

Atuação nutricional em tempos de COVID-19 em Unidade de Atenção Primária à Saúde: um relato de experiência

Nutritional management during COVID-19 times in a Primary Health Care Unit: an experience report

Amanda Frances de Jesus Silva¹, Melissa Neves Tavares², Camila Fabiana Rossi Squarcini³

RELATO DE EXPERIÊNCIA – Recebido: fevereiro de 2021 – Aceito: abril de 2021

RESUMO

A pandemia da COVID-19 foi mandatória para a busca por novas formas de se pensar saúde. Assim, o objetivo do trabalho foi relatar as ações nutricionais desenvolvidas na Atenção Primária à Saúde durante o período pandêmico. Trata-se de um relato das atividades realizadas entre maio e julho de 2020, em uma Unidade de Saúde da Família localizada no sul da Bahia. Foram atendidos, majoritariamente, idosos em situação de vulnerabilidade social, com quadro clínico de descompensação de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT). Os atendimentos nutricionais se direcionaram para o aconselhamento nutricional presencial utilizando o *My plate* adaptado com alimentos regionais (valorizando a escuta e as potencialidades dos usuários) e a presença da família. Conclui-se que o aconselhamento nutricional com base na realidade do usuário e do apoio familiar permitiram empoderamento dos indivíduos e maior controle das DCNT.

PALAVRAS-CHAVE: Promoção da Saúde. Educação Alimentar e Nutricional. Infecções por Coronavírus. Hipertensão. Diabetes Mellitus.

ABSTRACT

The COVID-19 pandemic was mandatory for the search to think health in new ways. Through this, the research objective was to report on the nutritional actions developed in Primary Health Care in this pandemic period. This is a description of the activities accomplished between May and July 2020 at a Family Health Unit in southern Bahia, offering only essential services. The nutritionist attended predominantly older adults in a socially vulnerable situation with a non-communicable disease (NCD) in a clinical decompensation situation. The nutritional services were directed to on-site nutritional counseling using My plate adapted with regional food (valuing the listening and the potential of users) and family participation. In this manner, it was noticed that nutritional counseling based on the user's reality and family support allowed empowerment of these people and better control of NCD.

KEYWORDS: Health Promotion. Food and Nutrition Education. Coronavirus Infections. Hypertension. Diabetes Mellitus.

¹ Residente em Saúde da Família, Universidade Estadual de Santa Cruz (UESC). E-mail: amandafrancesjs@gmail.com

² Mestra em Ciências da Saúde.

³ Doutora em Educação Física e docente de Educação Física da Universidade Estadual de Santa Cruz (UESC).

INTRODUÇÃO

O Sistema de Saúde é considerado um produto das necessidades das populações, tem cobertura universal e se relaciona a uma atenção primária eficaz e abrangente que culmina em salvar vidas, reduzir a carga de doenças e melhorar a qualidade de vida das pessoas¹. No Brasil, a Atenção Primária à Saúde (APS) é porta de entrada para o Sistema Único de Saúde (SUS), coordenadora do cuidado e garantidora do exercício, por parte da população, do direito à saúde com equidade².

Dentro desse contexto, uma das ações desenvolvidas na APS é a orientação alimentar e nutricional, a fim de propor estratégias para prevenir e controlar diversos problemas alimentares e nutricionais contemporâneos, como as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT). Sabe-se que as DCNT são as maiores responsáveis pelo aumento das taxas de mortalidade em todo o mundo³, por isso, ações de enfrentamento, como a mudança de hábito alimentar, têm se direcionado para a prevenção, agindo diretamente nos fatores de risco das DCNT. Dentre esses fatores, existem os comportamentais modificáveis, como o hábito alimentar não saudável e os de risco metabólico, como o sobrepeso/obesidade, a pressão arterial elevada e a hiperglicemia⁴.

