

AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE DA ZONA LESTE DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO: UM OLHAR PARA SEU ESTADO NUTRICIONAL E CONSUMO ALIMENTAR

Community health agents from east zone of sao paulo city, a look at their nutritional status and food intake

Artigo Original

RESUMO

Objetivo: Caracterizar o perfil sócio-demográfico, o estado nutricional, a presença de doenças crônicas não-transmissíveis e o consumo alimentar de agentes comunitários de saúde (ACS) pertencentes a cinco Unidades de Saúde da Família da Zona Leste do Município de São Paulo. **Métodos:** Tratou-se de um estudo quantitativo, descritivo e exploratório desenvolvido com 88 indivíduos. Coletaram-se dados sobre a situação sócio-demográfica, dados antropométricos (peso, estatura e circunferência da cintura), informações sobre presença de doenças crônicas não-transmissíveis e de consumo alimentar. **Resultados:** Os participantes dessa pesquisa eram predominantemente do sexo feminino 83 (94,3%), com idade variável entre 20 e 55 anos. A maioria era natural da região Sudeste 72 (81,2%), possuía ensino médio concluído 71 (80,7%) e tinha renda familiar entre 2 e 5 salários mínimos 62 (70,4%). A avaliação antropométrica revelou que 46 (52,3%) estavam eutróficos, 41 (46,6%) com excesso de peso e 41 (46,6%) apresentavam risco elevado ou muito elevado para doenças cardiovasculares, apesar de 77 (87,5%) não terem referido qualquer doença crônica não-transmissível. Quanto ao consumo alimentar, encontrou-se consumo diário de arroz, feijão, pão e margarina ou manteiga e baixo consumo de leite e derivados, frutas, verduras e legumes. As carnes bovina e de frango eram as mais consumidas. O café apareceu como bebida de maior consumo diário, seguido do suco artificial. As frituras e doces eram consumidos semanalmente por 34,9% e 53,4% dos ACS, respectivamente. **Conclusão:** O excesso de peso e a obesidade abdominal foram os principais acometimentos à saúde dos ACS, tendo, ambos, estreita relação com suas práticas alimentares inadequadas; as quais também estavam relacionadas às suas características sócio-demográficas. **NCT00682604.**

Descritores: Programa Saúde da Família; Consumo de Alimentos; Estado Nutricional; Profissional de Saúde.

ABSTRACT

Objective: To characterize the social demographic profile, nutritional status, the presence of non-transmissible chronic diseases and food intake of the community health agents (ACS) who belong to five family health units in the east zone of Sao Paulo City. **Methods:** It was a descriptive, exploratory and quantitative study conducted with 88 subjects. Data about their social demographic situation, anthropometric parameters (weight, height plus waist circumference), information about the presence of non-transmissible chronic diseases and food intake were collected. **Results:** The sample was mainly female 83 (94.3%), with age varying from 20 to 55 years old. Most were from the southeastern region 72 (81.2%), having high school degree 71 (80.7%) with a family income between 2 and 5 minimum wages 62 (70.4%). The anthropometric evaluation revealed that 46 (52.3%) were eutrophic; 41 (46.6%) were overweight and 41 (46.6%) presented high risk or very high risk for cardiovascular diseases, although 77 (87.5%) did not refer any non-transmissible chronic disease. Regarding to food intake, we found a daily intake of rice, bean, bread and margarine or butter and low intake of milk and dairy products, vegetables and greens. Bovine and chicken meats were the most consumed. Coffee showed to be the most consumed beverage followed by artificial juices. Fried and sweets were consumed weekly by 34.9% and 53.4% of the ACS, respectively. **Conclusion:** The overweight and abdominal obesity were the ACS's main health problems, being both directly related to their inadequate feeding practices; which were also related to their social demographic characteristics. **NCT00682604.**

Descriptors: Family Health Program; Food Consumption; Nutritional Status; Health Professional

Alexandra Corrêa de Freitas⁽¹⁾
Fernanda Ferreira Marcolino⁽²⁾
Irani Gomes dos Santos⁽³⁾

1)Nutrio – Assessoria em Nutrição e Qualidade de Vida

2)Casa de Saúde Santa Marcelina (CSSM) – São Paulo

3)Faculdade Santa Marcelina (FASM)- Unidade de Ensino Itaquera - São Paulo

Recebido em: 15/08/2007

Revisado em: 18/01/2008

Aceito em: 12/02/2008

INTRODUÇÃO

O Programa de Saúde da Família (PSF) foi instituído oficialmente em 1994, pelo Ministério da Saúde, como instrumento para reorganização do Sistema Único de Saúde (SUS) e da municipalização, colocado como um modelo de assistência à saúde que visa desenvolver ações de promoção e proteção à saúde do indivíduo, da família e da comunidade⁽¹⁾.

