

Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Faculdade de Medicina
Departamento de Nutrição

Gabriela Tassoni da Silva

Telenutrição na Atenção Primária à Saúde: uma experiência de
Educação em Saúde e Alimentação durante a pandemia de COVID-19

Porto Alegre
2022

Gabriela Tassoni da Silva

**Telenutrição na Atenção Primária à Saúde: uma experiência de
Educação em Saúde e Alimentação durante a pandemia de COVID-19**

Trabalho de Conclusão de Curso de Nutrição
da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Professora orientadora: Ilaine Schuch

Coorientadora: nutricionista Luanda de Souza Conrado

BANCA EXAMINADORA:

Ilaine Schuch – Doutorado em Saúde da Criança e do Adolescente pela Universidade
Federal do Rio Grande do Sul

Eliziane Ruiz – Mestrado em Saúde Coletiva e Doutorado em Desenvolvimento Rural
pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Mariana Schiffner - Mestrado em Saúde da Criança e do Adolescente pela
Universidade Federal do Rio Grande do Sul

CIP - Catalogação na Publicação

Silva, Gabriela Tassoni da Silva
Telenutrição na Atenção Primária à Saúde: uma
experiência de educação em saúde e alimentação durante
a pandemia de COVID-19. / Gabriela Tassoni da Silva
Silva. -- 2022.
42 f.
Orientador: Ilaine Schuch Schuch.

Coorientador: Luanda de Souza Conrado Conrado.

Trabalho de conclusão de curso (Graduação) --
Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade
de Medicina, Curso de Nutrição, Porto Alegre, BR-RS,
2022.

1. Telenutrição. 2. Grupos de Educação em Saúde. 3.
Educação Alimentar e Nutricional. 4. Atenção
Primária à Saúde. 5. COVID-19. I. Schuch, Ilaine
Schuch, orient. II. Conrado, Luanda de Souza Conrado,
coorient. III. Título.

Elaborada pelo Sistema de Geração Automática de Ficha Catalográfica da UFRGS com os
dados fornecidos pelo(a) autor(a).

AGRADECIMENTOS

Aos meus avós, Dinarte e Maria Nilza, que me criaram desde pequena e foram base para construção do meu ser. Em especial a minha avó, me ensinou sobre quase tudo, e o mais importante, sobre o amor, a honestidade, a coragem e a generosidade. Eu te amo muito além do que consigo expressar. Sou e serei eternamente grata por tudo.

À minha mãe Moema, por ser minha grande parceira e apoiar meus objetivos. Eu te amo.

À minha irmã Maria Eduarda, meu presente da vida e meu ombro amigo. Eu te amo demais.

Ao meu tio Murilo, meu melhor amigo de infância, teu apoio é muito importante.

À minha amiga, Luiza, por ser uma imensidão na minha vida. Crescemos juntas. Do kitnet para o mundo. Obrigada pelo companheirismo, cuidado e carinho. Eu te amo muito. À minha amiga, Simone, por ser tão especial na minha vida. Obrigada por construir uma história de amizade tão linda comigo, te amo demais.

Ao meu namorado, Wellington, que esteve presente em todo o período do trabalho, me auxiliando naquilo que não pude dar conta. Muito obrigada pela tua dedicação, tua paciência e o teu amor.

À minha psicóloga, Natália, que nos momentos mais difíceis me auxiliou a enxergar a beleza da vida, das pessoas e de mim mesma, esse processo foi muito importante para esse momento acontecer.

À minha coorientadora nutricionista Luanda, foi imprescindível para produção do trabalho, obrigada pelas trocas, interesse e disponibilidade.

À minha orientadora professora Ilaine, para além do TCC, oportunizou diferentes espaços que contribuíram para a minha formação pessoal e profissional, além da identificação e do amor pela Saúde Coletiva.

Ao professor Virgílio, que admiro tanto.

Às minhas colegas, Maria Laura, Milena e Bruna, nos aventuramos na transferência de universidade e, do início ao fim, nos mantemos unidas. Obrigada por toda ajuda.

A todos os colegas da UBS Santa Cecília, que diariamente constroem um lugar de acolhimento, cuidado, escuta e empatia, pude compreender genuinamente o significado dessas palavras através da vivência. Sou um pouco de um. E fico feliz em saber que muitas pessoas ainda serão contempladas pelo trabalho de vocês.

À UFRGS, por oferecer um ensino de qualidade e acolhimento aos alunos que necessitam. Sem o ensino público eu não estaria aqui. Comprometo-me em lutar para a valorização do que temos. E sei que dias melhores virão. Obrigada!

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

COVID-19 Coronavirus Disease
SARS Síndrome Respiratória Aguda Grave
SUS Sistema Único de Saúde
UBS Unidade Básica de Saúde
APS Atenção Primária à Saúde
RAS Redes de Atenção à Saúde
TIC Tecnologia da Informação e Comunicação
EAN Educação Alimentar e Nutricional
DCNT Doenças Crônicas não transmissíveis
DHAA Direito Humano à Alimentação Adequada
SAN Segurança Alimentar e Nutricional
PNAN Política Nacional de Alimentação e Nutricional
PIANSAN Plano Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional
PAA Plano Plurianual
HCPA Hospital de Clínicas de Porto Alegre
ASMEV Alimentação Saudável e Mudança de Estilo de Vida
IBGE Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
TAG Transtorno de Ansiedade Generalizada
THB Transtorno de Humor Bipolar
TEPT Transtorno de Estresse Pós-Traumático
HIV Human Immunodeficiency Virus
DPOC Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica
HAS Hipertensão Arterial Sistêmica
DM2 Diabetes Mellitus tipo 2
CS-OESTE Coordenadoria de Saúde Oeste

SUMÁRIO

| | | |
|---|---|----|
| 1 | INTRODUÇÃO | 7 |
| 2 | REVISÃO BIBLIOGRÁFICA | 7 |
| | 2.1 Pandemia do COVID-19 e os Desafios para o SUS | 7 |
| | 2.2 Uso de Tecnologias na Saúde | 8 |
| | 2.3 A Educação em Saúde, Alimentação e Nutrição | 9 |
| | 2.4 Grupos de Educação em Saúde para ações de Alimentação e Nutrição na APS | 11 |
| 3 | PERGUNTA DE PARTIDA | 15 |
| 4 | OBJETIVOS | 15 |
| 5 | MATERIAIS E MÉTODOS | 16 |
| | 5.1 DELINEAMENTO | 16 |
| | 5.2 POPULAÇÃO E LOCAL DE ESTUDO | 16 |
| | 5.3 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO NO ESTUDO | 16 |
| | 5.4 ASPECTOS ÉTICOS | 17 |
| | 5.5 VARIÁVEIS ESTUDADAS E COLETA DE DADOS | 17 |
| | 5.6 ANÁLISES DOS RESULTADOS | 17 |
| 7 | APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS E DISCUSSÃO | 18 |
| | 7.1 O formato e a Sistemática do Grupo de Educação em Saúde | |
| | 7.2 Perfil dos usuários | |
| | 7.3 Necessidades de cuidados nutricionais | |
| | 7.4 Participação dos usuários aos encontros | |
| 8 | CONCLUSÃO | 31 |
| | ANEXOS | 32 |
| | REFERÊNCIAS | 33 |

1 INTRODUÇÃO

Na Atenção Básica, há necessidade premente de desenvolver ações pautadas na promoção da saúde, que incluam estratégias capazes de cooperar com a plena realização do potencial de saúde de indivíduos e comunidades e que atinjam grande contingência de pessoas, haja vista as elevadas prevalências de DCNT no País (SANTOS et al., 2006; ALVES, 2005). Nesse sentido, as ações coletivas são a melhor escolha, sobretudo por promover uma maior participação do usuário no processo educativo, no envolvimento da equipe com o participante e na otimização do trabalho (SILVA et al., 2013).

Frente às recomendações de distanciamento e isolamento social adotadas pelo Ministério da Saúde para conter a disseminação do vírus (BRASIL, 2020b) os processos de trabalho nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) tiveram que sofrer modificações impondo grandes desafios no que diz respeito à manutenção das atividades assistenciais, incluindo a assistência nutricional na Atenção Primária à Saúde (APS). O atendimento na modalidade não presencial ou por Telessaúde foi sendo cada vez mais utilizado nas unidades de saúde, como principal forma de acolher e atender as demandas de usuários do território (PORTO ALEGRE, 2020). Nesse sentido, a educação alimentar e nutricional (EAN), o cuidado e a atenção nutricional não findaram e a pandemia parece ter funcionado como uma catalisadora para a adoção da aprendizagem online, além da visibilidade das ações de EAN, produção da autonomia do paciente, acompanhamento contínuo em saúde e praticidade no acesso à informação e aos serviços de saúde. (RYM, 2020)

Neste sentido se faz necessário a avaliação do processo do atendimento nutricional através da utilização de Tecnologia da Informação e Comunicação (TIC) em saúde, tendo em vista a melhora da assistência nutricional e inserção dessa tecnologia no cotidiano das unidades de saúde, no âmbito do SUS, influenciando positivamente no acesso, resolubilidade, integralidade e abrangência de cuidados ofertados à população (SARTI et al., 2020). Diversos estudos demonstram que intervenções nutricionais por meio de TIC têm efeitos sobre mudanças alimentares e de estilo de vida em pacientes com DCNT (BAKKEN *et al.*, 2006; KRUSE *et al.*, 2017; MORGAN *et al.*, 2014). Entende-se, portanto, que para dar continuidade a estas ações, de forma viável e contínua, no contexto da atenção primária, onde há desafios, potencialidades, programas e objetivos amplos e diversos, torna-se essencial garantir que os seguintes critérios possam ser atendidos: necessidades clínicas e subjetivas dos pacientes, uso de intervenções adequadas e acesso a sistemas de comunicação seguros e eficazes.

2 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

2.1 COVID-19 e os Desafios para o SUS

Em dezembro de 2019 diversos casos de pneumonia foram identificados na cidade de Wuhan, na China. A partir de análises realizadas nos pacientes infectados, as autoridades chinesas identificaram como agente etiológico um novo coronavírus, que foi chamado de *Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2* (SARS-CoV-2), capaz de provocar uma doença respiratória aguda conhecido como *Corona Virus Disease-19* (COVID-19) (HU *et al.*, 2020; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2020a; YANG *et al.*, 2020).

A emergência internacional foi declarada em 30 de janeiro de 2020 pela OMS, mobilizando amplamente os setores governamentais mundiais para conter a disseminação da doença e controlar o número de mortes. No Brasil, em fevereiro de 2020, o Ministério da Saúde declarou Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional, estabelecendo o Centro de Operações de Emergências em Saúde Pública (COE-nCoV) como responsável pela gestão e organização da resposta à emergência no âmbito nacional (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011b).

O vírus apresenta elevadas taxas de transmissibilidade, tornando o distanciamento e isolamento social estratégia essencial para conter a disseminação do vírus (BRASIL, 2020a). À medida que a pandemia COVID-19 se espalhava pelo globo, todos os setores da sociedade foram forçados a reimaginar, reordenar e reestruturar suas atividades (WOOLLISCROFT JO. 2020). Os sistemas de saúde adaptaram seus recursos, como a estrutura física, equipamentos e equipes que pudessem atender à enorme necessidade de testar e rastrear pessoas com suspeita de infecções, de acolher e fornecer cuidados aos pacientes com COVID-19 e trabalhar as medidas de prevenção (KEESARA S., JONAS A., SCHULMAN K, 2020).

