio, ainda temos um modelo biomédico fragmentador, focado em atendimentos individuais e curativistas.

Desse modo, conseguir a participação dos usuários na abordagem coletiva, nos atendimentos em grupos, não é tarefa fácil. Alguns desafios que envolvem a dificuldade de participação no processo terapêutico em geral, incluindo a abordagem em grupos, são demonstrados na **Figura 7**.



Figura 7: Dificuldade de participação nos processos terapêuticos.

Fonte: Adaptado de BRASIL, 2021c.

Diante de tantos desafios, é fundamental a construção de um vínculo entre a equipe multiprofissional de saúde e o usuário. O enfrentamento das condições crônicas pela APS depende de mudanças de paradigmas, com manejo adequado e ações de promoção de saúde, redução de riscos, manejo e autocuidado para atenção integral às pessoas com DCNT (BRASIL, 2021a).

Nenhuma mudança de comportamento é instantânea. A equipe precisa se adequar, se adaptar, assim como o usuário também precisa mudar seu comportamento, e esse processo é gradativo. Nesse dinamismo de mudança haverá dificuldades, e é por isso que a equipe tem que estar preparada para acolher e respeitar os estágios de prontidão do usuário, motivando-o e sempre estabelecendo metas reais para continuar o acompanhamento (BRASIL, 2021b).

Por isso, as atividades em grupo devem ser bem planejadas e agradáveis para que os usuários se sintam pertencentes àquele lugar e queiram nele permanecer. A participação dos membros do grupo deve ser encorajada, construindo um ambiente confiável e relações afetuosas pelo vínculo. Ao contrário, não se deve oferecer recompensas ou realizar “barganhas” para que os usuários apareçam na atividade em grupo. Com essas dicas, a participação no grupo deve ser facilitada e, assim, os resultados aparecerão (BRASIL, 2021b).

1.8. Desafios perante a pandemia da COVID-19

Um dos impactos provocados pela pandemia da COVID-19 é o isolamento ou distanciamento social. Diante desse cenário, as ações de enfrentamento à COVID-19 foram priorizadas em detrimento das ações de manejo das DCNT pela sobrecarga do sistema de saúde. Desse modo, as atividades rotineiras da APS ficaram prejudicadas, principalmente as atividades em grupo, que foram interrompidas para diminuir a propagação da COVID-19, provocando a descontinuidade do cuidado e fragilizando o vínculo das pessoas com doenças crônicas.

Diante da prioridade em proteger os usuários da exposição ao vírus, pois fazem parte do grupo de risco da COVID-19 (BRASIL, 2021c), e sabendo da importância de continuar o cuidado dessas pessoas, elaboramos algumas atividades que podem ser desenvolvidas de forma não presencial para manter o vínculo e o autocuidado (**Quadro 2**).

Apesar de as tecnologias remotas de comunicação não serem amplamente utilizadas para as atividades em grupo, essas ferramentas podem auxiliar no apoio às atividades coletivas e estreitar os vínculos e a empatia e melhorar a participação. Outra barreira é o acesso a essas tecnologias, por isso, a depender da realidade, esse contato remoto pode ficar bastante prejudicado, pois se limita à população alfabetizada e que possui telefone celular/computador e acesso à internet. Além disso, a equipe deve ficar atenta à atualização excessiva dessa tecnologia, para não incomodar os usuários e não sobrecarregá-los ainda mais com as demandas da equipe (BRASIL, 2021b).

Quadro 2: Exemplos de atividades em grupo não presenciais

**EXEMPLOS DE
ATIVIDADES NÃO
PRESENCIAIS**

Cartões postais virtuais (mensagens pelas redes sociais para que o grupo continue unido e motivado).

Piquenique online (marcar um encontro virtual com os membros do grupo para compartilhar um momento de lanche prazeroso).

Live na rede (agendar *lives* com os profissionais da equipe de saúde para darem dicas sobre a continuação do cuidado em casa).

Montagem de **painéis online** (sugestão Jamboard) com as atividades propostas.

Troca de mensagens por aplicativos.



SAIBA MAIS!

Leia os materiais do Ministério da Saúde
**Orientações sobre a Prática de Atividade Física
Durante o Período de Pandemia**

e

**Recomendações de Alimentação em Tempos de Pandemia
da Covid-19.** Clique nas miniaturas para acessar.



Referências

- BRASIL – Ministério da Saúde. **Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias.** Brasília: Secretaria de Atenção à Saúde/Departamento de Atenção Básica, 2013. 28 p.
- BRASIL – Ministério da Saúde. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica.** Brasília: Secretaria de Atenção à Saúde/Departamento de Atenção Básica, 2014a. 162 p. (Cadernos de Atenção Básica, no 35).
- BRASIL – Ministério da Saúde. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: obesidade.** Brasília: Secretaria de Atenção à Saúde/Departamento de Atenção Básica, 2014b. 212 p. (Cadernos de Atenção Básica, no 38).

- BRASIL – Ministério da Saúde. **Núcleo de Apoio à Saúde da Família**. Brasília: Secretaria de Atenção à Saúde/Departamento de Atenção Básica, 2014c. 116 p. (Cadernos de Atenção Básica, no 39).
- BRASIL – Ministério da Saúde. **Manual de preenchimento das fichas de coleta de dados simplificada**: CDS – Versão preliminar. Brasília: Secretaria de Atenção à Saúde/Departamento de Atenção Básica/e-SUS Atenção Básica, 2018. 145 p.
- BRASIL – Ministério da Saúde. **Relatório avanços e desafios da Atenção Primária à Saúde – Balanço das ações 2020**. Brasília: Secretaria de Atenção Primária à Saúde/Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas, 2021a. 134 p.
- BRASIL – Ministério da Saúde. **Instrutivo de Abordagem Coletiva para manejo da obesidade no SUS**. Brasília: Universidade Federal de Minas Gerais, 2021b. 150 p.
- BRASIL – Ministério da Saúde. **Manual de Atenção às Pessoas com Sobrepeso e Obesidade no âmbito da Atenção Primária à Saúde do Sistema Único de Saúde – Versão preliminar**. Brasília: Secretaria de Atenção Primária à Saúde/Departamento de Promoção da Saúde, 2021c. 66 p.
- BRASIL – Ministério da Saúde. **Instrutivo para manejo da obesidade no Sistema Único de Saúde**: caderno de atividades educativas. Brasília: Universidade Federal de Minas Gerais, 2021d. 176 p.
- BRASIL – Ministério da Saúde. **Recomendações para o Desenvolvimento de Práticas Exitosas de Atividade Física na Atenção Primária à Saúde do Sistema Único de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2021e. 34 p.
- HERMSDORFF, H. H. M. et al. **Novas tendências para o cuidado da pessoa com obesidade na atenção básica**. 1. ed. Coleção Enfrentamento da Obesidade no Sistema Único de Saúde (SUS) – Estratégias para Profissionais de Saúde. Viçosa, MG: Universidade Federal de Viçosa, 2021a. Disponível em: [https://www.renobmg.ufv.br/repositório científico](https://www.renobmg.ufv.br/repositório_científico).
- HERMSDORFF, H. H. M. et al. **Prevenção, diagnóstico e tratamento da obesidade**. 1. ed. Coleção Enfrentamento da Obesidade no Sistema Único de Saúde (SUS) – Estratégias para Profissionais de Saúde. Viçosa, MG: Universidade Federal de Viçosa, 2021b. Disponível em: [https://www.renobmg.ufv.br/repositório científico](https://www.renobmg.ufv.br/repositório_científico).
- VINCHA, K. R. R. et al. Planejamento de grupos operativos no cuidado de usuários de serviços de saúde : integrando experiências. **SAÚDE DEBATE**, v. 41, n. 114, p. 949-62, 2017.