Nos anos de 1997 e 1998, novos documentos são publicados pelo Ministério da Saúde retratando o entendimento do PSF não como um programa, mas como estratégia para a reorganização da prática assistencial em substituição ao modelo tradicional de assistência que engloba a cura de doenças e a hospitalização, resgatando, assim, os princípios do SUS, visando melhorar e ampliar o atendimento à população⁽²⁾.

Para atingir essa reorganização, entre outras ações, busca-se a contribuição do trabalho de equipes de saúde multiprofissional, compostas minimamente por um médico, um enfermeiro, dois auxiliares de enfermagem e de quatro a seis agentes comunitários de saúde (ACS)⁽¹⁾.

O ACS é considerado ator fundamental para o desenvolvimento das ações preconizadas pela Estratégia de Saúde da Família. Ele é um trabalhador que faz parte da equipe de saúde da comunidade onde mora. Seu trabalho é baseado em ações educativas e preventivas, que visam orientar as famílias sobre cuidados com a própria saúde e com a saúde da comunidade, além de fortalecer a organização, a valorização e o desenvolvimento comunitário, bem como o vínculo do sistema de saúde com a comunidade⁽³⁾.

Este profissional não só se assemelha nas características e anseios de sua comunidade, como também conhece as necessidades dessa população. Sendo assim, ao se colocar entre o serviço de saúde e a população, o trabalho do ACS reflete duas dimensões: a auto-organização da sociedade civil e os sistemas oficiais de saúde, podendo, então, ser um grande facilitador e mensageiro de saúde de, em e para sua comunidade⁽²⁾.

As competências do ACS, resumidamente, são: facilitar a integração entre a população e as equipes de saúde; desenvolver, em equipe, atividades de planejamento e avaliação das ações de saúde; desenvolver ações de promoção da saúde a partir de atividades educativas; estimular a participação social e a intersetorialidade; desenvolver ações de prevenção e monitoramento dirigidas à situações de risco sanitário, à grupos específicos e à doenças prevalentes⁽³⁾.

Tendo em vista as características do trabalho do ACS, sua importância como profissional da saúde e membro da comunidade surgiu a necessidade de realizar um trabalho

tendo o ACS como público-alvo, buscando conhecer seu perfil nutricional e sócio-demográfico.

A preocupação do nutricionista com esta temática é justificável e também vem sendo demonstrada pelo Ministério da Saúde devido à atual transição epidemiológica e nutricional marcada pela coexistência da desnutrição com o aumento da prevalência da obesidade, acompanhada de alta incidência de doenças cardiovasculares, câncer e Diabetes Mellitus (DM) entre outras⁽⁴⁾.

Essa transição encontra-se estreitamente associada a mudanças nos hábitos alimentares da população, as quais foram observadas ao analisar a disponibilidade de alimentos em domicílios no Brasil, tomando como base a Pesquisa de Orçamento Familiar (POF) de 2002 – 2003, a qual aponta tendências desfavoráveis de padrão alimentar, com conseqüente baixo consumo de fibras e micronutrientes, excesso de gorduras em geral, principalmente as saturadas, tendo sido intensificadas a partir das décadas de 80 e 90⁽⁵⁾.

É por este motivo que vários estudos destacam a relevância de investigar o padrão alimentar de uma população⁽⁶⁾, valorizando-se os alimentos ao invés dos nutrientes e sugerindo-se que as recomendações à população também devam ocorrer dessa forma⁽⁷⁾.

Ao buscar caracterizar o consumo alimentar é possível conhecer os hábitos e escolhas alimentares individuais ou de um grupo populacional. Para isso existem diversos métodos, sendo fundamental a escolha de um instrumento adequado para estimar a ingestão de alimentos ou nutrientes que retratem a informação dietética, podendo ser adotado para o planejamento de ações de prevenção de DCNT e intervenções nutricionais⁽⁸⁾, relacionando então com o estado nutricional.

Ressalta-se, porém, que estas práticas relacionadas à alimentação e nutrição são atribuições que competem ao Nutricionista, o qual, juntamente com outros profissionais, pode desenvolver ações multidisciplinares, favorecendo o apoio constante para a promoção de uma alimentação saudável, culminando na prevenção e tratamento da obesidade e de outros distúrbios nutricionais.

No entanto, mesmo diante da situação nutricional já apresentada em vários municípios, ainda não há inserção do nutricionista como profissional a complementar a equipe multiprofissional do PSF.