Apesar da função essencial dos setores hospitalares, a reorganização da APS torna-se ponto essencial, uma vez que se trata da principal porta de entrada do paciente no SUS, sendo com frequência o local do primeiro atendimento e a opção mais próxima e acessível ao paciente (BRASIL, 2017).

A APS tem papel fundamental na resposta global à doença, na vigilância em saúde dos territórios, prevenção, notificação, indicação de isolamento domiciliar, atendimento resolutivo de casos leves e identificação de casos graves que devem ser encaminhados para serviços especializados.

Além disso, atua no suporte a grupos vulneráveis como idosos e indivíduos que apresentam comorbidades crônicas, para que consigam seguir as recomendações preventivas, recebendo apoio sanitário, financeiro, psicológico e social (BRASIL, 2020a; DUNLOP *et al.*, 2020; GUADALUPE MEDINA *et al.*, 2020).

Dentre as ações que tiveram seu fluxo de atendimento alterado está a assistência nutricional, pois através da redução do acesso dos indivíduos aos serviços de saúde houve prejuízo às ações de alimentação e nutrição, fator que pode gerar agravamento das condições dos usuários em tratamento, exigindo recursos de média e alta complexidade, que se encontram já sobrecarregados pela demanda de sintomáticos respiratórios (GUADALUPE MEDINA *et al.*, 2020).

Nesse contexto, o atendimento na modalidade não presencial foi sendo inserido como principal forma de acolher e atender as demandas de usuários do território (PORTO ALEGRE, 2020). O Conselho Federal de Nutricionistas, diante da necessidade de manter a assistência nutricional à população, respeitando as medidas de isolamento e distanciamento social, resolveu em caráter excepcional e temporário, permitir a esses profissionais a assistência nutricional por meio da modalidade de atendimento não presencial ou por Telessaúde (CONSELHO FEDERAL DE NUTRICIONISTAS, 2020).

2.2 Uso de Tecnologias na Saúde

O Telessaúde é um programa institucional decretado pelo Ministério da Saúde em 2019, por meio do departamento de saúde digital e se refere à utilização de tecnologias da informação e comunicação (TIC), as quais seguem as seguintes diretrizes no âmbito do SUS: Transposição barreiras socioeconômicas, culturais e, sobretudo, geográficas, para que os serviços e as informações em saúde cheguem a toda população; Maior satisfação do usuário, maior qualidade do cuidado e menor custo para o SUS; Atendimento aos princípios básicos de qualidade dos cuidados de saúde: segura, oportuna, efetiva, eficiente, equitativa e centrada no paciente; Redução de filas de espera e tempo para atendimentos ou diagnósticos especializados; Evita os deslocamentos desnecessários de pacientes e profissionais de saúde. (BRASIL, 2019). Compõe o objetivo de melhorar e fortalecer as Redes de Atenção Básica (RAS).

Fornece o acesso à avaliação, diagnóstico, intervenção, consulta e monitoramento em saúde (UNITED STATES GOVERNMENT, 2020). Diversas ferramentas de acesso ao paciente podem ser utilizadas tais como a videoconferência, o e-mail e a tecnologia móvel por chamadas telefônicas ou aplicativos de mensagens de texto (PEREGRIN, 2019), entretanto, as chamadas telefônicas parecem garantir maior acesso do usuário ao serviço de saúde, uma vez que o telefone celular é o aparelho de comunicação digital mais prevalente nos domicílios dos brasileiros (93,2%) (BRASIL, 2012).

Assim, por meio das ações de teleconsulta, teleconsultoria, telemonitoramento e telediagnóstico é possível manter a assistência em saúde e proporcionar o cumprimento dos atributos essenciais da APS, em que o profissional de saúde e o usuário mantem comunicação simultânea estando diferentes espaços geográficos (BRASIL, 2017; PORTO ALEGRE, 2020). Para pessoas não infectadas com o vírus da COVID, mas com idade avançada e/ou com comorbidades crônicas que carecem de acompanhamento, o Telessaúde pode promover os cuidados de rotina sem exposição à ambientes hospitalares ou à serviços de saúde superlotados, mantendo as populações mais vulneráveis para complicações, seguras e assistidas pela equipe de saúde (BRASIL, 2020a; FARIAS et al., 2020).

Na área da nutrição, estudos demonstram efeitos sobre mudanças de estilo de vida em pacientes com DCNT na assistência nutricional através de TIC, desencadeando melhora no hábito alimentar, controle pressórico, lipídico e glicêmico e melhora nos parâmetros antropométricos, tais como peso, circunferência da cintura e Índice de massa corporal (IMC) (HAAS; HAYOZ; MAURER-WIESNER, 2019; LUNDE et al., 2018; VILLINGER et al., 2019).

Além disso, alguns estudos já estão sendo realizados com o objetivo de descrever a experiência do paciente com a utilização de TIC em saúde (BAKKEN et al., 2006; BLOCK et al., 2015; KRUSE et al., 2017; MORGAN et al., 2014), os resultados obtidos demonstram alta satisfação dos usuários com o atendimento remoto, maior acesso a cuidados de saúde, diminuição de custos, economia de tempo, redução de barreiras de transporte e principalmente elevação do empoderamento do usuário frente ao seu estado de saúde, adquirindo maior controle sobre o autocuidado (BERTUZZI et al., 2018; KRUSE et al., 2017; LEE; GREENFIELD; PAPPAS, 2018; LÓPEZ-TORRES et al., 2015; LÓPEZ et al., 2011; MORGAN et al., 2014; POLINSKI et al., 2016; POWELL et al., 2017).

Embora a telessaúde não consiga atender a todas as demandas, ela oferece uma oportunidade sem precedentes de proteger e melhorar a saúde de pacientes e de comunidades durante a pandemia COVID-19 e, por isso, é imprescindível avaliar e estudar rigorosamente seus efeitos em pacientes e profissionais de saúde para garantir que seja desenvolvida e usada de maneira sábia e adequada (WIJESOORIYA NR, et al., 2020).

2.3 A Educação em Saúde, Alimentação e Nutrição

A Educação Alimentar e Nutricional (EAN) no Brasil é reconhecida como uma ação estratégica para o alcance da Segurança Alimentar e Nutricional e da garantia do Direito Humano à Alimentação Adequada (DHAA). Conforme o Decreto Nº 7.272, de 25 de agosto de 2010, a EAN é uma diretriz da Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (PNSAN), e desde então, vem sendo trabalhada em uma perspectiva mais ampliada em diferentes espaços, no que tange o sistema alimentar, e articulada a outras políticas públicas (BRASIL, 2018).

A EAN está presente, de maneira transversal, em todas as diretrizes da Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN), e o Marco de Referência de Educação Alimentar e Nutricional para as Políticas Públicas, publicado em 2012, unifica o conceito e direciona as ações de EAN para as áreas da saúde, educação e assistência, refletindo um momento singular de valorização das ações da EAN, traduzido, por exemplo, no Plano Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (PIANSAN) e no Plano Plurianual (PPA). (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

De acordo com o Marco de Referência, a EAN pode ser conceituada como:

“[...] Educação Alimentar e Nutricional, no contexto da realização do Direito Humano à Alimentação Adequada e da garantia da Segurança Alimentar e Nutricional, é um campo de conhecimento e de prática contínua e permanente, transdisciplinar, intersetorial e multiprofissional que visa promover a prática autônoma e voluntária de hábitos alimentares saudáveis. A prática da EAN deve fazer uso de abordagens e recursos educacionais problematizadores e ativo que favoreçam o diálogo junto a indivíduos e grupos populacionais, considerando todas as fases do curso da vida, etapas do sistema alimentar e as interações e significados que compõem o comportamento alimentar [...]” (BRASIL, 2012b).

A EAN tem sido considerada uma estratégia fundamental para a prevenção e o controle dos problemas alimentares e nutricionais contemporâneos. Entre seus resultados potenciais, identifica-se: a contribuição na prevenção e no controle das doenças crônicas não transmissíveis e deficiências nutricionais; a valorização das diferentes expressões da cultura alimentar; o fortalecimento de hábitos regionais; a redução do desperdício de alimentos; e a promoção do consumo sustentável e da alimentação saudável (MINISTÉRIO DA CIDADANIA, 2022).

A promoção da saúde pode ser definida como o processo de envolvimento da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida, incluindo maior participação no controle deste processo. Os indivíduos e grupos devem descobrir aspirações, satisfazer necessidades e modificar favoravelmente o meio ambiente. A saúde deve ser vista como um recurso para a vida e não como um objeto de viver. (BRASIL, 2006a).

A educação em saúde deve estimular, portanto, a reflexão dos indivíduos sobre sua vida,

percebendo a saúde como um direito social (conquistado pela participação da sociedade), nesse contexto, deve ser pautada na reflexão crítica dos problemas. Paulo Freire discute a educação com uma possibilidade de libertação, uma educação que leve os seres humanos a “serem mais” humanos, políticos, conscientes e livres (FREIRE, 2010). Deve fazer uso de abordagens e recursos educacionais problematizadores e ativos que favoreçam o diálogo junto a indivíduos e grupos populacionais, considerando todas as fases do curso da vida, etapas do sistema alimentar e as interações e significados que compõem o comportamento alimentar.

O instrutivo “Metodologia de Trabalho em Grupos para Ações de Alimentação e Nutrição na Atenção Básica” destacada as ideias de Paulo Freire, em que “a problematização consiste na busca ativa pelo educando do desvelamento dos mecanismos de opressão, de forma que ele venha a empreender esforços para buscar melhores condições de vida, emancipação, defesa da existência digna e autonomia. É uma intervenção de educação voltada para a formação de valores, do prazer, da responsabilidade, da criticidade, do lúdico e da liberdade” (FREIRE, 1996; 2014).

Na educação problematizadora, de acordo com Paulo Freire, a relação entre educador e educando deve ser horizontal e dialógica para que haja a troca de conhecimentos em detrimento da relação de domínio de um sobre o outro. Tanto o educador quanto o educando possuem conhecimentos e experiências que deverão ser considerados durante as ações educativas. Para isto, o diálogo é uma ferramenta essencial, por ser o fio condutor para a libertação, a autonomia e a cidadania, com a formação de cidadãos comprometidos com a ética e a transformação do mundo (BRASIL, 2016).

Além disso, a comunicação possui influência decisiva nos resultados das ações. Para alcançar o sucesso, a comunicação deve ultrapassar os limites da transmissão de informações e a forma verbal, compreendendo um conjunto de processos mediadores da EAN (BRASIL, 2016).

O papel da promoção da saúde cresce em sua importância como uma estratégia fundamental para o enfrentamento dos problemas do processo saúde-doença-cuidado e da sua determinação. A direção, nesse caso, é o fortalecimento do caráter promocional e preventivo, contemplando o diagnóstico e a detecção precoce das doenças crônicas e aumentando a complexidade do primeiro nível de atenção, os quais ainda são considerados desafios para o SUS (BUSS, 1999).