CAPÍTULO 2

PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES EM SAÚDE NO CONTEXTO DAS DCNT

Maíra Mendes Coelho, Helen Hermana Miranda Hermsdorff

As Práticas Integrativas e Complementares (PICS) são recursos terapêuticos reconhecidos pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como Medicinas Tradicionais, Complementares e Integrativas (MTCI) e têm como objetivo estimular os mecanismos naturais que contribuem para a redução de risco de doenças, promoção e recuperação da saúde (DE SOUSA, 2021; BRASIL, 2014).

A partir de um entendimento diferenciado sobre o processo saúde/doença, as PICS visam à escuta acolhedora, ao desenvolvimento do vínculo terapêutico e à integração do ser humano com o meio ambiente e com a sociedade. Dessa forma, ampliam as possibilidades terapêuticas de cuidado nos serviços de saúde, contribuindo para a promoção global do cuidado humano, com destaque para o autocuidado e, conseqüentemente, para a corresponsabilidade dos indivíduos com a saúde (BRASIL, 2015; BRASIL, 2014).

A implementação dessas novas abordagens no SUS representa, portanto, uma transformação de um modelo fundamentado na biomedicina e focado na doença, na medicalização e em procedimentos de alta complexidade, para um modelo de promoção da saúde focado em uma atenção mais humanizada, que prioriza a melhoria da qualidade de vida e o empoderamento dos indivíduos (BRASIL, 2018a).

A incorporação e consolidação das PICS no SUS aconteceram, de fato, por meio da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), instituída pela Portaria nº 971, de 03 de maio de 2006. Entretanto, a legitimação dessas abordagens no Brasil teve início na década de 1980, principalmente após a criação do SUS (BRASIL, 2015). A linha do tempo apresentada na **Figura 8** destaca alguns marcos importantes na trajetória da regulamentação das PICS no Brasil.

1986

8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS)

Deliberou em seu relatório final pela “introdução de práticas alternativas de assistência à saúde no âmbito dos serviços de saúde, possibilidade ao usuário o acesso democrático de escolher a terapêutica preferida”.

1988

Resoluções da Comissão Interministerial de Planejamento e Coordenação

Fixaram normas e diretrizes para o atendimento em homeopatia, acupuntura, termalismo, técnicas alternativas de saúde mental e fitoterapia.

1996

10ª Conferência Nacional de Saúde

Aprovou a “incorporação ao SUS, em todo o país, de práticas de saúde como a fitoterapia, acupuntura e homeopatia, contemplando as terapias alternativas e práticas populares”.

2003

Constituição de grupo de trabalho no Ministério da Saúde

Objetivo de elaborar a Política Nacional de Medicina Natural e Práticas Complementares (PMNPC) ou apenas MNPC – no SUS (atual PNPIC).

2003

Relatório final da 12ª CNS

Delibera para a efetiva inclusão da MNPC no SUS (atual PNPIC).

2005

Decreto Presidencial de 17 de fevereiro de 2005

Cria o grupo de trabalho para elaboração da Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos.

2006

Instituição da PNPIC

Portaria nº 971, de 03 de maio de 2006, que reconhece as práticas de homeopatia, medicina tradicional chinesa/acupuntura, plantas medicinais e fitoterapia e cria os observatórios de saúde para medicina antroposófica e termalismo social/crenoterapia, além de estimular a ampliação de outras práticas em diversos municípios brasileiros.

Figura 8: Marcos importantes para a regulamentação das PICS no Brasil.

Fonte: Adaptado de BRASIL, 2015, p. 14-6.

A aprovação da PNPIC, por sua vez, desencadeou o desenvolvimento de políticas, programas e projetos em todas as instâncias governamentais, por conta da institucionalização dessas práticas no SUS (BRASIL, 2012). A PNPIC foi ainda ampliada, em 2017, a partir da publicação da Portaria Ministerial nº 849, de 27 de março de 2017,

com a inclusão de outras 14 práticas. Em março de 2018, contou com uma nova ampliação, a partir da Portaria Ministerial nº 702, de 21 de março de 2018, com a inclusão de outras 10 práticas (**Quadro 3**).

Quadro 3: Ampliação das PICS na PNPIC

2006	2017	2018
<u>Portaria nº 971, de 03 de maio de 2006</u>	<u>Portaria Ministerial nº 849, de 27 de março de 2017</u>	<u>Portaria Ministerial nº 702, de 21 de março de 2018</u>
MTC/Acupuntura, Homeopatia, Plantas Medicinais e Fitoterapia, Medicina Antroposófica/ Antroposofia Aplicada à Saúde, Termalismo Social /Crenoterapia.	Arteterapia, Ayurveda, Biodança, Dança Circular, Meditação, Musicoterapia, Naturopatia, Osteopatia, Quiropraxia, Reflexoterapia, Reiki, Shantala, Terapia Comunitária Integrativa, Yoga.	Apiterapia, Aromaterapia, Bioenergética, Constelação Familiar, Cromoterapia, Geoterapia, Hipnoterapia, Imposição de Mãos, Ozonioterapia, Terapia de florais.