Por isso, durante a realização da Residência Multiprofissional em Saúde da Família (RMSF), desenvolvida em parceria entre o Ministério da Saúde, Casa de Saúde Santa Marcelina e a Faculdade Santa Marcelina, no período de 2005 a 2007, o grupo de nutricionistas participantes da RMSF realizou este estudo com o objetivo de caracterizar o perfil sócio-demográfico, estado nutricional, presença de doenças crônicas não-transmissíveis e consumo

alimentar de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) de Unidades Básicas de Saúde (UBS) – PSF.

MÉTODOS

O presente estudo é do tipo descritivo, exploratório e quantitativo, desenvolvido no mês de setembro de 2006, por nutricionistas integrantes da Residência Multiprofissional em Saúde da Família. A população alvo foi composta por 111 ACS independente do sexo, pertencentes a cinco Unidades de Saúde da Família na Zona Leste do Município de São Paulo. No entanto, 23 (20,7%) destes não participaram do estudo por motivos diversos como: férias, licença médica ou maternidade, transferência de local de trabalho, entre outros. O grupo estudado composto de 88 indivíduos, equivalente a x% da população.

Para caracterizar a população estudada foram levantados dados sobre a situação sócio-demográfica e os antecedentes de saúde dos ACS, colhidos em questionário contendo informações sobre sexo, naturalidade, estado civil, idade, cor da pele, escolaridade, renda familiar, situação de moradia, saneamento básico, presença de doenças crônicas não transmissíveis e dados antropométricos. Destaca-se que as informações de saúde foram auto-referidas.

Realizou-se a coleta de dados antropométricos, sendo a mensuração do peso em balança (tipo plataforma maecânica, marca Welmy – modelo R110, Brasil), estatura e circunferência da cintura com fita métrica inelástica do tipo Fiberglass, tendo sido avaliados conforme critérios estabelecidos pela WHO (1995)⁽⁹⁾. As medidas antropométricas foram aferidas por profissionais treinados com a utilização como parâmetro do índice de massa corporal (IMC) e da circunferência da cintura (CC)⁽⁷⁾.

Para o cálculo do IMC utilizou-se peso e estatura seguindo a fórmula: $IMC = \text{Peso (kg)} \div \text{estatura}^2 \text{ (m)}$; possibilitando a classificação do estado nutricional empregado para indivíduos de até 59 anos, conforme estabelecido pela WHO (1998)⁽⁷⁾.

No entanto, sozinho, o IMC não é indicador suficiente da gravidade do problema de peso em excesso, sendo importante averiguar o tipo de distribuição da gordura corporal. Para tanto, tem-se a aferição da circunferência da cintura como ferramenta antropométrica simples e de baixo custo, que possibilita a mensuração da gordura intra-abdominal, a qual está diretamente relacionada com o risco ou presença de doenças crônicas não transmissíveis, sendo assim utilizada para avaliar o risco de desenvolvimento dessas patologias.

A classificação da circunferência da cintura, com a finalidade de detectar o risco para o desenvolvimento de doenças associadas à obesidade ou doenças

cardiovasculares, utilizou-se como ponto de corte para mulheres valores maiores que 80 cm como risco aumentado e maiores que 88 cm como risco muito elevado, já para os homens os valores são superiores a 94 cm e superiores a 120 cm, respectivamente⁽¹⁰⁾.

Para a avaliação do consumo alimentar utilizou-se Questionário de Frequência Alimentar (QFA) com 35 itens, adaptado do estudo desenvolvido por Ribeiro et al. (2006)⁽¹¹⁾, o qual tem como variáveis de frequência para cada tipo de alimento: 1 vez por dia, 2 ou mais vezes por dia, 5 a 6 vezes por semana, 2 a 4 vezes por semana, 1 vez por semana, 1 a 3 vezes por mês e raramente ou nunca.

Como instrumento para análise de dados utilizou-se o *software* Epi Info versão 3.4⁽¹²⁾ e com análise por estatística descritiva com a determinação de média, mediana, desvio-padrão e frequência simples.

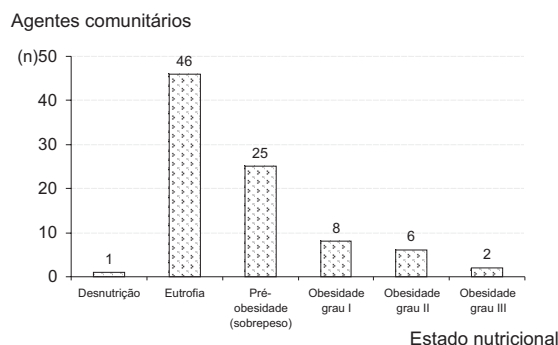
Para participar do estudo os ACS assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido, e o projeto da pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética da Faculdade Santa Marcelina (Of.023/CEP.FASM/06 - Protocolo nº 210 - 20/04/2006) e pelo Comitê de Ética da Prefeitura do Município de São Paulo (Parecer nº 0208/06-CEP/SMS - 28/08/2006).