A perspectiva da promoção da saúde se apresenta e é apontada como uma das diretrizes da PNAN: “promoção das práticas alimentares e estilos de vida saudáveis”, cuja ênfase está na “socialização do conhecimento sobre alimentos e o processo de alimentação bem como acerca da prevenção dos problemas nutricionais, desde a desnutrição - incluindo as carências específicas - até a obesidade” (BRASIL, 2000).

Nesse sentido, os autores Schall & Streechiner, entendem que a educação em saúde é um campo multifacetado cujo conceito se sobrepõe ao de promoção da saúde. Para eles, a educação em saúde inclui:

“[...] políticas públicas, ambientes apropriados e reorientação dos serviços de saúde para além dos tratamentos clínicos e curativos, assim como propostas pedagógicas libertadoras, comprometidas com o desenvolvimento da solidariedade e da cidadania, orientando-se para ações cuja essência está na melhoria da qualidade de vida e na promoção do homem (p.4).”

Dessa maneira, visualiza-se a construção do coletivo como uma alternativa para execução destes preceitos, corroborando a importância dos grupos de educação em saúde e alimentação na APS. Recomenda-se, portanto, que seja pautada nos seguintes aspectos: escuta ativa e próxima, reconhecimento das diferentes formas de saberes e práticas; construção partilhada de saberes; valorização do conhecimento, da cultura alimentar; atendimento integral às necessidades dos indivíduos e grupos; busca da formação de vínculo entre os diferentes sujeitos que integram o processo; busca da resolutividade e soluções contextualizadas; relações horizontais; monitoramento permanente dos resultados e formação de rede entre profissionais e setores envolvidos visando à troca de experiências e o diálogo (BRASIL, 2012b).

2.4 Grupos de Educação em Saúde, Alimentação e Nutrição na Atenção Primária à Saúde

Antigamente as formas de cuidados se baseavam no modelo biomédico, marcado pela unicausalidade do processo de saúde e doença é composto por intervenções curativistas, enxergando-se, nesse sentido, apenas a forma biológica do ser (corpo humano, dividido em sistemas e órgãos), sem considerar o contexto que envolve a saúde e a doença. Esse jeito de ver o processo saúde-doença, não só fragmenta o corpo humano, como deixa de considerar o ser humano (MAEYAMA; CUTOLO, 2010). No entanto, as mudanças que aos poucos ocorreram nas formas de assistência à saúde após a década de 1950, fizeram com que o conceito de Coletivo se apresentasse de uma nova forma, tanto para as ações curativas, quanto para as preventivas e aos poucos, as atividades grupais foram sendo introduzidas às práticas de saúde, principalmente na Atenção Primária (FURLAN; CAMPOS, 2010).

O instrutivo “Metodologia de Trabalho em Grupos para Ações de Alimentação e Nutrição na Atenção Básica” destaca que há necessidade premente de desenvolver ações pautadas na promoção da saúde, que incluam estratégias capazes de cooperar com a plena realização do potencial de saúde de indivíduos e comunidades e que atinjam grande contingência de pessoas, uma vez que as prevalências de DCNT no país são elevadas e, por consequência, torna-se um serviço bastante demandado, ocorrendo a impossibilidade de atender a todos os usuários mensalmente, o que pode ser solucionado ao organizar um acompanhamento coletivo. (SANTOS et al., 2006; ALVES, 2005). Nesse sentido, as ações coletivas são a melhor escolha, sobretudo por promover uma maior participação do usuário no processo educativo, no envolvimento da equipe com o participante e na otimização do trabalho (SILVA et al., 2013).

Ainda, o documento aborda que, nas intervenções coletivas, há um espaço cooperativo para troca de conhecimentos entre usuários e profissionais, de sociabilidade, de reflexão sobre a realidade vivenciada e de criação de vínculos. No grupo, o participante atua como suporte para outros membros, facilitando a expressão das necessidades, das expectativas e das angústias, favorecendo a abordagem integral das condições de saúde e dos modos de viver dos participantes (SOARES; FERRAZ, 2007; DIAS; SILVEIRA; WITT, 2009; FERREIRA NETO; KIND, 2010). Nesse contexto, as intervenções coletivas devem ser planejadas com vistas a potencializar a capacidade dos sujeitos para a construção de uma vida saudável mediante o desenvolvimento da autonomia, da cidadania e da consciência do direito à vida em condições de dignidade (SANTOS, 2006). Assim, espera-se maximizar a participação da comunidade no movimento de superação do senso comum por um conhecimento crítico (FREIRE, 2014). No grupo, os sujeitos experimentam diferentes contatos, que possibilitam construções coletivas para eles se diferenciarem diante de novas situações, estão além de um

agrupamento de pessoas no qual podem existir trocas e construções (ZANELLA; PEREIRA, 2001).

A aprendizagem online tem uma raiz histórica na educação à distância; o último era uma prática educacional alternativa para alunos que não tinham oportunidades de educação na forma tradicional (WEDEMEYER, 1981). A aprendizagem online é descrita como o acesso a experiências de aprendizagem através do uso da Internet e considerada uma versão mais recente da aprendizagem à distância (MOORE; DICKSON; GALYEN, 2011).

Embora poucos artigos tenham sido publicados até agora. Entende-se que pacientes ambulatoriais não COVID-19 com doenças crônicas e agudas têm suas necessidades regulares atendidas por sistemas de saúde que podem não ser mais capazes de atendê-las da mesma forma que antes. Mesmo na era de uma pandemia de COVID-19, todo paciente deve ter acesso a cuidados nutricionais como parte dos serviços de saúde. Com essas novas circunstâncias, é crucial construir e efetivar protocolos avaliação nutricional, prescrições e educação alimentar e nutricional, tornando-os adequados e adaptáveis para prática de atenção nutricional na atenção primária em um contexto de telessaúde (GREENHALGH, CHOON, CAR, 2020).

O aconselhamento nutricional pode ser realizado por telefone, teleconferência ou outros canais digitais quando apropriado e possível, a fim de minimizar contatos desnecessários. Os protocolos para cuidado nutricional não podem cobrir todas as situações clínicas em pacientes hospitalizados fora da UTI COVID-19 (Caccialanza R, et al 2020), mas podem ser de grande ajuda no fornecimento de orientação prática para o cuidado nutricional de pacientes não COVID-19, bem como de pacientes com COVID-19 fora de um ambiente hospitalar (KRZNARIC, et al., 2020).

Na aprendizagem online, a distância transacional, determinada pelo diálogo e estrutura, torna-se mais importante do que a distância física. Além disso, a aprendizagem online bem sucedida requer a realização e a acomodação de presenças cognitivas, sociais e de ensino. Também é crucial reconhecer os educandos não como recipientes passivos de informações predefinidas por um professor, mas como indivíduos ativos, capazes e independentes. Os autores discutem as diretrizes práticas e pedagógicas para projetar ações online eficazes, bem como estruturas e fluxos para abraçar a aprendizagem experiencial, acomodar a aprendizagem síncrona e assíncrona, facilitar interações, promover oportunidades de prática e uma comunidade de aprendizagem (RYM, 2020).

O trabalho dos profissionais de saúde se desenvolve direta ou indiretamente vinculado a grupos humanos, geralmente estão presentes as influências da interação destes com grupos sociais (família e comunidade). O modelo de reuniões em grupos tem sido uma forma adequada de auxiliar na promoção da compreensão de situações enfrentadas pelo indivíduo. São importantes o conhecimento, a compreensão e a pesquisa do conceito de grupo,

finalidade, estrutura, como ocorre as relações dentro do grupo e a interferência das mesmas no comportamento e estilo de vida dos indivíduos (BARRETO, 2003).

Cabe aos trabalhadores e aos usuários, a partir de seus próprios desejos e interesses, se apoiarem em uma teoria sobre a produção de saúde, tratem de construir projetos e de levá-los à prática. O grupo deve considerar a doença como objeto de conhecimento e de intervenção, e também incluir o sujeito e seu contexto como objeto de estudo e de prática grupal, identificando a doença como consequência do seu contexto de vida (CAMPOS et al., 1997).

Segundo Osório (2003), “grupo ou sistema humano é todo aquele conjunto de pessoas capazes de se reconhecerem em sua singularidade e que estão exercendo uma ação interativa com objetivos compartilhados”. Cada participante tem direito ao exercício da fala, de sua opinião, de seu ponto de vista e de seu silêncio. Cada um possui sua identidade, diferente dos outros, mesmo com objetivo comum grupal (papéis desempenhados pelos participantes).

Para Torres, Hortale e Schall (2003), as ações coletivas ampliam as possibilidades de controle das doenças, de reabilitação e de tomada de decisões que favoreçam uma vida saudável. Tal processo é altamente favorecido pela utilização da técnica de grupos operativos. A Dinâmica de Grupos Operativos consiste numa técnica de trabalho coletivo, cujo objetivo é promover o processo de aprendizagem. A existência de um mesmo objetivo supõe a necessidade de que os membros do grupo realizem um trabalho ou tarefa em comum, a fim de alcançá-lo (DIAS, 2009).

Para Dias et al (2009) essa tarefa consiste em organizar os processos de pensamento, comunicação e ação entre os membros do grupo. Assim, a aplicação do termo “operativo” significa um aspecto tríplice de pensamento, de sentimento e de ação. A educação em saúde, mais do que difundir informações, relaciona-se a ampliar a capacidade de análise e de intervenção das pessoas tanto sobre o próprio contexto quanto sobre o seu modo de vida e sobre sua subjetividade. Defender a vida é reconhecer que a vida tem uma medida quantitativa (anos de vida ganhos, sobrevivência) e outra qualitativa (o prazer de viver). As vantagens da realização de grupos consistem em facilitar a construção coletiva de conhecimento e a reflexão acerca da realidade vivenciada pelos seus membros, possibilitar a quebra da relação vertical (profissional-paciente) e facilitar a expressão dos sentimentos. Os grupos com o objetivo de socializar podem ajudar pessoas que tiveram algum episódio de perda e que interromperam seus vínculos sociais. O fundamental, neste caso, é a possibilidade que o grupo pode oferecer para o indivíduo de procurar novas alternativas para suas satisfações interpessoais e a adequação de seu perfil para o meio em que vive.

As ações que possuem abordagens educativas envolvem componentes de três diferentes esferas: o método, incluindo a técnica pedagógica, o conteúdo e a tecnologia empregada; os

indivíduos envolvidos, ou seja, educadores e educandos; e o espaço em que acontece a ação (DIAS, 2009).

As práticas educativas em saúde e nutrição devem ter como eixos centrais a promoção de saúde, compreendida como promoção da qualidade de vida e da cidadania, e o incentivo à adoção de padrões alimentares sustentáveis e que preservem a saúde, a cultura, o prazer de comer, a vida, os recursos naturais e a dignidade humana (BOOG, 2004). Nesta perspectiva, alguns exemplos de temas que podem ser abordados são o direito humano à alimentação; a segurança alimentar; o incentivo à alimentação saudável ao longo do curso da vida; o incentivo, apoio e proteção da amamentação; orientações dietéticas para indivíduos e grupos com diversos agravos nutricionais; nutrição e atividade física; nutrição e trabalho, meio ambiente, violência, relações de gênero, sexualidade e saúde reprodutiva; entre outros.