A implantação da PNPIC cumpre com as recomendações anteriores da OMS de que os Estados Membros reconheçam, fomentem e normatizem as MTCI em seus sistemas nacionais de saúde, visando ao alcance da cobertura universal de saúde (AMADO et al., 2020). No período de 2017 a 2019, houve crescimento considerável no número de estabelecimentos da APS que ofertam PICS no estado de Minas Gerais (411 unidades). Isso se deve ao esforço dos profissionais da rede de atenção à saúde, junto com sua Gestão, para a disponibilização e estruturação da oferta.



FIQUE LIGADO!

O monitoramento dos serviços é fundamental para entender como essas práticas estão se desenvolvendo nos territórios, com vistas a buscar melhorias para sua implementação. O fortalecimento das PICS institucionalizadas pela PNPIC é essencial para a consolidação delas no SUS (MS, 2020).

Apesar de se desenvolverem prioritariamente na APS, as ações das PICS são transversais nos diversos pontos de atenção. A ampliação da resolutividade do cuidado nos diferentes pontos da RAS, por meio da implementação dessas práticas de custo relativamente baixo, pode contribuir para o uso racional de medicamentos, redução da sobrecarga nas consultas individuais e nos encaminhamentos para especialistas (DE SOUSA, 2021; MS, 2020).

As PICS constituem também potentes ferramentas terapêuticas para o cuidado inovador das condições crônicas, incluindo hipertensão, obesidade e diabetes. O autocuidado, promovido por essas práticas, é fundamental para a adoção de estilo de vida mais saudável, que por sua vez potencializa o tratamento e manejo clínico dessas condições devido aos benefícios apresentados. Entre os benefícios de algumas dessas práticas relacionados a essas condições crônicas podem ser citadas a redução do Índice de Massa Corporal (IMC), a estabilidade da pressão arterial, a diminuição da frequência cardíaca e dos níveis de triglicerídeos, a redução de marcadores fisiológicos de estresse e outros (**Quadro 4**) (CARVALHO et al., 2020).

Quadro 4: Benefícios das PICS relacionados ao manejo das DCNT

PIC	Benefício
Acupuntura/ Auriculoterapia	<ul style="list-style-type: none"> • Melhora dos sintomas do transtorno depressivo • Redução do IMC • Redução do peso corporal • Redução da circunferência da cintura • Redução da pressão arterial
Meditação	<ul style="list-style-type: none"> • Redução da compulsão alimentar • Melhora de atitudes da fome emocional • Melhora de comportamento e atitudes alimentares • Redução da pressão arterial, cortisol, frequência cardíaca, proteína C reativa, triglicerídeos e fator de necrose tumoral alfa
Práticas Corporais da Medicina Tradicional Chinesa	<ul style="list-style-type: none"> • Redução do peso corporal • Redução do IMC • Hemoglobina glicosilada (HbA1c) e glicemia em jejum significativamente mais baixas em pessoas com diabetes tipo 2 • Associação positiva entre a prática Qi Gong e resultados de testes de tolerância à glicose por duas horas, glicose no sangue, triglicerídeos e colesterol total • Redução da pressão arterial sistólica e diastólica • Redução do colesterol total e de triglicerídeos • Melhora da qualidade de vida • Redução de escores de humor depressivo • Melhora do desempenho físico • Melhora dos fatores de risco para AVC
Yoga	<ul style="list-style-type: none"> • Redução do peso corporal • Redução do IMC • Melhoras significativas da glicemia, perfil lipídico, pressão arterial, relação cintura/quadril e níveis de cortisol.

Fonte: Adaptado de MS, 2020a-c.

Quanto às práticas citadas anteriormente, a acupuntura faz parte dos recursos terapêuticos da Medicina Tradicional Chinesa (MTC) e estimula pontos espalhados

por todo o corpo, através da inserção de finas agulhas filiformes metálicas. Já a meditação consiste em uma prática mental individual que promove alterações favoráveis no humor e no desempenho cognitivo e proporciona maior integração entre mente, corpo e mundo exterior, através da focalização da atenção de modo não analítico ou discriminativo, da diminuição do pensamento repetitivo e da reorientação cognitiva (BRASIL, 2018b). As atividades que envolvem movimento ou manipulação corporal, atitude mental e respiração são chamadas de “práticas corporais da medicina tradicional chinesa e têm o intuito de equilibrar o Qi. O yoga é uma prática corporal e mental de origem oriental utilizada com o objetivo de controlar o corpo e a mente; é associada à meditação (BRASIL, 2018b).

Essas práticas atuam igualmente para o empoderamento do sujeito, favorecendo a percepção dos processos de adoecimento e de cuidado, o que, por sua vez, possibilita o uso mais racional das ações, serviços de saúde e insumos. As PICS contribuem, portanto, para a redução do uso exagerado e indevido de exames e procedimentos, o que impacta diretamente sobre os custos do sistema de saúde (AMADO et al., 2020).



SAIBA MAIS!

Para saber mais sobre cada uma das PICS, acesse o **Glossário temático: Práticas Integrativas e Complementares em Saúde**.



2.1. Implementando as PICS no SUS

Com o objetivo de facilitar a implementação das PICS nos municípios, o Ministério da Saúde elaborou um modelo de Plano de Implementação dessas práticas, que pode ser adaptado às necessidades, às especificidades e à realidade de cada território.

Um passo indispensável para todos os territórios é o cadastramento da unidade de saúde e dos profissionais no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES), assim como a atualização no Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (Sisab). Alimentar esses sistemas é de suma importância para que seja possível monitorar e compreender as práticas que estão sendo ofertadas

no SUS. As demais fases para implantação e desenvolvimento das PICS do SUS são apresentadas no **Quadro 5**.

Quadro 5: Fases para implementação e desenvolvimento das PICS no SUS

1. Definição da proposta

- Mapeamento dos profissionais já capacitados ou que desejam se capacitar em PICS;
- Definição do núcleo responsável pelo processo;
- Diagnóstico das necessidades e vulnerabilidades do território;
- Inclusão das necessidades e ofertas de PICS no Plano Municipal de Saúde e na Lei de Diretrizes Orçamentárias do município (definição de recursos orçamentários e financeiros);
- Identificação da existência ou da necessidade de locais adequados para as PICS; e
- Definição de metas e objetivos.