Destaca-se, ainda, que as DCNT podem se agravar conforme o grau de vulnerabilidade social ao qual o indivíduo é exposto, a exemplo do baixo nível de escolaridade (baixa escolaridade ou analfabetismo) e baixa condição de renda (desemprego e baixo poder aquisitivo). Neste caso, na APS, além de oferecer a assistência à saúde dos usuários, o profissional deve realizar a sensibilização social (encaminhamento aos devidos equipamentos sociais) em busca de minimizar as dificuldades encontradas e, possivelmente, reverter os desfechos desfavoráveis ligados à falta de informação, à baixa procura pelos serviços de saúde e à não adesão aos acompanhamentos, que são repercussões da situação de vulnerabilidade⁵.

Além de todos os aspectos já relacionados, ligados à dificuldade de controle das DCNT, o ano de 2020 acrescentou a esta soma a pandemia da COVID-19, que atravessou os processos terapêuticos e impôs importantes mudanças no modus operandi da APS. O compulsivo ou voluntário adiamento de consultas e de meios complementares de diagnóstico e do acesso aos serviços de saúde acabam por trazer consequências como a constatação de que os usuários chegam às unidades com quadros clínicos das DCNT gravemente descompensados, que em condições anteriores à pandemia, poderiam ter sido evitados⁶.

Diante do exposto, o presente trabalho teve por objetivo trazer um relato de experiências voltadas ao serviço de ação nutricional durante o período da pandemia da COVID-19 em uma unidade de APS.

Descrevendo a realidade da Unidade de Saúde da Família

O presente relato diz respeito a atividades nutricionais desenvolvidas entre o período de maio a julho de 2020, em uma Unidade de Saúde da Família (USF), localizada em um município do sul da Bahia. No mês de maio, a microrregião à qual o município pertence apresentava 1.106 casos confirmados da COVID-19 e 46 óbitos, enquanto que na Bahia o número de casos confirmados era de 6.955, com 262 óbitos. Em dezembro de 2020, o total acumulado de casos na microrregião em estudo representava 52.105 com 1196 óbitos e na Bahia, o total de casos acumulados era de 487.691, com 9.072 óbitos⁷.

O município em questão conta com mais de 184 mil moradores, o salário médio mensal é de 2,5 salários mínimos, 21,4% do total da população apresenta alguma ocupação, mas 40,4% dos domicílios apresentam rendimento mensal de até meio salário mínimo por pessoa,⁸ evidenciando assim uma grande disparidade social.

A Secretaria Municipal de Saúde administra 16 Unidades de Saúde da Família, uma dessas é a USF da qual se trata esse relato, que está localizada em um bairro de grande extensão territorial, tendo cobertura de 100% de sua área pelos Agentes Comunitários de Saúde e sendo o público-alvo os usuários do bairro e de mais cinco conjuntos habitacionais populares localizados nos entornos, caracterizando assim um perfil de pessoas predominantemente de baixa renda.

A Unidade possui três Equipes de Saúde da Família, compostas por profissionais de medicina, enfermagem (enfermeiros e técnicos), agentes comunitários de saúde, agentes de endemias e equipe de odontologia (dentista e auxiliar de saúde bucal), resultando na oferta de diversos serviços à comunidade como: exame preventivo de câncer de colo de útero, dispensação de medicamentos básicos, administração de medicamentos injetáveis, planejamento familiar, consulta médica, consulta de enfermagem, consulta e tratamento odontológico, dentre outras.

Ainda nesse período, foi oferecido atendimento ambulatorial por uma nutricionista. Destaca-se que essa profissional não estava vinculada ao Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB), pois com a Nota Técnica nº 3/2020 do Ministério da Saúde⁹ o município apresentou dificuldades para manter as ações realizadas pelo NASF-AB. Dessa forma, a profissional atuante naquela Unidade é vinculada a um programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família, a partir da parceria entre a universidade pública estadual da região e a Prefeitura Municipal, onde a nutricionista residente atuou nesse período sob tutela de outra profissional, a tutora responsável por supervisionar e orientar suas ações.