A experiência pessoal, saberes específicos de cada profissão, habilidades, gosto, vocação, devem ser estimulados a manifestar-se mediante composição com características dos outros componentes do grupo (CAMPOS, 2000).

O término do grupo é um evento tão importante quanto o seu percurso. Ao cuidar de um término digno do grupo é importante permitir que as pessoas possam experimentar as mudanças, sentimentos e os detalhes da separação como um momento inerente à vida. Muitos evitam essas situações acreditando que, com isso, irão evitar a dor. Assim não se despedem dos outros, iludindo-se que será mais fácil através da negação dos sentimentos (DIAS, 2009).

3 PERGUNTAS DE PARTIDA

Durante a pandemia de Covid-19, com a necessidade de distanciamento social, identificou-se mudanças nos programas de EAN na atenção primária à saúde, bem como a transformação das ações coletivas para o formato online. Qual é o perfil do grupo de Alimentação Saudável e Mudança de Estilo de Vida (ASMEV)? Qual a assiduidade dos participantes às ações? Quais os desafios e as possibilidades destas ações?

4 OBJETIVOS

4.1 Objetivo geral

Analisar a experiência de educação em saúde, alimentação e nutrição na Atenção Primária, durante a pandemia de COVID-19, no formato remoto, em uma unidade básica de saúde de Porto Alegre-RS.

4.2 Objetivos específicos

1. Descrever o formato e a sistemática de trabalho do grupo de Alimentação Saudável e Mudança de Estilo de Vida (ASMEV);
2. Descrever o perfil sociodemográfico e as necessidades de cuidados em saúde e nutrição dos usuários;
3. Analisar a participação dos usuários nos encontros propostos.

5 METODOLOGIA

5.1 Delineamento

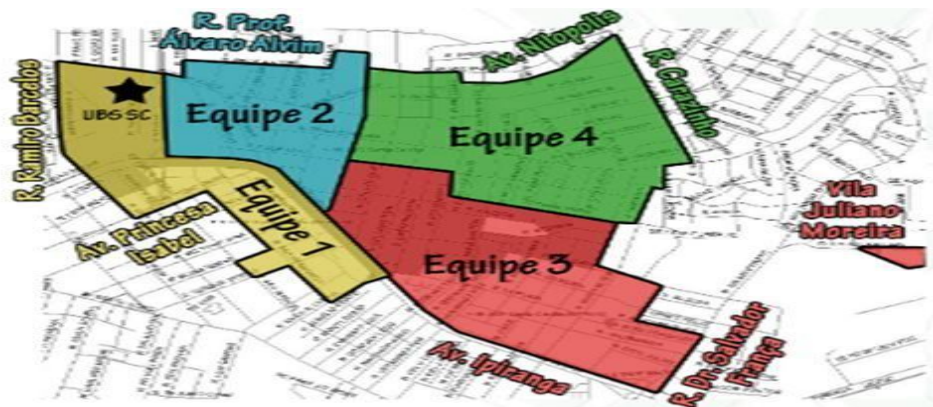
Estudo transversal descritivo a partir da sistematização de dados obtidos por meio da revisão de prontuários eletrônicos e de planilhas de registros e gerenciamento do grupo, além das observações registradas no período de acompanhamento do trabalho.

O presente estudo é parte de um projeto maior de Trabalho de Conclusão de Residência (TCR), intitulado “Assistência nutricional por teleconsulta na Atenção Primária à Saúde sob o olhar do usuário”, de autoria da nutricionista Francielle Veloso, coordenado pela professora Ilaine Schuch e colaborado pela aluna Gabriela Tassoni. Esse projeto foi provado pelo Comitê de Ética do Hospital de Clínicas de Porto Alegre.

5.2 População e local de estudo

O grupo de pessoas que fez parte do presente estudo é constituído pelos usuários do serviço de saúde da Unidade de Saúde Santa Cecília do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, encaminhados pela equipe de saúde para cuidados nutricionais, no período entre os meses de janeiro e dezembro de 2021. A UBS é gerenciada pela coordenadoria de saúde oeste (CS-OESTE) e pertence ao Hospital de Clínicas de Porto Alegre. O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) relata que no ano de 2010 mais de 40.000 indivíduos faziam parte do território, sendo destes, 30.000 cadastrados na UBS, compondo um total de 12.000 famílias. A divisão do território se dá através de quatro equipes de saúde da família, compostas por agentes comunitários de saúde, assistente social, enfermeiros, nutricionistas, médicos e farmacêuticos.

Imagem1: Divisão do território da UBS de acordo com as equipes de saúde



5.3 Critérios de inclusão no estudo

Usuários da Unidade de Saúde Santa Cecília, com idade acima de 18 anos que participaram do grupo Alimentação Saudável e Mudança de Estilo de vida (ASMEV), no período entre janeiro e dezembro de 2021, no formato *online*, com registro de presença em, pelo menos, um dos encontros propostos.

5.4 Aspectos éticos

A pesquisa foi desenvolvida em conformidade com as normas vigentes, bem como a confidencialidade dos dados e relatos coletados dos participantes, os quais foram utilizados exclusivamente pelo pesquisador para fins deste projeto e do artigo de publicação que será desenvolvido posteriormente.

5.5 Variáveis estudadas e coleta de Dados

1º etapa: revisão e descrição da dinâmica do grupo;

2º etapa: verificou-se a número total de pacientes encaminhados à assistência nutricional coletiva e por Tecnologia da Informação e Comunicação, bem como a distribuição deles durante os meses do ano de 2021;

3º etapa: identificou-se usuários que foram contatados e convidados, por ligação telefônica, para participarem do grupo, bem como aqueles que aceitaram e recusaram o convite. Àqueles que aceitaram, analisou-se a quantidade de encontros que participou. Para aqueles que recusaram, por sua vez, investigou-se o motivo da recusa através da justificativa dada em ligação e registrada pela equipe de trabalho;

4º etapa: limitou-se àqueles pacientes que aceitaram o convite e compareceram em pelo menos um dos encontros propostos, constituindo o grupo estudado de uma forma mais aprofundada. Nesse sentido, avaliou-se os dados sociodemográficos (sexo, faixa-etária, escolaridade, cor da pele, território de equipe de saúde), necessidades de cuidados (motivo do encaminhamento para a nutrição e, diagnóstico médico de doenças) e a assiduidade aos encontros, por meio da revisão do prontuário eletrônico em que se encontram os dados individuais e os registros de presença efetuados pela direção do grupo (resposta ao convite de ligação, quantidade de encontros que participou e qual(is) encontro(s) participou).

5.6 Análises dos resultados

Os dados foram anotados diretamente em planilhas no editor Microsoft Excel® e, posteriormente, feita dupla digitação no programa EpiData®. A estatística dos dados foi realizada utilizando o software SPSS versão 3.1 com análise descritiva por meio de frequência simples, média e desvio padrão para as variáveis contínuas e proporções com intervalo de confiança de 95% para as variáveis categóricas.

6 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

6.1 O formato e a Sistemática de Trabalho do Grupo de Educação em Saúde

O grupo operativo semiaberto Alimentação Saudável e Mudança de Estilo de Vida (ASMEV) surgiu, inicialmente, no formato presencial no ano de 2010, coordenado pelo núcleo de nutrição, composto por nutricionistas, residentes, professores e alunos. Os usuários acessam o grupo por encaminhamento de algum profissional de saúde ou por demanda espontânea através da procura pelo serviço de nutrição.

A atividade do grupo ocorre no sentido de uma estratégia de cuidado nutricional, como um instrumento de abordagem integral do processo saúde-doença, utilizando de um espaço coletivo para interação entre indivíduos que integram o território da Unidade Básica de Saúde Santa Cecília. Oportuniza a ampliação da discussão sobre temas relacionados à alimentação, nutrição, hábitos, comportamentos e sentimentos, e favorece uma escuta ampliada dos problemas de saúde.

Com a pandemia de COVID-19 a atividade foi inicialmente suspensa, sendo retomada no mês de agosto de 2020, no formato *online*. Naquele momento foram realizadas adaptações na dinâmica do grupo, especialmente para que pudesse garantir o acesso ao máximo de usuários com demandas da área da alimentação, tendo em vista que todas as outras formas de acesso presencial haviam sido suspensas.

Planejou-se então, a seguinte dinâmica de operação: grupo com edição mensal com capacidade máxima de 30 participantes por edição, realizada via meet. Ocorrem quatro encontros mensais, sendo um a cada semana com a duração de uma hora e trinta minutos. Os três primeiros encontros são destinados às discussões sobre alimentação saudável e mudanças no estilo de vida, e o quarto encontro do mês tem o objetivo de reunir participantes de edições anteriores com participação mínima em dois encontros, o qual vem sendo denominado de encontro/grupo de acompanhamento. Este último encontro é importante para a manutenção do vínculo, garantindo a continuidade do cuidado e o alcance dos objetivos. É um momento de escuta das possíveis dificuldades, bem como das evoluções positivas em relação ao autocuidado em saúde, alimentação e estilo de vida. Ainda, em cada encontro são discutidos temas definidos pelos profissionais em conjunto com os participantes.

O plano operacional do grupo, seguiu da seguinte maneira: Os profissionais de saúde apresentam e discutem os casos em equipe e encaminham os indivíduos ao serviço de nutrição.

Os dados individuais destes usuários são registrados em planilhas do programa Excel e uma semana antes do início dos encontros, os usuários são contatados, via ligação telefônica, para convite ao grupo. Os que desejam participar são adicionados ao grupo de WhatsApp, no qual recebem informações sobre o funcionamento dos encontros e auxílio no acesso à plataforma online Google Meet.

O plano educativo, portanto, organizou-se em duas etapas: apresentação oral, exposição de slides e espaço aberto para debate. A seguir é descrito, por itens, a dinâmica dos encontros:

- No primeiro encontro cada participante apresentou-se individualmente respondendo seu nome, idade, ocupação e todos são estimulados a verbalizar ou escrever uma palavra ou frase sobre o que alimentação representa para ele. Na sequência foram definidas, de forma conjunta, algumas combinações para que os encontros permitam a manifestação e participação de todos, e que dizem respeito ao tempo de fala, obrigatoriedade de desligar o microfone após falar e o sigilo e respeito ao espaço de fala dos participantes.

Em seguida, foram estimulados a refletir e descrever o que gostam na sua rotina alimentar e o que acreditam poder melhorar, abrindo espaço de reflexão para exercício de autoconhecimento. Após isso, demonstrou-se como montar um prato saudável (para onívoros e vegetarianos), discorrendo sobre a distribuição dos grupos alimentares, bem como as opções alimentares de cada grupo. Avaliou-se as quantidades de porções alimentares relacionadas com a composição calórica dos alimentos e, por fim, propuseram a dinâmica: elaboração de um plano alimentar semanal para si ou grupo familiar, contendo a lista de compras do supermercado.