2. Elaboração do Plano de Desenvolvimento de Implantação das PICS, sistematização da ação a ser realizada, prazo para implementação e ferramentas necessárias e responsáveis, tendo como base o diagnóstico realizado

- Regulamentação das PICS por meio de: norma do Serviço onde serão ofertadas as PICS, ato institucional do gestor municipal, estabelecendo normas gerais para o desenvolvimento das PICS em consonância com a PNPIC, e política municipal;
- Capacitação profissional por meio de atividades de Educação Permanente;
- Estabelecimento do apoio matricial, em que os profissionais de um Serviço apoiam um conjunto de profissionais de outros Serviços;
- Realização de parcerias entre diversos atores e instituições, como equipes de territórios ou municípios diferentes, que visam à discussão em conjunto de problemas, planejamento integrado e práticas exitosas;
- Criação do Serviço na APS através de profissional capacitado;
- Cadastramento no registro do serviço ou do profissional no SCNES;
- Realização de ações de divulgação para os profissionais e para a população, por meio da mídia, de pôsteres, cartazes, entre outros; e
- Discussão sobre diretrizes de ação para promoção, sensibilização e apoio às PICS, para oficializar o início.

3. Avaliação e monitoramento

Permite o acompanhamento dos serviços e sua melhoria constante

- Definição de dados, informações e, ou, indicadores específicos para cada localidade, que podem servir para acompanhar o próprio processo de implantação e seus resultados;
- Indicadores quantitativos: número de profissionais envolvidos, número de profissionais já capacitados, redução de uso de medicamentos alopáticos, adesão das PICS pelos usuários, número de profissionais capacitados para execução de determinada prática e observação do aumento da oferta dessa prática na rede de saúde e outros; e
- Indicadores qualitativos: percepção dos usuários e dos profissionais sobre as PICS.

Fonte: Adaptado de BRASIL, 2018c.

As PICS podem ser ofertadas na APS pelo mesmo profissional que realiza o cuidado convencional aos usuários, desde que tenha formação prévia para praticá-las. Existe ainda a possibilidade de contratação de um profissional específico para essa

oferta de cuidado (BRASIL, 2018c). Além de médicos, outros profissionais da saúde, como enfermeiros, fisioterapeutas, farmacêuticos, entre outros, são habilitados para o uso de diversas práticas estimuladas pela PNPIC. Entretanto, existem baixa adesão a especializações na área das intervenções complementares e deficiência no ensino sobre as finalidades do uso das PICS durante a formação, resultando em importante lacuna para o sucesso da efetivação dessas práticas (RUELA et al., 2019).

Nesse contexto, com o objetivo de atender à demanda de modo qualificado e resolutivo, a capacitação contínua dos profissionais da rede para alargamento dos saberes sobre a política e as PICS pode ser uma estratégia eficaz na concretização e ampliação da efetivação da PNPIC e na melhoria do acesso às práticas nos Serviços de Saúde, no âmbito do SUS (RUELA et al., 2019).

Referências

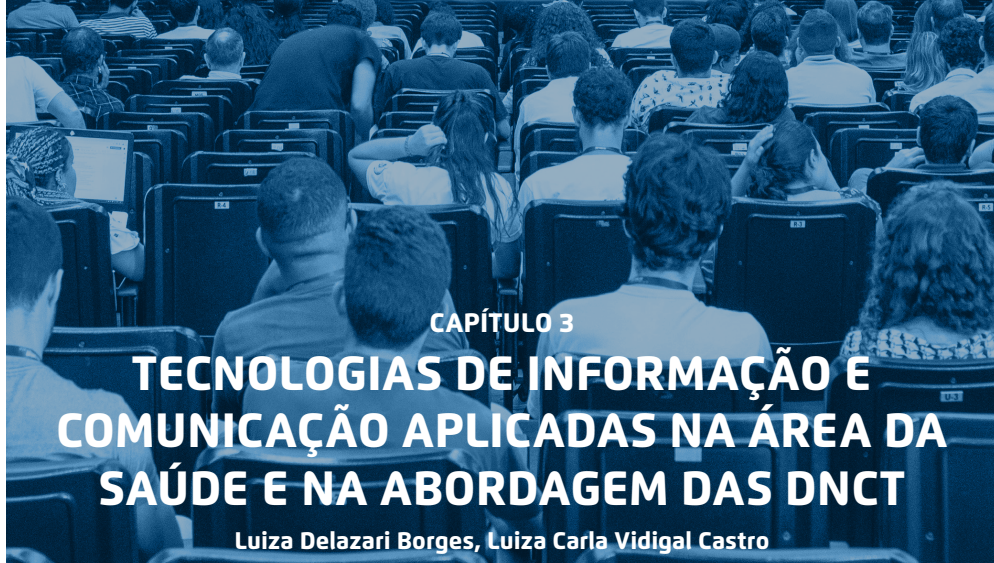
- AMADO, Daniel Miele et al. Práticas integrativas e complementares em saúde. **Aps em revista**, v. 2, n. 3, p. 272-84, 2020.
- BRASIL – Ministério da Saúde. **Práticas integrativas e complementares**: plantas medicinais e fitoterapia na Atenção Básica/Ministério da Saúde. Brasília: Secretaria de Atenção à Saúde/Departamento de Atenção Básica, 2012. 156 p. : il. (Série A. Normas e Manuais Técnicos – Cadernos de Atenção Básica, no 31).
- BRASIL – Ministério da Saúde. **Estratégia para o cuidado da pessoa com doença crônica**. Brasília: Secretaria de Atenção à Saúde/Departamento de Atenção Básica, 2014. 162 p. : il. (Cadernos de Atenção Básica, no 35).
- BRASIL – Ministério da Saúde. **Atitude de ampliação de acesso**. Brasília: Secretaria de Atenção à Saúde/Departamento de Atenção Básica – Política nacional de práticas integrativas e complementares no SUS – Ministério da Saúde, 2015. 96 p. : il.
- BRASIL – Ministério da Saúde. **Conhecendo as práticas integrativas e complementares em saúde**: bioenergética – [recurso eletrônico] Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Coordenação Nacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde. 1. ed. Brasília: Secretaria de Atenção à Saúde/Departamento de Atenção Básica, 2018a. 70 p. : il.

BRASIL – Ministério da Saúde. **Glossário temático: práticas integrativas e complementares em saúde/Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Secretaria de Atenção à Saúde.** Brasília: Secretaria-Executiva/Secretaria de Atenção à Saúde, 2018b. 180 p.

BRASIL – Ministério da Saúde. **Manual de implantação de serviços de práticas integrativas e complementares no SUS/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica.** Brasília: Secretaria de Atenção à Saúde/ Departamento de Atenção Básica, 2018c. 56 p. : il.