RESULTADOS

Características Sócio-Demográficas

Os ACS participantes dessa pesquisa eram representados por 83 (94,3%) mulheres. A idade variou entre 20 e 55 anos, sendo a média, o desvio padrão e a mediana, respectivamente, $32,7 \pm 8,5$ e 32,0 anos. Quanto à cor da pele, encontramos números aproximados, sendo 39 (44,3%) pardos e 35 (39,8%) brancos. Investigamos dados sobre a naturalidade desses indivíduos e encontramos que 72 (81,2%) Agentes Comunitários de Saúde eram naturais da região Sudeste, sendo 68 (77,6%) do Estado de São Paulo (Gráfico 1).

Gráfico 1: Distribuição dos Agentes Comunitários de Saúde segundo classificação do estado nutricional, Zona Leste do Município de São Paulo, 2006. (N=88)



Estado Nutricional e Presença de Doenças Crônicas Não-Transmissíveis

A avaliação antropométrica dos ACS revelou, segundo o IMC, que 46 (52,3%) estavam eutróficos, 41 (46,6%) com excesso de peso e 01 (1,1%) com desnutrição (Tabela I)

Tabela I: Distribuição dos Agentes Comunitários de Saúde segundo características sócio-demográficas, Zona Leste do Município de São Paulo, 2006. (N=88)

Variável / Categoria	N	%
Sexo		
Feminino	83	94,3
Masculino	05	5,7
Idade		
20 a 30 anos	36	40,9
30 a 40 anos	36	40,9
40 a 50 anos	11	12,5
50 anos ou mais	05	5,7
Cor da Pele		
Parda	39	44,3
Branca	35	39,8
Negra	14	15,9
Naturalidade		
Sudeste	72	81,2
Nordeste	13	15,3
Sul	03	3,5
Estado Civil		
Casado (a)	43	48,9
União Consensual	13	14,8
Solteiro (a)	26	29,5
Divorciado (a)	05	5,7
Viúvo (a)	01	1,1
Escolaridade		
Ensino fundamental completo	05	5,7
Ensino médio incompleto	08	9,1
Ensino médio completo	71	80,7
Ensino superior incompleto	03	3,4
Ensino superior completo	01	1,1
Renda familiar (em salário mínimo - SM*)		
1 a 2 SM	20	22,7
2 a 3 SM	31	35,2
3 a 5 SM	31	35,2
Mais de 5 SM	06	6,8
Moradia		
Própria	67	75,9
Alugada	13	14,9
Cedida	08	9,2
Construção		
Alvenaria	87	98,9
Madeira	01	1,1
Saneamento Básico		
Possui	86	97,7
Não Possui	02	2,3

*No período de coleta de dados o valor vigente do salário mínimo era de R\$350,00.

As médias de peso, estatura e IMC foram 65,2 kg (\pm 14,1 DP), 1,60m (\pm 0,07 DP) e 25,3 kg/m² (\pm 4,6 DP), respectivamente.

Com relação à distribuição central da gordura corporal, um total de 18 (20,5%) ACS apresentaram risco elevado para doenças cardiovasculares e 23 (26,1%) risco muito elevado. Sendo o valor de circunferência da cintura de 81,8 \pm 12,7cm.

Dos entrevistados, 77 (87,5%) não referiram doença crônica não-transmissível. No entanto, 08 (9,1%) afirmaram ter diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica, 02 (2,3%) de dislipidemia e 01 (1,1%) de diabetes *mellitus*.

Consumo Alimentar

Iniciando pelo arroz e feijão, encontramos que, respectivamente, 76 (86,4%) e 72 (81,6%) indivíduos consumiam esses alimentos 1 ou mais vezes ao dia. Sendo consumido nessa mesma frequência por 67 (77,0%) ACS, o pão mostrou-se um alimento de importante presença na alimentação desses indivíduos.

Quanto ao consumo de leite e derivados, 23 (26,4%) ACS os consumiam 1 vez por dia e somente 21 (24,1%) na frequência de 2 ou mais vezes ao dia.

Continuando no grupo dos alimentos fonte de proteínas, as carnes mais consumidas foram as carnes de frango e bovina, na frequência de 2 a 3 vezes por semana, por 36 (41,14%) e 32 (37,2%) entrevistados, respectivamente.