Com o avanço da COVID-19, a Unidade em questão, junto com outras três, passaram a ser

consideradas pela gestão municipal como Centros Comunitários de Referência para o enfrentamento à pandemia, o que permitiu a descentralização do monitoramento e atendimento das pessoas acometidas pela doença (ou com suspeita). Além disso, também foi definido pela Prefeitura Municipal que os atendimentos nas USF estariam restritos aos serviços considerados indispensáveis e de urgências como: pré-natal, planejamento familiar, teste do pezinho, imunização, renovação de receitas médicas, atendimento nutricional de emergência, dentre outros. E ainda, que os agentes comunitários de saúde realizariam as visitas sem que adentrassem aos domicílios.

Com a situação pandêmica, novas propostas para o cuidar da saúde surgiram no intuito de evitar as aglomerações e reduzir o risco de contaminação da população assistida nos atendimentos, uma dessas estratégias de relevância foi o teleatendimento¹⁰⁻¹¹. Entretanto, na USF em questão, não foi possível garantir a implantação do serviço de teleatendimento por falta de equipamentos e de investimento da gestão nesse sentido.

Intervenção nutricional

No que se refere à atuação nutricional na APS, sabe-se que é atribuição do Nutricionista atuar junto a usuários, famílias e comunidade; formular e participar, com os demais profissionais, das ações de educação continuada para os profissionais das Equipes de Saúde da Família; e buscar formas de articulação, realização de ações conjuntas e referenciamento aos equipamentos sociais do território de atuação, a exemplo do CRAS, visando a promoção da alimentação saudável, do Direito Humano à Alimentação Adequada, da Soberania Alimentar e Nutricional e da Segurança Alimentar e Nutricional¹².

O fortalecimento e a qualificação do cuidado nutricional na Atenção Primária à Saúde são potenciais para a produção de resultados como prevenção do surgimento de doenças associadas à alimentação inadequada e dos consequentes gastos do sistema de saúde com o tratamento dessas doenças nos níveis da média e alta complexidade. Entretanto, o cenário pandêmico veio a limitar diversas ações realizadas na APS, a exemplo dos grupos terapêuticos. Dessa forma, novas abordagens e tentativas foram necessárias para a manutenção do atendimento comunitário, pensadas e desenvolvidas dentro das possibilidades de cada USF.

Frente à nova realidade imposta pela COVID-19, uma opção pensada foi o uso da comunicação remota através de um grupo com os idosos no WhatsApp®, porém, os usuários que acessavam o serviço de saúde, em sua maioria, encontravam-se em situação de grave vulnerabilidade social, não tendo acesso a celulares e/ou eram analfabetos, além dos que apresentavam problemas de visão que os impossibilitavam de realizar a leitura das orientações nutricionais, a exemplo do acometimento por

maculopatia diabética.

Diante desse cenário e das restrições no ambiente da USF impostas pelo momento pandêmico (só frequentavam na ocasião os casos considerados por médicos ou enfermeiros como sendo de emergência), o resultado foi em um primeiro momento de demora por parte dos usuários de procurar atendimento e, ao procurar, um quadro de descompensação da hipertensão arterial (manifestada por picos hipertensivos, dislipidemias ou lesões em órgãos-alvo) e do diabetes mellitus tipo 2 (manifestado por episódios de hipoglicemia, episódios de hiperglicemia, perda ou ganho de peso acelerado e aumento dos níveis tensionais), o que gerou aumento no número de atendimentos nutricionais comparados ao início da pandemia.

Os atendimentos ocorreram na própria USF, de maneira individual, agendados e garantindo toda a segurança necessária aos usuários e profissionais da unidade, conforme preconizado nas formas de prevenção da COVID-19.

Para os encontros, utilizou-se o processo de orientação/aconselhamento nutricional a fim de facilitar a compreensão do usuário sobre alimentação saudável e a construção compartilhada de seu tratamento, tendo em vista que as estratégias para implementação das recomendações dietéticas devem ser adaptadas para alcance do melhor desfecho possível, onde a literatura tem recomendado fortemente a educação nutricional como estratégia para o controle das DCNT¹³.