DE SOUSA, Danilo Guimarães. A importância das Práticas Integrativas e Complementares no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Journal of Multiprofessional Health Research**, v. 2, n. 3, p. e03. 166-e03; 168, 2021.

RUELA, Ludmila de Oliveira et al. Implementação, acesso e uso das práticas integrativas e complementares no Sistema Único de Saúde: revisão da literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, p. 4239-50, 2019.



CAPÍTULO 3

TECNOLOGIAS DE INFORMAÇÃO E COMUNICAÇÃO APLICADAS NA ÁREA DA SAÚDE E NA ABORDAGEM DAS DNCT

Luiza Delazari Borges, Luiza Carla Vidigal Castro

Na sociedade atual, adquirir e ampliar o conhecimento é necessário em qualquer função e, nesse processo, elementos como a comunicação, a disseminação e a troca de informações são essenciais. Para tais elementos interagirem, as **Tecnologias de Informação e Comunicação (TICS)** precisam ser atuantes. As TICS referem-se à pluralidade de recursos tecnológicos (equipamentos e funções) que possibilitam a criação, captura interpretação, armazenamento, recebimento e transmissão de informações (ANDERSON, 2010).

As TICS vêm ganhando espaço na área da saúde, pois possibilitam o planejamento de ações e de atividades assistenciais e, portanto, um processo de assistência de maior qualidade aos usuários dos serviços de saúde. Sua utilização também tem proporcionado resultados positivos no cuidado de pessoas com doenças crônicas e melhorias no processo de comunicação dos profissionais de saúde, além do maior acesso às inovações das respectivas áreas de atuação, garantindo, assim, a disseminação dinâmica das informações (CAMARGO; ITO, 2012; SANTOS; MACHADO, 2017; VASCONCELLOS et al., 2008; EGGLESTON; KLOMPAS, 2014).

Em 2020, o Ministério da Saúde publicou o **Plano de Ação de Saúde Digital para o Brasil** referente ao intervalo de 2020 a 2028. Esse plano de ação descreve o conjunto de atividades a serem executadas e os recursos necessários para que haja a implementação da saúde digital no país. O plano foi elaborado levando-se em conta os três grandes eixos de ação e as sete prioridades que, ao serem contempladas por meio de ações, resultarão, progressivamente, na concretização da Estratégia de Saúde Digital para o Brasil. O **Quadro 6** reúne essas prioridades e o que elas englobam.

Quadro 6: Prioridades do Plano de Ação para a Estratégia de Saúde Digital para o Brasil

Prioridade	Significado das prioridades
1) Governança e liderança para a Estratégia Saúde Digital	Garantir que a Estratégia Saúde Digital (2020-2028) seja desenvolvida sob a liderança do Ministério da Saúde, mas que, ao mesmo tempo, seja capaz de incorporar a contribuição ativa dos atores externos que participem das plataformas de colaboração.
2) Informatização dos três níveis de atenção	Induzir a implementação de políticas de informatização dos sistemas de saúde, acelerando a adoção de sistemas de prontuários eletrônicos e de gestão hospitalar como parte integradora dos serviços e processos de saúde.
3) Suporte à melhoria da Atenção à Saúde	Fazer que a Rede Nacional de Dados em Saúde ofereça suporte às melhores práticas clínicas, por meio de serviços como telessaúde, e aplicativos desenvolvidos no Ministério da Saúde e também outras aplicações que sejam desenvolvidos pela plataforma de colaboração.
4) O usuário como protagonista	Engajar os usuários do serviço de saúde e cidadãos, para promover a adoção de hábitos saudáveis e o gerenciamento da sua saúde, da sua família e da sua comunidade, além de auxiliar na construção dos sistemas de informação que irão utilizar.
5) Formação e capacitação de recursos humanos	Capacitar profissionais de saúde em Informática em Saúde e garantir o reconhecimento da Informática em Saúde como área de pesquisa e o Informata em Saúde como profissão.
6) Ambiente de interconectividade	Permitir que a Rede Nacional de Dados em Saúde potencialize o trabalho colaborativo em todos os setores da saúde para que tecnologias, conceitos, padrões, modelos de serviços, políticas e regulações sejam postos em prática.
7) Ecossistema de inovação	Garantir que exista um Ecossistema de Inovação que aproveite ao máximo o Ambiente de Interconectividade em Saúde, estabelecendo-se como um grande laboratório de inovação aberta, sujeito às diretrizes, normas e políticas estabelecidas por meio da prioridade 1.

Fonte: BRASIL, 2020.

Após a apresentação das prioridades, detalharemos as prioridades 2, 3, 4 e 5, suas subprioridades e ações a serem realizadas, bem como possíveis caminhos a serem seguidos na abordagem das doenças crônicas não transmissíveis.

**SAIBA MAIS!**

Para conhecer o documento completo da **Estratégia Saúde Digital no Brasil**, clique aqui.



A **prioridade 2 (informatização dos três níveis de atenção)** diz respeito à informatização dos estabelecimentos de saúde no país, o que envolve expandir a informatização em todos os níveis de atenção, levando a conectividade (internet) a todos os pontos de atenção à saúde. No que se refere à APS, é importante mencionar o **Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC)**, uma ferramenta de registro eletrônico em saúde (TICS) que tem por objetivo integrar as informações resultantes da prestação do cuidado ao indivíduo em todos os níveis de atenção à saúde (JANNET, 2020). Essas informações incluem dados do cadastro do usuário, condições clínicas, ações em nível individual e atividades em grupo, procedimentos, consultas médicas com registros, imunização, visitas domiciliares, resultados de exames laboratoriais e uso de medicamentos (PINTO; SANTOS, 2020). Ainda, é capaz de otimizar o fluxo de atendimento nas UBS, possibilitando acesso rápido às informações de saúde e intervenções realizadas e possível redução de custos com otimização dos recursos, além de organizar a agenda dos profissionais de saúde, organizando e orientando o fluxo de atendimento às demandas agendadas e espontâneas do cidadão (BRASIL, 2017). A utilização do PEC é importante na APS, pois é o nível de atenção que concentra a grande parte das atividades de coordenação de cuidado ao usuário do serviço de saúde (JANNET, 2020). Dessa forma, a implementação do PEC traz benefícios para gestores, profissionais de saúde e cidadãos (BRASIL, 2017).