- No segundo encontro explanou-se sobre o processamento dos alimentos de acordo com Guia Alimentar para a População Brasileira (2ª edição) e Rotulagem Nutricional. A dinâmica proposta foi o “duelo dos alimentos”. Selecionaram-se tipos e marcas de alimentos comumente comercializados e comparados a lista de ingredientes de dois produtos por vez. Os participantes foram estimulados a conhecer as informações nutricionais dispostas e desenvolver senso crítico em relação à composição, publicidade e preço dos alimentos, além de identificarem os graus de processamentos.
- No terceiro encontro a conversa direcionou-se ao comportamento alimentar, iniciando com os mitos sobre alimentação: expuseram frases em relação à alimentação e nutrição comuns no cotidiano e no senso comum, instigando os participantes a avaliarem a veracidade dessas informações. Logo, estes mitos foram desconstruídos com apresentações das evidências do determinado tema.

Outras frases comuns sobre dificuldades na alimentação foram expostas para discutirem as soluções de determinada questão, bem como ciclo de compulsão alimentar, organização da rotina alimentar, comer emocional e disfuncional, ideias para aumentar o repertório de enfrentamento emocional e escala da fome e saciedade.

- No quarto encontro a temática foi livre e diversificada. Dialogou-se com o grupo mensal para entender quais assuntos eram mais interessantes e relevantes para os participantes, por exemplo, aproveitamento integral dos alimentos, *Fake News* na nutrição, compreensão e superação de obstáculos, motivação na alimentação, diabetes mellitus, hidratação, dez passos para uma alimentação saudável, organização na alimentação, mitos e verdades na alimentação, festas de final de ano e comportamento alimentar e dúvidas frequentes em alimentação e nutrição. A partir disso, elaborou-se materiais e dinâmicas para os encontros.

O grupo no aplicativo WhatsApp sustentou o diálogo ao longo da semana em que o grupo não operou de forma síncrona. Foram lançados materiais educativos para leitura. E possíveis tarefas para realizarem em casa: construção de um planejamento de cardápio diário para o grupo familiar e das compras no supermercado, análise de rótulos dos alimentos da despensa de casa e passo a passo para obter e utilizar o aplicativo Desrotulando® nos supermercados.

O modelo de atenção adotado pelo SUS durante o período de pandemia exige, portanto, estratégias que vão além dos atendimentos individuais e seja possível unificar as pessoas em um mesmo espaço, para contemplar demandas de saúde da população. E nesse contexto, as atividades de grupo têm grande potencial de manter os vínculos e os cuidados em saúde durante a pandemia e após esse período.

6.2 Perfil dos usuários

Entre os participantes do grupo ASMEV, a maioria eram mulheres. Em relação à escolaridade, predominou-se o ensino médio (45,7%) e ensino superior (37,2%). Caracterizou-se 88,3% deles com a cor da pele branca. E a faixa-etária, por sua vez, prevaleceu 42,55% entre 40 e 60 anos e apenas 14,86% jovens entre 20 e 40 anos.

Tabela 1. Distribuição dos usuários de acordo com características sociodemográficas

| Variáveis | N | % |
|--------------------------------|----|-------|
| Faixa etária (n=94) | | |
| Entre 20 e 40 anos | 14 | 14,86 |
| Entre 41 e 60 anos | 43 | 42,55 |
| Mais que 60 anos | 37 | 39,36 |
| Sexo (n=94) | | |
| Masculino | 30 | 31,9 |
| Feminino | 64 | 66,1 |
| Escolaridade (n=82) | | |
| Ensino fundamental | 4 | 4,3 |
| Ensino médio | 43 | 45,7 |
| Ensino superior | 35 | 37,2 |
| Cor da pele (n=94) | | |
| Branca | 83 | 88,3 |
| Preta e parda | 11 | 11,7 |
| Equipes de saúde (n=94) | | |
| Equipe 1 | 19 | 20,2 |
| Equipe 2 | 26 | 27,7 |
| Equipe 3 | 31 | 33 |
| Equipe 4 | 18 | 19,1 |

Dados fornecidos pelo setor de nutrição indicam que nos últimos 18 meses foram atendidos na UBS 1.2661 pessoas da equipe 1; 1.987 pessoas da equipe 2; 4.272 pessoas da equipe 3; e 1.547 pessoas da equipe 4. O percentual que representa, neste trabalho, a participação das quatro equipes de saúde no grupo é de 20,2%, 27,7%, 33% e 19,1%, respectivamente.

Pressupõe que maior frequência seja representada pela equipe 3 por compor um território com alta prevalência de idosos e de indivíduos cadastrados na UBS. Ao passo que a equipe 2 representa perfil de renda maior entre os usuários e uma delimitação territorial menor, em contrapartida da equipe 1, onde a vulnerabilidade e as dificuldades de acesso estão mais presentes.

Sobre o perfil de sexo, sabe-se que as masculinidades e as feminilidades constituem espaços simbólicos que estruturam a identidade dos sujeitos, modelam comportamentos e emoções que passam a ter modelos a serem seguidos (KEIJZER 2003.). Destacam-se estudos como o de Coutney, que assinala a importância em considerar elementos relativos às práticas e comportamentos não saudáveis adotados pelos homens a partir de uma perspectiva de gênero que considere as dimensões de iniquidade social e poder, na medida em que essas são manifestações visando demonstrar padrões hegemônicos de masculinidade reconhecidos como característicos do ser homem, como viril, forte, invulnerável e provedor (COUTO, 2010).

Estudos como o Machin (2010), intitulado “Concepções de gênero, masculinidade e cuidados em saúde: estudo com profissionais de saúde da atenção primária” discorrem sobre negação de dor ou sofrimento masculino, para reforçar a ideia de força e demarcar a diferenciação com o feminino (tarefa do feminino que reforça a mulher na condição de cuidadora e de mediadora da relação homens-serviços), a partir dessa autopercepção, contrapõem-se a comportamentos baseados no cuidado em saúde (invisibilidade dos homens como sujeitos de cuidado e como potenciais cuidadores) e, por conseguinte, maior dificuldade por busca de assistência em saúde, como se esta ação fosse passível de desmerecimento do sexo masculino (GOMES; NASCIMENTO; ARAUJO, 2010).

Para Machin (2010): “[...] as identidades sociais de homens e mulheres elaboradas nas relações sociais constroem não só modos de conceber o corpo, a saúde e a doença, mas, igualmente, produzem serviços de saúde baseados em modelos ideais de masculino e feminino que, ao mesmo tempo em que permitiram reconhecer necessidades específicas com relação à saúde das mulheres, normalizando-as na direção da reprodução biológica, dificultam visibilizar determinadas demandas relativas aos homens, por não serem identificadas com a lógica orientadora da assistência em saúde (COUTO MT, 2010).”

Nesse contexto, considera-se que o conjunto de tais representações têm implicações para as

relações, rotinas dos serviços e reprodução das desigualdades de gênero no tocante às necessidades, ao acesso e ao uso dos serviços na APS. (MACHIN, 2010).

Ao pensarmos no acesso relacionando as variáveis pesquisadas, de acordo com a literatura, sabe-se que os sistemas públicos universais e a proposta mais recente da Organização Mundial da Saúde de cobertura universal em saúde, ainda que apresentem diferenças substantivas entre si, sugerem que as pessoas devem ter acesso à atenção integral à saúde com serviços de qualidade baseados nas necessidades dos indivíduos, das famílias e das comunidades, sem barreiras econômicas que dificultem a acessibilidade (TASCA, 2014).

As doutrinas dos sistemas universais e da cobertura universal em saúde preconizada pelo SUS, muitas vezes, dão a entender que cobertura universal e acesso são conceitos idênticos. Contudo, o acesso pode ser dificultado pela existência de barreiras ao acesso. É comum que essas barreiras obstruam o acesso de pessoas a serviços de saúde por várias razões.

Para Donabedian (1973) o acesso, tomado como acessibilidade aos serviços de saúde, é a capacidade de um sistema de atenção à saúde responder às necessidades de saúde de uma população (potencial para alterar, positivamente, o estado de saúde). O autor distinguiu dois tipos de acessibilidade: a sócio-organizacional, que inclui características da oferta de serviços e a geográfica que se relaciona ao espaço e que pode ser medida pela distância e tempo de locomoção, custos de transporte e outras variáveis (TRAVASSOS, 2004).

O que, de fato, vai ao encontro do grupo, por operar na modalidade online. Assim, percebe-se que o perfil dos participantes resultante desta pesquisa também dialoga com o perfil de outros estudos, representando a maior parte daqueles que buscam e realizam acompanhamento na UBS. De acordo com a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) do IBGE, há um aumento de procura em função da idade (12% em 0 a 14 anos, 14% em 15 a 59 anos e 23% nos acima dos 60 anos) e das pessoas de cor branca (16% contra 14% dos pretos e pardos), além da maior procura por serviços de saúde nos extremos de escolaridade (0 a 3 anos e 11 ou mais anos de estudo, 16% e 15%, respectivamente, contra 14% nas faixas de escolaridade intermediárias) (SILVA, 2008). No entanto, tornou-se imprescindível o olhar e a investigação para as diferenças nos percentuais de participações entre os indivíduos brancos e pretos, o qual apresentou-se bastante desigual. O mesmo ocorreu com participantes de baixa escolaridade, com baixa prevalência.

Nesse contexto evidencia-se outros olhares para o acesso, com intuito de desenvolver os princípios de equidade preconizados pelo SUS, para que, de fato, sejam construídos e consolidados, ainda que localmente.

Os autores Penchansky e Thomas (1981) definiram o acesso como o ajuste entre as pessoas usuárias e os sistemas de atenção à saúde e identificaram várias dimensões do acesso: a disponibilidade dos serviços; a acessibilidade geográfica; o grau de acolhimento; a capacidade de compra das pessoas usuárias; e a aceitabilidade recíproca entre os profissionais de saúde e as pessoas usuárias. Para compreender essa barreira é necessário fazer uma distinção entre disponibilidade dos serviços e utilização efetiva dos serviços. O acesso refere-se ao uso, no momento adequado, de serviços e tecnologias de reconhecida efetividade. (OMS, 1993). A disponibilidade constitui uma propriedade potencial, mas não garante o acesso e, por isso, oportunidades de bons resultados estão sendo perdidas por problemas de acesso.

Todas as definições apresentadas partem de uma concepção ampliada de saúde que, mais do que ausência de doença, é aqui entendida como um direito que deve ser garantido e preservado, sendo determinada pelo acesso à renda, à moradia, à alimentação, à educação, ao trabalho, ao lazer, ao transporte e aos serviços em geral, tendo reflexo também nas atitudes e escolhas cotidianas. A saúde é, portanto, um processo em permanente construção, sendo, ao mesmo tempo, individual e coletivo (CAMPOS et al., 2004).

6.3 Necessidades de cuidados nutricionais e de saúde

Analisaram-se múltiplas demandas de saúde por paciente, uma vez que o perfil epidemiológico da população estudada não se caracteriza por apenas uma demanda, assim como os profissionais de saúde, ao encaminhar os usuários para o grupo, podem assinalar diferentes diagnósticos clínicos e nutricionais justificando o encaminhamento, com exceção ao estado nutricional (obesidade e sobrepeso), os quais deviam ser assinalados apenas uma dessas duas opções juntamente com as outras condições de saúde, quando existentes.