Durante o aconselhamento, procedeu-se à etapa da escuta, de maneira a conhecer e valorizar as potencialidades dos usuários, permitindo assim compreender quais eram as reais dificuldades relacionadas ao pensar e realizar as refeições. Criando uma ponte entre os conhecimentos prévios dos indivíduos e os conhecimentos científicos. Com isso, valorizou-se a individualidade dos sujeitos, respeitando preferências alimentares, cultura, e estimulando a responsabilidade e a autonomia voltadas para as questões nutricionais¹⁴.

Para tanto, no aconselhamento nutricional foram utilizadas duas estratégias, uma relacionada ao material de apoio e a outra à solicitação da participação de um membro da família, que passou a ser corresponsável pelo cuidado nutricional.

O material utilizado foi uma adaptação do *My plate*, uma proposta visual utilizada pelo governo dos Estados Unidos para facilitar a compreensão de uma alimentação saudável e equilibrada, estimulando assim a adoção de hábitos alimentares mais saudáveis. Nesse caso, os alimentos são distribuídos em um prato em que metade dele deve ser constituída por vegetais (verduras e legumes) e frutas e, na outra metade, parte deve ser composta por grãos (preferencialmente integrais) e a outra por proteínas (vegetais e animais)¹⁵.

A adaptação transcultural do prato utilizado consta no Guia Alimentar para População Brasileira

(2014)¹⁶ e na campanha “Comida de verdade pesa menos no orçamento” do extinto Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (2015)¹⁷, considerando a valorização dos hábitos alimentares brasileiros, sendo utilizada uma proposta em que os grupos alimentares contêm exemplos de alimentos naturalmente presentes na região, facilitando assim as orientações aos usuários analfabetos, oportunizando sua autonomia nas escolhas alimentares.

Destaca-se ainda que considerar a cultura dos usuários auxiliou no processo pois, é preciso ter o envolvimento da comunidade em geral para garantir o aprendizado nutricional do usuário a fim de garantir a prevenção e cuidado de forma compartilhada com os profissionais de saúde¹⁸.

Outra estratégia utilizada para a Educação Alimentar e Nutricional foi o envolvimento dos familiares, especialmente nos casos dos usuários mais idosos. Neste aspecto, foi observado que a participação de um membro da família auxiliou no processo de leitura das orientações nutricionais impressas que eram entregues durante os atendimentos nutricionais, e ajudou também no momento da produção das refeições, conforme as necessidades dos usuários. Do ponto de vista científico, há evidências de que o apoio social, especialmente proveniente da família, melhora o comportamento de autocuidado de pessoas com diabetes mellitus tipo 2¹⁸ e auxilia no controle pressórico em pessoas com hipertensão arterial¹⁹, evitando assim o aumento da glicemia, da pressão arterial e dos lipídios séricos.

Dessa forma, observou-se que a partir de um diálogo interativo e criativo, incorporando estratégias para melhores compreensão e eficácia na comunicação entre usuário e nutricionista, especialmente com os grupos mais vulneráveis socialmente, tornou-se possível o estabelecimento de planos alimentares reais (que as pessoas se vissem neles) que se basearam em ajustes quantitativos das porções de alimentos e distribuição harmônica que estivessem de acordo com a predileção do sujeito, abrindo a discussão com a população atendida sobre o acesso aos alimentos, a consideração da regionalidade e da sazonalidade. Por isso, é necessário destacar a importância do estilo alimentar se adaptar à realidade e cultura dos indivíduos e não o inverso¹⁴.

CONCLUSÃO

A Pandemia da COVID-19 foi mandatória para a busca por novas formas de se produzir saúde, evitando aglomerações, protegendo integralmente a saúde do usuário e oferecendo serviços que explorassem a vocação da Atenção Primária de proteger, promover e recuperar a saúde de seus usuários.

No presente caso, após a ausência da telemetria e a tentativa de uso do aplicativo para smartphone, observou-se que o atendimento nutricional foi melhor compreendido com o empoderamento do usuário a respeito de seu cuidado nutricional e com a participação de membro da

família como apoio socioafetivo.