Os desafios advindos da utilização do PEC é a exigência de um cenário adequado de **informatização** nos serviços de saúde, com a disponibilidade de computadores para os profissionais que trabalham na assistência à saúde e de recepção nesse local, bem como o acesso e manutenção da rede de internet (BRASIL, 2017). Outro desafio é a insuficiência de habilidades de informática de alguns profissionais, o que gera resistência de alguns deles à adaptação do uso do PEC. Nesse sentido, é importante capacitar os profissionais de saúde para uma utilização mais efetiva desses prontuários. Para contornar esses desafios, é necessário o planejamento de ações que foquem no desenvolvimento eficiente do PEC, para o cumprimento e fortalecimento da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) (GOMES et al., 2019).

O PEC é umas das modalidades de uso da estratégia e-SUS APS que tem o objetivo de reestruturar as informações da Atenção Primária em nível nacional. O e-SUS APS também conta com a modalidade de **Coleta de Dados Simplificada (CDS)**, um *software* para coletar dados indicados para UBS que não tem computadores suficientes nem conexão com a internet (BRASIL, 2021). A **Figura 9** ilustra exemplos da utilização dos PEC no contexto das DCNT.

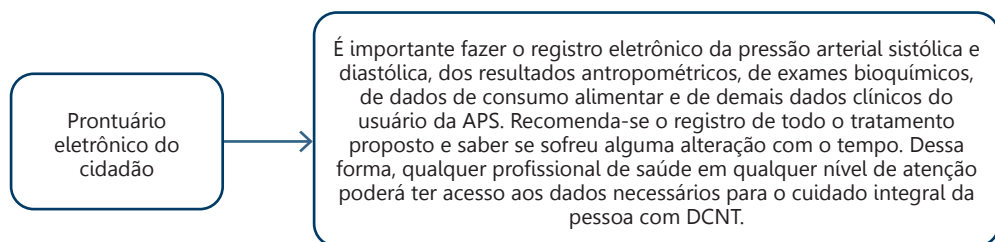


Figura 9: Utilização do Prontuário Eletrônico do Cidadão no contexto das DCNT.

Fonte: Hermsdorff et al., 2021.

A **prioridade três (suporte à melhoria da atenção à saúde)** refere-se ao apoio à continuidade da atenção em todos os níveis, à promoção de saúde e à prevenção de doenças, bem como à promoção da telessaúde e de serviços digitais. Para chegar ao apoio à continuidade da atenção em todos os níveis, é necessário oferecer suporte às linhas de cuidado para a promoção de saúde e a prevenção de doenças. É preciso também garantir o suporte à RAS, realizando adequadamente a referência e contrarreferência nos diferentes pontos de atenção à saúde, bem como oferecer suporte à Gestão. Por fim, para a promoção da telessaúde e de serviços digitais, é importante integrá-los ao fluxo assistencial. Tais ações trazem melhoria à qualidade assistencial e ao acesso à assistência, fortalecimento da medicina baseada em evidências, melhoria na produtividade, resolutividade e eficiência do sistema de saúde, maior segurança dos dados e fortalecimento da continuidade do cuidado, eficiência e distribuição inteligente dos recursos das Redes Assistenciais de Saúde. O **Quadro 7** contextualiza as ações da prioridade 3 no que tange às DCNT.



FIQUE LIGADO!

A **Telessaúde** é uma modalidade mais ampla de aplicação das TICS definida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como a prestação da assistência de saúde quando há distância física entre o usuário do serviço de saúde e o profissional de saúde. De acordo com o Ministério da Saúde, a Telessaúde no Brasil tem como objetivo a expansão e aperfeiçoamento da rede de serviços de saúde, principalmente da APS e da sua relação com os outros níveis de atenção, consolidando a RAS do SUS. Existem cinco áreas da Telessaúde: inovação em saúde digital, teleconsultoria, telediagnóstico, telemonitoramento, telerregulação e teleeducação (detalhadas no contexto da prioridade 5: “formação e capacitação de recursos humanos para a Saúde Digital”) (BRASIL, 2019; Hermsdorff et al., 2021).

Quadro 7: Ações de suporte à melhoria da atenção à saúde nas DCNT

Prioridade 3 (suporte à melhoria da atenção à saúde)		
Subprioridade	Ação	Exemplo no contexto das DCNT
Apoio à continuidade da atenção em todos os níveis	Suporte às linhas de cuidado	É importante apoiar e atuar seguindo a proposta das linhas de cuidado da HAS, DM e obesidade. As linhas de cuidado devem estar definidas e inseridas no processo de trabalho, pois são responsáveis pelas ações e serviços desenvolvidos nos diferentes pontos de atenção da Rede de Atenção à Saúde (níveis de complexidade primário, secundário e terciário) e nos sistemas de apoio. Têm por objetivos subsidiar ações voltadas para a promoção, prevenção, detecção, controle da HA, DM e obesidade e estabelecer articulações inovadoras e mais eficientes entre os níveis de atenção.
Promoção de saúde e prevenção de doenças e agravos	Suporte à Rede de Atenção à Saúde	Deve-se fortalecer a RAS a partir da gestão da rede assistencial baseada em informações coletadas durante os atendimentos. Tem o objetivo de promover a integração sistêmica, de ações e serviços de saúde, bem como incrementar o desempenho do sistema de saúde.
	Suporte à Gestão	Esta ação tem o intuito de aperfeiçoar a Gestão, realizando a coleta de dados dos usuários portadores de DCNT, integrando e realizando o tratamento desses dados, fazendo diagnóstico correto e formulando políticas e programas voltados para o cuidado de indivíduos com DCNT.
Promoção de telessaúde e serviços digitais	Integração da telessaúde e serviços digitais ao fluxo assistencial	É importante integrar a telessaúde aos serviços e processos de saúde, levando ao cuidado integrado, com segurança, em diferentes locais de atendimento. Dessa forma, o desafio desta ação é a ampliação dos serviços de telessaúde no âmbito do SUS, a fim de promover cuidados integrados de forma segura, em diferentes locais de atendimento e níveis de complexidade na RAS. A telessaúde apresenta seis áreas de atuação, e duas dessas áreas (telediagnóstico e telemonitoramento) atuam diretamente com os usuários do serviço de saúde. Os profissionais de saúde podem fazer o monitoramento das pessoas com DCNT, fazendo a distância o acompanhamento dos exames bioquímicos e da rotina de alimentação, a regularidade da prática de exercícios físicos, a motivação dessa pessoa em prosseguir com tudo o que foi proposto para o tratamento e os pontos fortes e os pontos fracos enfrentados até o momento. A frequência de encontros a distância é pactuada entre o profissional e o indivíduo atendido, bem como a plataforma utilizada para os encontros. Devido às facilidades, é comum a utilização dos aplicativos móveis. Os agendamentos de consultas também podem ser realizados para aqueles que precisam iniciar o tratamento para HA, DM ou obesidade e, ou, fazer avaliações objetivas para novo diagnóstico e proposta terapêutica.