Tabela 2. Distribuição dos usuários de acordo com as necessidades de cuidados nutricionais e de saúde

| Variáveis | n | % |
|--|----|------|
| Necessidades de cuidados nutricionais (n=94) | | |
| Hipertensão Arterial Sistêmica | 45 | 47,9 |
| Obesidade | 38 | 40,4 |
| Saúde mental | 37 | 39,4 |
| Dislipidemia | 33 | 35,1 |
| Diabetes Mellitus tipo 2 | 28 | 29,8 |
| Sobrepeso | 12 | 12,8 |
| Tolerância à glicose diminuída | 11 | 11,7 |
| Doenças cardiovasculares | 8 | 8,8 |
| Doenças da tireoide (hipotireoidismo e hipertireoidismo) | 8 | 8,5 |
| Tabagismo | 7 | 7,4 |
| Transtorno Alimentar (compulsão alimentar periódica) | 7 | 7,4 |
| Colecistectomia | 6 | 6,4 |
| Cirurgia plástica (mamoplastia redutora e abdominoplastia) | 6 | 6,4 |
| Doenças ósseas (osteopenia/osteoartrose/osteoporose) | 5 | 5,3 |
| Doença do Refluxo Gastro Esofágico | 5 | 5,3 |
| Anosmia pós covid-19 ou ganho de peso na pandemia | 5 | 5,3 |
| Etilismo | 4 | 4,3 |
| Vulnerabilidade social | 3 | 3,2 |
| Doença Renal Crônica | 3 | 3,2 |

| | | |
|---|---|-----|
| Nefrolitíase | 3 | 3,2 |
| Cirurgia Bariátrica | 3 | 3,2 |
| Intolerância à lactose | 3 | 3,2 |
| Mudança de Estilo de Vida | 3 | 3,2 |
| Gastrite | 2 | 2,1 |
| Anemia crônica | 2 | 2,1 |
| Disfagia | 2 | 2,1 |
| Dispepsia | 2 | 2,1 |
| Doença intestinal (síndrome do intestino irritável e constipação) | 2 | 2,1 |
| Hipovitaminose | 2 | 2,1 |
| Esteatose hepática | 2 | 2,1 |
| Infecção Sexualmente Transmissível (HIV) | 2 | 2,1 |
| Câncer | 1 | 1,1 |
| Gota | 1 | 1,1 |
| Uso de suplemento sem acompanhamento | 1 | 1,1 |
| Perda de peso não intencional | 1 | 1,1 |
| Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) | 1 | 1,1 |
| Doença Neurológica | 1 | 1,1 |
| Pancreatite | 1 | 1,1 |
| Diverticulose | 1 | 1,1 |

Dentre as trinta e nove demandas de cuidados alimentares apresentados pelos participantes, as maiores prevalências foram 47,9% HAS, 40,4% obesidade, 39,4% saúde mental (depressão, ansiedade, síndrome do pânico, TAG, TEPT, THB), 35,1% dislipidemias (hipertrigliceridemia e hipercolesterolemia), 29,8%, DM2, 12,8 sobrepeso, 11,7%, tolerância à glicose diminuída, 8,8%, doenças cardiovasculares, 8,5%, doenças da tireóide, 7,4% tabagismo e 7,4% transtorno alimentar. Apenas 3,2% alimentação saudável e mudança de estilo de vida não associado à comorbidades.

O caderno 38 da Atenção Básica, elaborado pelo Ministério da Saúde, aborda estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica e discorre sobre as diversas mudanças que a população brasileira passou por nas últimas quatro décadas, em relação à transição demográfica, com aumento na expectativa de vida e na proporção de idosos na população; a transição epidemiológica, com diminuição das doenças infecciosas e aumento das doenças crônicas não transmissíveis; e a transição nutricional, por sua vez, com queda da desnutrição em todas as idades e aumento do excesso de peso, em todas as idades e classes de renda. Essa realidade tem implicações no que se refere ao complexo quadro de saúde-doença do País, uma vez que os problemas ambientais, de violência e do processo de envelhecimento populacional, com aumento das doenças e agravos não transmissíveis, somam-se aos problemas já existentes, como a morbimortalidade por doenças infecciosas e os problemas de saúde na infância (PAIM et al., 2011; SCHMIDT et al., 2011; BARRETO et al., 2011; VICTORA et al., 2011). Entende-se que essas condições interferem na duração e qualidade de vida, e ainda, no caso da obesidade, traz implicações diretas na aceitação social dos indivíduos quando excluídos da estética difundida pela sociedade contemporânea (SCHMIDT et al., 2011).

Ainda, os autores relatam que “este complexo cenário traz grandes desafios para as RAS, em especial para a Atenção Básica. Por sua proximidade ao cotidiano de vida das pessoas, tem maior poder de compreensão da dinâmica social e dos determinantes de saúde de cada território, tornando-se local privilegiado para desenvolvimento de ações de promoção de saúde e enfrentamento das DCNT que acometem os indivíduos, as famílias e a população. Assim, as intervenções para a recuperação e/ou manutenção da saúde, das populações e dos indivíduos, precisam considerar as diversas concepções presentes na sociedade sobre alimentação, atividade física, corpo e saúde. A Atenção Básica, além de acolher e tratar o indivíduo com DCNT deve ser a ordenadora do cuidado e centro de comunicação entre os demais pontos da Rede de Atenção, garantindo o cuidado integral (BRASIL, 2014).”

Nesse contexto, ao refletir sobre a prevenção de doenças, pensa-se que está fundamentada na redução do risco de tornar-se doente com intervenções orientadas que objetivam reduzir a incidência e prevalência de determinada doença nas populações. A prevenção em saúde “exige uma ação antecipada, baseada no conhecimento da história natural a fim de tornar improvável o progresso posterior da doença” (LEAVELL; CLARCK, 1976). Entretanto, ao refletir sobre a atenção primária ser um espaço base para a prevenção de doenças e educação em saúde, vê-se que os resultados desse trabalho revelam baixa adesão ao programa de EAN para aqueles usuários que não possuem nenhuma comorbidade (3,2%).

As necessidades dos pacientes com condições crônicas são distintas daqueles com condições agudas, pois precisam de apoio continuado, não apenas de intervenções biomédicas, o cuidado deve ser planejado e de atenção capaz de prever suas necessidades. Para esse grupo a atenção necessita ser integrada e, para sua efetividade, tem de envolver tempo, oferta de cuidados de saúde e o empoderamento para o autocuidado (MENDES, 2011).

Ao pensar sobre a frequência de demandas relacionadas com a saúde mental, percebe-se forte relação com a pandemia. A sociedade vivenciou o tédio, a decepção, irritabilidade e os sentimentos negativos nas medidas de isolamento com sintomas de depressão. Além disso, a incerteza quanto ao estado de saúde, exagero de notícias vinculadas a pandemia, ansiedades, esterilização excessiva, são fatores que podem preceder os Transtorno do Pânico, Transtorno Obsessivo Compulsivo (TOC), estresse e Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT) (WANG C, et al., 2020b; ZHANG Y, et al., 2020).

Para Lima (2020) as condições psiquiátricas (e maior impacto psicológico) foram intensificadas na população idosa, mulheres e indivíduos com DCN e nessa faixa etária necessita de direcionamento das medidas de prevenção. (WANG C, et al., 2020b; ZHANG Y, et al., 2020). Assim com “os portadores de doenças crônicas também são afetados, por necessitarem de atendimento médico regular. Os indivíduos suspeitos ou confirmados podem reduzir a adesão ao tratamento ao sentirem-se solitários, ansiosos e desesperados, o que acarreta sentimentos de negação podendo evoluir para depressão e, até, suicídio” (FIORILLO A e GORWOOD P, 2020; LI W, et al., 2020).

Com o intuito de minimizar esses sentimentos, os programas online devem fazer parte do enfrentamento da pandemia, sendo identificados como medidas de apoio emocional, por ressaltarem emoções e gerarem um estado de coesão em grupo mesmo no distanciamento social. (LIMA, 2020). A utilização de recursos digitais auxilia o indivíduo a não se sentir isolado do mundo exterior, assim como, a estreitar laços com a comunidade. Além disso, a grande quantidade de pessoas que necessitam de cuidados pode gerar exaustão física e mental em toda equipe, o que pode ser minimizado ao realizar acompanhamento coletivo.

Dias (2009) reforça a necessidade da comunicação e a empatia. Somente uma comunicação efetiva pode auxiliar o paciente a conceituar seus problemas, enfrentá-los, vislumbrar sua participação na experiência e alternativas de solução dos mesmos, buscando adaptar-se a novos padrões de comportamento. “A empatia refere-se a uma sintonia emocional do coordenador com os participantes - integrar-se no clima grupal. A capacidade de síntese e integração é a de se extrair um denominador comum dentre as inúmeras comunicações provindas das pessoas do grupo e integrá-las (por exemplo, atitudes agressivas versus amorosas) em um processo de construção e reparação de ideias.”

6.3 Participação dos usuários aos encontros

Para analisar a assiduidade aos encontros, precisou-se quantificar, em primeiro momento, quantos usuários da UBS foram encaminhados ao grupo ASMEV durante o ano de 2021, que totalizou 339 pessoas. Destas, 74 pessoas não receberam o convite de ligação e 265 pessoas receberam o convite de ligação, o que configurou-se como objeto de estudo para entendimento de quantas pessoas aceitaram e recusaram o convite, assim como a investigação da recusa ao convite. Dos indivíduos que aceitaram o convite, 94 pessoas participaram, de fato, de pelo menos um encontro.

Tabela 3. Respostas às ligações de convite, quantidade de encontros que cada um participou, qual(is) encontro(s) participou e avaliação das participações de acordo com os meses do ano de 2021.

| Variáveis | n | % |
|---|-----|------|
| Respostas ao convite de ligação (n=265) | | |
| Deseja participar | 210 | 79,2 |
| Não deseja participar | 55 | 20,7 |
| Houve impedimento para realizar o convite (n=74) | 74 | 21,8 |
| Quantidade de encontros que cada indivíduo participou (n=94) | | |
| Participaram de um encontro | 20 | 21,3 |
| Participaram de dois encontros | 34 | 36,2 |
| Participaram de três encontros | 40 | 42,6 |
| Média da quantidade de participantes por mês (n=94) | 8,5 | |
| Frequência de participação dos indivíduos por encontro proposto (n=94) | | |
| Participaram do primeiro encontro | 82 | 87,2 |
| Participaram do segundo encontro | 62 | 66 |
| Participaram do terceiro encontro | 63 | 67 |

Apenas de todos convidados (n=210) serem adicionados ao grupo de WhatsApp após aceite, apenas 94 pessoas participaram, de fato (44,76). Aqueles que recusaram o convite (n=55): sem justificativa (n=25), incompatibilidade de horário (n=13), solicitou participar no mês seguinte por questões de saúde e/ou indisponibilidade de tempo (n=11), relataram não concordar com abordagem virtual (n=2) ou, por fim, não tem/não sabe utilizar tecnologias (n=4) reforçando a situação como impedimento.

Além disso, os impedimentos para realização do convite apareceram em 21,02% do total encaminhado ao grupo, sendo estes definidos pelo não atendimento ou retorno ao contato telefônico (n=65) ou as informações fornecidas à equipe de nutrição foram insuficientes para realizar o contato com o paciente, bem como encaminhamento sem número de prontuário do paciente ou número de telefone (n=9).