Assim, o processo de educação nutricional diante da presente pandemia se incorpora e se assemelha à complexidade da produção do cuidado na APS, espaço que possibilita vivências extremamente singulares observadas as demandas dos territórios. Os profissionais que estão inseridos nesse contexto são constantemente convidados a se reinventarem, a refletirem sobre seus processos de trabalho e a evoluírem na busca por melhorias para o atendimento comunitário.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. Primary health care: closing the gap between public health and primary care through integration. Geneva: WHO, 2018.
2. Tasca R, Massuda A, Carvalho WM, Buchweitz C, Harzheim E. Recomendações para o fortalecimento da atenção primária à saúde no Brasil. *Rev Panam Salud Publica*. 2020; 44: e4.
3. NCD Countdown 2030 collaborators. NCD Countdown 2030: worldwide trends in non-communicable disease mortality and progress towards Sustainable Development Goal target 3.4. *Lancet*. 2018; 392(10152): 1072-88.
4. World Health Organization. Noncommunicable diseases. [acesso em 2020 set 20]. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>.
5. Rolim NRF, Gabriel IS, Mota AS, Quental OB. Fatores que contribuem para a classificação da gestação de alto risco: revisão integrativa. *BJPE*. 2020; 6(6): 60-8.
6. Ferreira D. Papel da tele saúde em tempos de pandemia COVID-19: para grandes males, grandes remédios. *Rev Med Interna*. 2020; 27(sup 1): 1-5.
7. Universidade Estadual de Santa Cruz. Central COVID-19/Informes Epidemiológicos. [acesso em 2021 abr 26]. Disponível em: <http://www.uesc.br/covid-19/index.php?item=boletins-epidemiologicos.php>.
8. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Cidades. [acesso em 2020 set 9]. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/>.
9. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Saúde da Família. Nota técnica nº 3/2020-DESF/SAPS/MS. [acesso em 2020 set 31]. Disponível em: <https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2020/01/NT-NASF-AB-e-Previne-Brasil.pdf>.
10. Sarti TD, Lazarini WS, Fontenelle LF, Almeida APSC. Qual o papel da Atenção Primária à Saúde diante da pandemia provocada pela COVID-19? *Epidemiol Serv Saúde*. 2020; 29(2): e2020166.
11. Daumas RP, et al. O papel da atenção primária na rede de atenção à saúde no Brasil: limites e possibilidades no enfrentamento da COVID-19. *Cad Saude Publica*. 2020; 36(6): e00104120.
12. Conselho Federal de Nutricionistas. O papel do nutricionista na atenção primária à saúde. Brasília: CFN, 2015.
13. França CJ, Carvalho VCHS. Estratégias de educação alimentar e nutricional na Atenção Primária à Saúde: uma revisão de literatura. *Saúde Debate*. 2017; 41(114): 932-48.
14. Cuppari L. Nutrição clínica no adulto. Barueri: Manole, 2019.

15. U. S. Department of Agriculture. What is MyPlate? [acesso em 2020 set 1]. Disponível em: <https://www.choosemyplate.gov/eathealthy/WhatIsMyPlate>.
16. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Guia alimentar para a população brasileira. 2 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.
17. Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional. Comida de Verdade. [acesso em 2021 abr 26]. Disponível em: <http://www4.planalto.gov.br/consea/comunicacao/artigos/2015/comida-de-verdade>.
18. Firmino R, Patrício J, Rodrigues L, Cruz P, Vasconcelos AC. Educação popular e promoção da saúde do idoso: reflexões a partir de uma experiência de extensão universitária com grupos de idosos em João Pessoa-PB. Rev APS. 2010; 13(4): 523-30.
19. Rad GS, Bakht LA, Feizi A, Mohebi S. Importance of social support in diabetes care. J Educ Health Promot. 2013; 2:62.
20. Yang YC, Boen C, Harris KM. Social relationships and hypertension in late life: evidence from a nationally representative longitudinal study of older adults. J Aging Health. 2015; 27(3): 403-31.