Fonte: BRASIL, 2020; Hermsdorff et al., 2021.

A prioridade quatro (usuário como protagonista) tem o intuito de que cidadãos promovam a adoção da **Saúde Digital** para o gerenciamento de sua saúde, da sua família e da sua comunidade, bem como o apoio à construção dos sistemas e serviços que utilizarão. Alguns dos benefícios dessa prioridade para os cidadãos e para o SUS são usuários, familiares, cuidadores e comunidades empoderados, protagonistas de sua própria saúde. Da parte dos profissionais de saúde, um benefício é o melhor entendimento dos mecanismos que levam ao engajamento de usuários às melhores práticas e aos tratamentos. Por fim, para o sistema de saúde, há o desenvolvimento e uso de modelos, serviços, aplicativos e resultados da estratégia de Saúde Digital originados pelas necessidades de usuários e das comunidades. Para ilustrar um benefício para o sistema de saúde, apontamos os aplicativos móveis, que estão nos grupos das tecnologias móveis, sendo sua utilização consolidada por meio dos *smartphones*. Estes aparelhos ganham relevância no cotidiano das pessoas por possibilitarem várias aplicabilidades em decorrência do seu sistema operacional e da facilidade de acesso à internet (PITCHAT, 2013). Também permitem o envio e recebimento de *emails*, aplicativos de mensagens instantâneas e atividades de telefonia (BAJWA, 2014). De acordo com a Pesquisa Global de Consumidores Móveis, em 2016, 80% das pessoas utilizavam os *smartphones* diariamente no Brasil (DELLOITE, 2016). A **Figura 10** ilustra exemplos da utilização desses aplicativos móveis no contexto das DCNT.

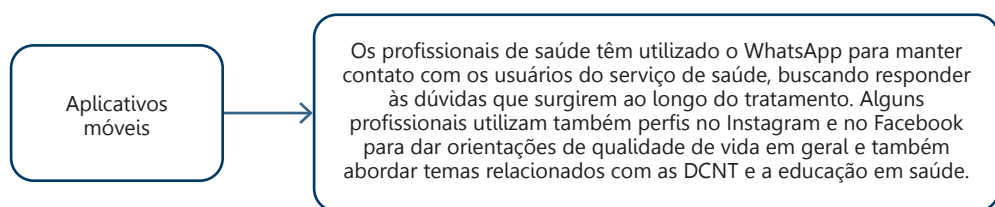


Figura 10: Utilização dos aplicativos móveis no contexto das DCNT.

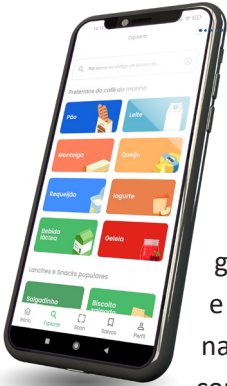
Fonte: Hermsdorff et al., 2021.

Entre os aplicativos móveis, têm-se alguns direcionados para o público infantil, na perspectiva de educá-lo em relação à alimentação de forma lúdica e atrativa. Como exemplos, podemos citar o **Armazém da Saúde**, que é um jogo para crianças e adolescentes aprenderem como escolher alimentos saudáveis de acordo com as recomendações do Guia Alimentar para a População Brasileira;



outro aplicativo semelhante tanto em relação aos objetivos quanto ao público-alvo é o **Rango Cards**, que aborda a alimentação saudável por meio de um jogo de cartas.

Outro aplicativo que tem sido utilizado por cada vez mais pessoas é o **Desrotulado**, que traduz as informações importantes do rótulo dos alimentos em uma nota de 0 a 100, indicando os produtos mais saudáveis de acordo com os seus objetivos alimentares.



Para a obtenção de resultados da prioridade 4 (usuário como protagonista), fazem-se necessárias ações para o envolvimento de cidadãos e profissionais de saúde (BRASIL, 2020). O **Quadro 8** traz algumas ações, na perspectiva do envolvimento de cidadãos e profissionais de saúde no contexto das DCNT.

Quadro 8: Ações para o envolvimento de cidadãos e profissionais de saúde no contexto das DCNT

Ações para o Envolvimento de Cidadãos

- Desenvolver canais de vídeos instrucionais sobre o uso dos aplicativos a serem utilizados no apoio aos atendimentos, seja para facilitar as condutas e orientações prescritas, seja para marcação de consultas, exames e visualização dos seus resultados.
- Realizar eventos em parceria com o Conselho Nacional de Saúde voltados para representantes da sociedade civil, a fim de sensibilizá-los ao controle social e aos benefícios do uso das soluções digitais em saúde para ajudar na prevenção, controle e tratamento de DCNT.
- Desenvolver, divulgar e ofertar cursos gratuitos na modalidade EAD voltados para aproximar a população das TICS como estratégia para o cuidado em saúde.
- Realizar campanhas publicitárias para difundir as ações de Saúde Digital para a população.
- Estabelecer fluxo e atendimento específico na ouvidoria do SUS para atendimentos, por meio da Estratégia da Saúde Digital.

Ações para o envolvimento de profissionais de saúde

- Identificar os atores com conhecimento, experiência e interesse nas TICS voltados para o cuidado das DCNT.
- Definir projetos fundamentais que permitam que os profissionais de saúde desenvolvam e ganhem experiências para avançar na Estratégia da Saúde Digital de forma sistematizada e a obter resultados concretos.
- Documentar e disseminar o conhecimento acumulado e transformá-lo em ações.

Fonte: BRASIL, 2020.

A **prioridade cinco (formação e capacitação de recursos humanos para a Saúde Digital)** tem o objetivo de ampliar o número de profissionais e qualificá-los adequadamente para que atuem nas ações propostas na Estratégia de Saúde Digital para

o Brasil. Para o sucesso e concretização das ações da informatização em saúde, um dos principais pilares da Saúde Digital, é importante que os profissionais de saúde, tecnologia, computação, *design*, educação, direito e gestão, entre tantos outros, trabalhem em equipe de forma coordenada e produtiva.