Nas participações, o mês de fevereiro não foi contabilizado, pois neste período há recesso do grupo. Visualizou-se maior quantidade de participantes no mês de agosto (n=14), e os meses de julho (n=5) e outubro (n=2) com menor proporção de pacientes.

Em relação aos encontros, o segundo encontro foi o que resultou na maior abstenção. E 42,6% dos participantes participaram, de fato, de todos os encontros propostos. Em contrapartida, 21,3% participaram de apenas um encontro.

As possíveis influências nessas diferenças de frequências de participação podem ser decorrentes da mudança do quadro da equipe (rotatividade dos profissionais), fluxos de atendimento, procura pelos serviços por demanda espontânea, estação do ano, incidência de casos de COVID confirmados e consequente isolamento e, por fim, o grau de acolhimento que o usuário recebeu, desde da chegada à UBS ao acolhimento com diferentes profissionais e setores.

Os instrutivos de formação de grupos operativos, elaborados pelo Ministério da Saúde, indicam, no âmbito da APS, a necessidade de um primeiro acolhimento presencial e individual com o paciente para oportunizar uma escuta ativa sobre suas necessidades, desejos, hábitos, relações sociais, história alimentar, modos de viver e como o indivíduo enxerga-se no mundo. Assim, possibilita-se a formação de vínculo entre o profissional de saúde e o paciente, o que resultará na melhor adesão e assiduidade ao grupo.

O caderno 38 da Atenção Básica “Estratégia para o cuidado da pessoa com doença crônica” destaca que a composição do grupo deve buscar alguma homogeneidade no que diz respeito à situação de vida pela qual os participantes estejam passando, mesmas necessidades e interesses. Assim, os sentimentos, as ansiedades, os medos e as fantasias podem ser expostos de forma que os participantes, ao compartilharem vivências semelhantes, não se sintam isolados e se identifiquem com outras pessoas que também estão passando pelas mesmas situações (MALDONADO, 1982; ROTENBERG; MARCOLAN, 2002). Sendo os grupos diferenciados em relação ao gênero, à faixa etária, às necessidades biológicas e sociais, os objetivos, os recursos e as dinâmicas utilizadas, que deverão ser adaptados ao perfil de cada um deles. Os resultados da avaliação dos estágios de mudanças de comportamento também podem ser utilizados como critério para continuidade dos grupos.

As baixas frequências e as oscilações, assim como as desistências de ingressar aos encontros ou a dificuldade em engajar-se com o próprio cuidado pode ser resultante de estratégias falhas de educação em saúde. Aquelas em que se propõe somente prover informação aos indivíduos para promover uma decisão informada sobre os riscos à saúde, desconsidera-se esta vasta rede de condicionantes e coloca o indivíduo como o maior responsável pela sua saúde, ou melhor, o “culpado pela sua doença”, o que frequentemente afasta o indivíduo do plano de cuidado (BRASIL, 2014).

É preciso, então, compreender os diversos determinantes dos comportamentos humanos, os quais são construções sócio-históricas. Nesse contexto, o desafio para os profissionais é o desenvolvimento de intervenções de saúde apropriadas, sem se tornarem reguladores e vigilantes da vida e do prazer alheios (CHOR, 1999; CAMPOS et al., 2004; BRASIL 2014). Além do processo de formação dos profissionais na perspectiva coletiva, o qual precisa ser entendido como um instrumento de engajamento pelo SUS, com alterações nas condições de trabalho e apoio para enfrentar os desafios da produção da saúde (NOGUEIRA, 2016; BRASIL 2014).

Segundo Scotney (1981), é necessário que a equipe de saúde em atenção primária esteja atenta ao usuário, pois nas unidades de saúde as pessoas frequentemente ouvem, mas não compreendem - e não dizem que não compreendem. Ouvem e pensam que compreendem, depois incorporam orientações de maneira inadequada ou transmitem informações inadequadas. Ouvem e compreendem, mas não ficam convencidas e não modificam seus hábitos ou tomam qualquer iniciativa. Ou ainda compreendem, ficam convencidas e tomam alguma iniciativa mas acham que não estão conseguindo os resultados esperados, ou que a ação envolve muito esforço e, por isso, desistem. (BRASIL, 2014).

Nesse sentido, para Campos et al., (2004), além de garantir a difusão de informação, deve-se viabilizar espaços para reflexão sobre os fatores individuais e coletivos que influenciam as práticas em saúde e nutrição na sociedade, lançando mão de metodologias que estimulem o espírito crítico e o discernimento das pessoas diante de sua realidade e promovam a autonomia de escolha no cotidiano, a atitude protagonista diante da vida e o exercício da cidadania (BRASIL, 2014), o que dialoga com maior adesão às ações e atividades propostas.

A autonomia implica necessariamente a construção de maiores capacidades de análise e de responsabilização pelo cuidado consigo, com os outros, com o ambiente e com a vida (CAMPOS et al., 2014), sem, portanto, desconsiderar que as soluções para os problemas passam por ações que devem ter sustentação cultural, política e econômica.

O desafio é ajudar as pessoas a buscarem uma adequação entre os cuidados à saúde e o seu ritmo de vida, incorporando as mudanças possíveis, sem, no entanto, deixar que esses cuidados se tornem mais um fator de estresse cotidiano. O importante é buscar o equilíbrio possível (RIO DE JANEIRO, 2005, BRASIL 2014).

É preciso, portanto,

“observar as expectativas do grupo e a comunicação não verbal, estimular a coesão grupal e manter claros os objetivos do grupo, relacionando-os com as necessidades dos membros. Também é importante o amor às verdades, que contribui para o necessário estabelecimento de um modelo de identificação, de como enfrentar as dificuldades da vida. Considera-se a paciência como uma atitude ativa e não passiva do coordenador de “espera” para que cada integrante ultrapasse os diferentes momentos do grupo. Além de preparar a equipe para utilizar a comunicação com horizontalidade (de acordo com características culturais, sociais, econômicas, psicológicas, etc), para intervenções e condução e para promover processos emancipatórios nos indivíduos.” (DIAS, 2009).

Também é preciso prever qual será a relação dos participantes do grupo com os serviços de saúde (por exemplo, com a demanda ambulatorial ou de outros níveis de atenção) e fazer um planejamento futuro de acordo com necessidades observadas e discutidas (DIAS, 2009).

Para além disso, Levesque et al., (2013) identificaram cinco dimensões que influenciam na adesão e frequência de participação às ações: capacidade de aproximação, aceitabilidade, disponibilidade, pagamento e apropriação. Essas, relacionam-se com as habilidades das pessoas interagirem com as dimensões de acessibilidade para gerar acesso efetivo e que são: habilidade de perceber, procurar, obter, pagar e engajar.

“A capacidade de aproximação relaciona-se com o fato das pessoas identificarem alguma forma de serviço existente que possa ser buscada e que tenha impacto na saúde. A aceitabilidade relaciona-se com os fatores culturais e sociais que determinam as possibilidades das pessoas aceitarem os serviços ofertados e julgá-los apropriados. A disponibilidade é constituída pela existência física de recursos e de processos com capacidades suficientes para produzir os serviços. A capacidade de pagamento reflete a possibilidade econômica das pessoas em despendere recursos e tempo para usar os serviços de saúde apropriados, envolvendo custos diretos e custos de oportunidade. A capacidade de apropriação é o alinhamento entre os serviços e as necessidades das pessoas, sua oportunidade temporal, a quantidade de cuidado gasto na avaliação dos problemas de saúde e na determinação do tratamento e na qualidade do relacionamento interpessoal entre as pessoas e os profissionais de saúde.”

“A habilidade de perceber relaciona-se com o letramento sanitário, com as crenças sobre a saúde e com as expectativas das pessoas. A habilidade de procurar relaciona-se com os valores pessoais e sociais, cultura, gênero e grau de autonomia. A habilidade de obter relaciona-se com os ambientes de vida, com o transporte, com a mobilidade e com o suporte social. A habilidade de pagar relaciona-se com a renda, com o sistema de proteção social e com o capital social. A habilidade de engajar relaciona-se com o empoderamento, com a adesão, com a informação e com o suporte das equipes de saúde” (LEVESQUE et al., 2013).”

Todos esses fatores, portanto, influenciaram na decisão, no ingresso e na construção da relação do indivíduo com o grupo de educação em saúde.

7 CONCLUSÃO

O presente estudo deu visibilidade a elementos que ajudam a aprofundar o olhar sobre as dinâmicas de grupos de educação em saúde, uma vez que todo trabalho em grupo só será possível se for explorado a partir da subjetividade da própria equipe em questão. Ainda, a avaliação do funcionamento e dos resultados obtidos alcançados pelo grupo pode captar detalhes importantes sobre o processo de trabalho, subsidiando informações para enfrentamento e superação de barreiras que impedem o grupo de concretizar suas ações da forma almejada.

Ressalta-se a pertinência de investigar o grupo anteriormente à pandemia e pós pandemia, para que seja possível comparar estes dados coletados e explorar o que se estabelece na dinâmica do grupo a partir dessa experiência remota, além caracterizar outros grupos existentes na UBS, como o de Tabagismo, Gestantes e Atividade Física.

Reconhece-se a importância, também, de refletir sobre a formação dos profissionais de saúde para desenvolver grupos de EAN, bem como a construção de materiais orientativos para profissionais de saúde guiarem-se na construção de grupos operativos online. Assim como ressaltar a relevância do nutricionista neste nível de atenção, no entanto, ao mesmo tempo, defender que a sua presença como coordenador dos grupos educativos não é condicionante para o apoio das ações sobre alimentação e nutrição, devendo ser de entendimento dos profissionais de saúde. os componentes do processo educativo coletivo e da responsabilização com o tema alimentação e nutrição.

Desta forma, permanece o desafio de concretizar a EAN através dos grupos educativos como uma atividade prioritária de promoção da saúde na APS. A partir desses princípios, inclui-se a reorientação dos serviços de saúde, desenvolvimento de habilidades, reforço à participação e criação de ambientes favoráveis à saúde.

ANEXO A- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**Nº do projeto GPPG ou CAAE _____**

Título do Projeto: Assistência Nutricional por teleconsulta na Atenção Primária à Saúde sob olhar do usuário

Você está sendo convidado(a) a participar de uma pesquisa cujo objetivo é avaliar o acompanhamento nutricional feito pela nutricionista por ligações telefônicas, durante a pandemia de COVID-19. Esta pesquisa está sendo realizada pelo setor de Nutrição do serviço de Atenção Primária à Saúde, do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA).

Se você aceitar o convite, sua participação na pesquisa envolverá uma entrevista realizada através de ligação telefônica, onde você responderá um questionário com perguntas sobre como foi sua experiência com o acompanhamento nutricional realizado à distância, por telefone ou aplicativos de mensagem de texto, como o WhatsApp e chamadas de vídeo.

Não são conhecidos riscos pela participação na pesquisa. Poderá haver desconforto pelo tempo de resposta ao questionário, ou pelo conteúdo das perguntas, que envolvem aspectos de sua intimidade.

A participação na pesquisa não trará benefícios diretos aos participantes, porém, poderá contribuir para o aumento do conhecimento sobre acompanhamento nutricional realizado à distância (teleconsultas), e, se aplicável, poderá beneficiar futuros pacientes que utilizaram essa forma de assistência em saúde.