Para essa prioridade, os principais benefícios para a população e para o SUS são a formação de recursos humanos qualificados, motivados e habilitados a executar as ações de Estratégia Saúde Digital, aperfeiçoamento de modelos, aplicativos, soluções e utilização das TICS, levando a melhor adesão, melhor atendimento e maior capacidade de gestão da Estratégia de Saúde Digital. No que se refere à capacitação de profissionais de saúde, os recursos da Estratégia Saúde Digital devem ser utilizados e explorados em todas as suas dimensões, como instrumentos de apoio à prática clínica, de gestão clínica e administrativa, de colaboração, de análise e geração de novas ideias (BRASIL, 2020).

Nessa perspectiva, destaca-se o conceito de Teleducação, um dos eixos da Telesáúde, que consiste em capacitação para os profissionais ministrada a distância por meio das TICS, que dão ênfase ao processo de trabalho, de acordo com as diferentes áreas de atuação. O Ministério da Saúde, junto com seus parceiros, disponibiliza vários cursos voltados para o cuidado das pessoas com DCNT, a fim de capacitar profissionais de saúde (**Figura 11**).

O uso das TICS de forma eficiente e a digitalização da saúde, principalmente no que se refere à abordagem das DCNT, são um tema complexo, em decorrência da diversidade de pessoas envolvidas, da falta de maturidade das organizações de saúde, da escassez de recursos humanos e de lideranças capacitadas. Tudo isso se soma à complexidade inerente aos processos de saúde. Dessa maneira, é importante ter como referência o Plano de Ação de Saúde Digital e seguir suas diretrizes, a fim de executar ações bem delineadas que abarcam todos os pontos destacados, propiciando as melhores práticas em saúde para a população acometida pelas DCNT e concretizando a proposta da Estratégia de Saúde Digital para o Brasil.



Figura 11: Cursos voltados para o cuidado das pessoas com DCNT.

Fonte: UNASUS, 2021.

Referências

- ANDERSON, J. **ICT Transforming Education: a regional guide**. Bangkok: UNESCO, 2010. Disponível em: <http://unesdoc.unesco.org/images/0018/001892/189216e.pdf>.
- BAJWA, M. Tecnologias médicas emergentes do século XXI. **Pakistan Journal of Medical Sciences** [Internet], v. 30, n. 3, p. 649-55, 2014. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4048524/pdf/pjms-30-649.pdf>.
- BRASIL – MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Estratégia e-saúde para o Brasil**. Brasília: Comitê Gestor da Estratégia e-Saúde, 2017. 80 p.
- BRASIL – MINISTÉRIO DA SAÚDE/SECRETARIA-EXECUTIVA. **Estratégia de Saúde Digital para o Brasil 2020-2028**. Brasília: Departamento de Informática do SUS, 2020. 128p.

- CAMARO, I. T. O. et al. Utilização das tecnologias de informação e comunicação na área da saúde: uso das redes sociais pelos médicos. **Health Information**, v. 4, n. 4, p. 165-9, 2012.
- DELOITTE TOUCHE TOHMATSU LIMITED. **Mobile consumer survey 2016**: hábitos dos usuários e tendências para o mercado de telecomunicações [Internet]. [S.l. : s.n.t.], 2016. Disponível em: <https://www2.deloitte.com/br/pt/pages/technology-media-and-telecommunications/articles/mobile-survey.html>.
- EGGLESTON, E. M.; KLOMPAS, M. Rational use of electronic health records for diabetes population management. **Current Diabetes Reports**, v. 14, p. 279-82, 2014.
- GOMES, P. A. R.; FARAH, B. F.; ROCHA, R. S. et al. Prontuário eletrônico do cidadão: instrumento para o cuidado de enfermagem. **Rev. Fund. Care Online**, v. 11, n. 5, p. 1226-35, 2019.
- JANETT, R. S.; YERACARIS, P. P. Electronic medical records in the american health system: challenges and lessons learned. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 4, p. 1293-304, 2020.
- PINTO, E. S. Prontuários eletrônicos na Atenção Primária: gestão de cadastros duplicados e contribuição para estudos epidemiológicos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 4, p. 1305-12, 2020.
- SANTOS, A. L. et al. Incorporação de tecnologias de informação e comunicação e qualidade na Atenção Básica em Saúde no Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, v. 33, n. 5, 2017.
- VASCONCELLOS, M. M.; GRIBEL, E. B.; MORAES, I. H. S. Registros em saúde: avaliação da qualidade do prontuário do paciente na atenção básica. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, Brasil, v. 24, n. 1, p. 173-82, 2008.

O Brasil, nas últimas décadas, tem vivenciado um avanço muito rápido no número de pessoas com excesso de peso ou obesidade, além de outras doenças crônicas como dislipidemias, diabetes, hipertensão e doenças cardiovasculares. A Atenção Primária à Saúde é um espaço fundamental para a prevenção e o cuidado integral de pessoas nessa condição de saúde. Desse modo, quando ampliamos a capacidade de gestão dos estados e dos municípios, bem como a organização no processo de trabalho, os resultados relativos ao manejo dessas doenças no âmbito do Sistema Único de Saúde são mais efetivos.

Nesse contexto, o projeto Rede para enfrentamento da obesidade e doenças crônicas em Minas Gerais (RENOB-MG) tem como objetivo propiciar a construção de uma rede organizada e qualificada para a atenção à saúde, bem como a excelência em gestão para o gerenciamento dessas condições em Minas Gerais, a partir de ações de diagnóstico, formação, gestão, avaliação e monitoramento – envolvendo atividades de pesquisa, ensino e extensão.

Para tanto, nossa equipe elaborou duas coleções de livros digitais – Enfrentamento de doenças crônicas não transmissíveis no Sistema Único de Saúde: estratégias para gestores de saúde e Enfrentamento de doenças crônicas não transmissíveis no Sistema Único de Saúde: estratégias para profissionais de saúde – para capacitar, consolidar e enriquecer o trabalho desenvolvido pelos profissionais de saúde e gestores da Atenção Primária à Saúde no cuidado da obesidade e no cuidado integral da pessoa que vive com essa e outras doenças crônicas, tais como diabetes e hipertensão arterial sistêmica.



UFV
Universidade Federal
de Viçosa



IPPDS
Instituto de Políticas Públicas e
Desenvolvimento Sustentável