Sua participação na pesquisa é totalmente voluntária, ou seja, não é obrigatória. Caso você decida não participar, ou ainda, desistir de participar e retirar seu consentimento, não haverá nenhum prejuízo ao atendimento que você recebe ou possa vir a receber na instituição.

Não está previsto nenhum tipo de pagamento pela sua participação na pesquisa e você não terá nenhum custo com respeito aos procedimentos envolvidos. Caso ocorra alguma intercorrência ou dano, resultante de sua participação na pesquisa, você receberá todo o atendimento necessário, sem nenhum custo pessoal.

Os dados coletados durante a pesquisa serão sempre tratados confidencialmente. Os resultados serão apresentados de forma conjunta, sem a identificação dos participantes, ou seja, o seu nome não aparecerá na publicação dos resultados.

Caso você tenha dúvidas em relação a esta pesquisa ou a este Termo, antes de decidir participar você poderá entrar em contato com o pesquisador responsável Ilaine Schuch pelo telefone (51) 9 9331-9636, com o pesquisador Francielle Veloso Pinto Pereira, pelo telefone (51) 9 9114-0127 ou com o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), pelo telefone (51) 33597640, email cep@hcpa.edu.br ou no 2º andar do HCPA, sala 2229, de segunda à sexta, das 8h às 17h.

Este Termo foi enviado aos participantes por meio eletrônico. Os pesquisadores armazenarão registro eletrônico (arquivo, imagem ou áudio) da concordância em participar do estudo. Sugere-se que os participantes armazenem este arquivo eletrônico (salvar imagem ou arquivo em pdf) ou ainda imprimam este Termo.

REFERENCIAS

BUSS, PM. Promoção e educação em saúde no âmbito da Escola de Governo em Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública. *Cad Saúde Pública*. 1999; 15(2):177-85.

BRASIL, Princípios e Práticas para Educação Alimentar e Nutricional. Ministério do Desenvolvimento Social– MDS. 50p; 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolo de manejo clínico da Covid-19 na Atenção Primária à saúde: versão 9. Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS), [S. l.], v. 9, p. 1–41, 2020a. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/biblioteca/protocolo-de-manejo-clinico-docoronavirus-covid-19-na-atencao-primaria-a-saude/>

Brasil. Ministério da Saúde. Política nacional de alimentação e nutrição. Brasília: Ministério da Saúde; 2000.

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.

BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolo de manejo clínico da Covid-19 na Atenção Primária à saúde: versão 9. Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS), [S. l.], v. 9, p. 1–41, 2020 a. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/biblioteca/protocolo-de-manejo-clinico-do-coronavirus-covid-19-na-atencao-primaria-a-saude/>

BAKKEN, Suzanne *et al.* Development, Validation, and Use of English and Spanish Versions of the Telemedicine Satisfaction and Usefulness Questionnaire. *Journal of the American Medical Informatics Association*, [S. l.], v. 13, n. 6.

BLOCK, Gladys *et al.* Diabetes prevention and weight loss with a fully automated behavioral intervention by email, web, and mobile phone: A randomized controlled trial among persons with prediabetes. *Journal of Medical Internet Research*, [S. l.], v. 17, n. 10, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.2196/jmir.4897> BRASIL. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. Brasília - DF: [s. n.], 2012.

BERTUZZI, Federico *et al.* Teleconsultation in type 1 diabetes mellitus (TELEDIABE). *Acta Diabetologica*, [S. l.], v. 55, n. 2, p. 185–192, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s00592-017-1084-9>

BOTELHO, Fernanda. Estratégias pedagógicas em grupos com o tema alimentação e nutrição: os bastidores do processo de escolha. *Ciênc. saúde colet*. 21 (6) Jun 2016. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015216.08862016>

CONSELHO FEDERAL DE NUTRICIONISTAS. RESOLUÇÃO CFN Nº 660, DE 21 DE AGOSTO DE 2020. [S. l.], 2020. Disponível em: https://www.cfn.org.br/wp-content/uploads/resolucoes/Res_660_2020.html. Acesso em: 1 out. 2020.

DIAS, Valesca. Educação em Saúde: os trabalhos de grupo na Atenção Primária à Saúde. *Rev. APS*, v. 12, n. 2, p. 221-227, abr./jun. 2009

DUNLOP, Catherine *et al.* The coronavirus outbreak: The central role of primary care in emergency preparedness and response. *BJGP Open*, [S. l.], v. 4, n. 1, p. 3, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.3399/bjgpopen20X101041>

FREIRE, Paulo. *Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa*. 41 ed. São Paulo: Paz e Terra, 2010. Coleção Leitura.

FARIAS, Luis Arthur Brasil Gadelha *et al.* O papel da atenção primária no combate ao Covid-19. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, [S. l.], v. 15, n. 42, p. 2455, 2020. Disponível em: [https://doi.org/10.5712/rbmfc15\(42\)2455](https://doi.org/10.5712/rbmfc15(42)2455)

GUADALUPE MEDINA, Maria *et al.* Primary healthcare in times of COVID-19: what to do? *Cadernos de Saude Publica*, [S. l.], v. 36, n. 8, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00149720>

HU, Yong *et al.* Prevalence and severity of corona virus disease 2019 (COVID-19): A systematic review and meta-analysis. *Journal of Clinical Virology*, [S. l.], v. 127, p. 7, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jcv.2020.104371>

HAAS, Karin; HAYOZ, Stefanie; MAURER-WIESNER, Susanne. Effectiveness and feasibility of a remote lifestyle intervention by dietitians for overweight and obese adults: Pilot study. *Journal of Medical Internet Research*, [S. l.], v. 21, n. 4, p. 14, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.2196/12289>

KRUSE, Clemens Scott *et al.* Telehealth and patient satisfaction: A systematic review and narrative analysis. *BMJ Open*, [S. l.], v. 7, n. 8, p. 12, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-016242>

Keesara S., Jonas A., Schulman K. Covid-19 e a revolução digital da saúde. *N Engl J Med*. 2020.

LimaS. O., SilvaM. A. da, SantosM. L. D., MouraA. M. M., SalesL. G. D., MenezesL. H. S. de, NascimentoG. H. B., OliveiraC. C. da C., ReisF. P., & JesusC. V. F. de. (2020). Impactos no comportamento e na saúde mental de grupos vulneráveis em época de enfrentamento da infecção COVID-19: revisão narrativa. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, (46), e4006. <https://doi.org/10.25248/reas.e4006.2020>

LUNDE, Pernille *et al.* The effectiveness of smartphone apps for lifestyle improvement in noncommunicable diseases: Systematic review and meta analyses. *Journal of Medical Internet Research*, [S. l.], v. 20, n. 5, p. 12, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.2196/jmir.9751>

LEE, Puikwan A.; GREENFIELD, Geva; PAPPAS, Yannis. Patients' perception of using telehealth for type 2 diabetes management: A phenomenological study. *BMC Health Services Research*, [S. l.], v. 18, n. 1, p. 9, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3353-x>

LÓPEZ-TORRES, Jesús *et al.* Resultados de un programa de telemedicina para pacientes con diabetes tipo 2 en atención primaria. *Gaceta Sanitaria*, [S. l.], v. 29, n. 1, p. 55–58, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2014.08.003>

LÓPEZ, Catalina *et al.* A telephone survey of patient satisfaction with realtime telemedicine in a rural community in Colombia. *Journal of Telemedicine and Telecare*, [S. l.], v. 17, n. 2, p. 83–87, 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1258/jtt.2010.100611>

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022. Brasília: [s. n.], 2011 a.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. TeleSUS. [s. l.], 2020c. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/ape/corona/telesus>. Acesso em: 1 out. 2020.

MORGAN, Debra G. *et al.* The telehealth satisfaction scale: reliability, validity, and satisfaction with telehealth in a rural memory clinic population. *Telemedicine journal and e-health : the official journal of the American Telemedicine Association*, [S. l.], v. 20, n. 11, p. 997–1003, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1089/tmj.2014.0002>

NOGUEIRA ALG, Munari DB, Fortuna CM, Santos LF. Pistas para potencializar grupos na Atenção Primária à Saúde. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2016;69(5):907-14. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2015-0102>

PEREGRIN, Tony. Telehealth Is Transforming Health Care: What You Need to Know to Practice Telenutrition. *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics*, [S. l.], v. 119, n. 11, p. 1916–1920, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jand.2019.07.020>

PORTO ALEGRE. Manual de Teleconsulta na APS. Porto Alegre: [s. n.], 2020. POWELL, Rhea E. *et al.* Patient perceptions of telehealth primary care video visits. *Annals of Family Medicine*, [S. l.], v. 15, n. 3, p. 225–229, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1370/afm.2095>

POLINSKI, Jennifer M. *et al.* Patients' Satisfaction with and Preference for Telehealth Visits. *Journal of General Internal Medicine*, [S. l.], v. 31, n. 3, p. 269–275, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s11606-015-3489-x>

PORTO ALEGRE. Manual de Teleconsulta na APS. Porto Alegre: [s. n.], 2020. POWELL, Rhea E. *et al.* Patient perceptions of telehealth primary care video visits. *Annals of Family Medicine*, [S. l.], v. 15, n. 3, p. 225–229, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1370/afm.2095>

SANTOS, Ligia. Educação alimentar e nutricional no contexto da promoção de práticas alimentares saudáveis. *Rev. Nutr., Campinas*, 18(5):681-692, set./out., 2005.

SARTI, Thiago Dias *et al.* Qual o papel da Atenção Primária à Saúde diante da pandemia provocada pela COVID-19? *Epidemiologia e serviços de saúde : revista do Sistema Unico de Saúde do Brasil*, [S. l.], v. 29, n. 2, p. e2020166, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.5123/s1679-49742020000200024>

UNITED STATES GOVERNMENT. Telemedicine. [s. l.], 2020. Disponível em: <https://www.medicare.gov/medicaid/benefits/telemedicine/index.html>. Acesso em: 1 out. 2020.

VILLINGER, Karoline *et al.* The effectiveness of app-based mobile interventions on nutrition behaviours and nutrition-related health outcomes: A systematic review and meta-

analysis. *Obesity Reviews*, [S. l.], v. 20, n. 10, p. 1465–1484, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/obr.12903>

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). WHO Coronavirus Disease Dashboard. [s. l.], 2020b. Disponível em: <https://covid19.who.int/>. Acesso em: 1 out. 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Obesity: Preventing and managing the global epidemic Geneva. Geneva: [s. n.], 2000. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/BF00400469>.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Information note: COVID-19 and NCDs. [S. l.: s. n.]. Disponível em: <https://www.who.int/publications-detail/clinical-management-of-severe-acute-respiratory-.26>

Woolliscroft JO. Innovation in Response to the COVID-19 Pandemic Crisis. *Acad Med*. 2020 Aug;95(8):1140-1142. doi: 10.1097/ACM.0000000000003402. PMID: 32282372; PMCID: PMC7188042.

Wijesooriya NR, Mishra V, Marca PLP, Rubin BK. COVID-19 e adaptações de telessaúde, educação e pesquisa. *Paediatr Respir Rev* . 2020; 35: 38-42.