As carnes de porco era consumida 1 a 3 vezes por semana por 26 (29,9%) participantes do estudo. Os embutidos (salsicha, lingüiça e salame); eram consumidos diariamente por 09 (10,6%) indivíduos e para 30 (35,3%) ACS o consumo ocorria 1 vez por semana. A salsicha apareceu como alimento de pouco consumo, uma vez que 46 (56,8%) pessoas a consumiam menos de 1 vez por semana.

Já o peixe, foi o alimento de fonte protéica de menor consumo, pois 30 (34,8%) pessoas o consumiam 1 vez por mês e 09 (10,5%) raramente ou nunca consumiam. E os ovos eram consumidos 1 vez por semana por 31 (36,0%) ACS.

No grupo dos alimentos fonte de fibras, vitaminas e minerais, o consumo de verduras de 40 (46,5%) ACS ocorria de 1 a 3 vezes por semana e 17 (19,8%) consumiam esses alimentos por 2 ou mais vezes ao dia. Quanto aos legumes, para 48 (57,1%) indivíduos o consumo se dava na frequência de 1 a 3 vezes por semana e, semelhante às verduras, encontramos que 16 (19%) dos ACS consumiam legumes 2 ou mais vezes ao dia.

No que diz respeito às frutas, 20 (22,7%) participantes da pesquisa as consumiam apenas 1 vez ao dia e 15 (17,0%) na frequência de 2 ou mais vezes ao dia.

No grupo das bebidas, encontramos diferença no consumo diário de suco natural e suco artificial, já que 12 (14,5%) indivíduos consumiam suco natural e 23 (27,7%) consumiam suco artificial diariamente. Os refrigerantes eram consumidos por 37 (43,0%) ACS na frequência de 1 a 3 vezes por semana e 09 (10,5%) dos mesmos o consumiam diariamente. O café puro apareceu como a bebida de maior consumo e em maior frequência (2 ou mais vezes ao dia) por 42 (48,3%) entrevistados.

Quanto ao consumo de gorduras, 57 (65,5%) indivíduos faziam uso de margarina ou manteiga diariamente. As frituras eram utilizadas como forma de preparo dos alimentos e consumidas diariamente por 14 (16,3%) participantes dos estudos e 30 (34,9%) indivíduos as consumiam de 2 a 3 vezes por semana.

Por último, os doces eram consumidos na frequência de 1 a 3 vezes por semana por 46 (53,5%) ACS e 11 (12,8%) os consumiam diariamente.

DISCUSSÃO

Características Sócio-Demográficas

Os ACS participantes desta pesquisa eram predominantemente do sexo feminino, assim como encontrado em trabalho realizado no PSF de Porto Alegre⁽¹³⁾ e em outros municípios brasileiros⁽¹⁴⁾.

Há autores que afirmam que isso se dá pelo fato da comunidade mostrar resistência ao agente do sexo masculino⁽¹⁵⁾ ou pode estar relacionado ao papel de cuidador que a mulher desempenha na sociedade⁽¹⁶⁾.

O Ministério da Saúde preconiza que o ACS tenha idade acima de 18 anos, porém não estabelece um limite máximo⁽³⁾. Neste estudo, predominou indivíduos com idade entre 20 e 40 anos, assim como em pesquisa de Bezerra et al. (2005) em Camaragibe - PE⁽¹⁵⁾. Em outros estudos, concentrou-se na faixa etária entre 30 a 45 anos de idade^(13,17).

Quanto ao grau de escolaridade, após aprovação da Lei nº. 10.507 de 10 de Julho 2002, que regulamentou a profissão dos ACS, a conclusão do ensino fundamental e o curso de qualificação básica para sua formação passaram a ser exigências⁽¹⁸⁾.

Neste estudo, encontramos que todos os ACS cursaram o ensino fundamental e 71 (80,7%) possuíam ensino médio completo, assim como encontrado por outros autores^(15, 19). Já no trabalho de Ferraz e Aertz (2005), foi encontrado que 48,2% dos ACS possuíam até oito anos de escolaridade⁽¹³⁾.

A realidade quanto à elevação no nível de escolaridade do ACS não é considerada surpreendente, considerando a atual escassez de oferta de trabalho⁽¹⁹⁾, principalmente

em grandes centros, como o município de São Paulo, por exemplo.

Ao analisar a renda familiar dos ACS, verificamos que 62 (70,5%) indivíduos tinham renda mensal em torno de 2 a 5 salários mínimos, diferente do encontrado em Olinda - PE, onde 76% dos ACS tinham seu trabalho como única fonte de renda da família, o que correspondia a 1 salário mínimo⁽¹⁶⁾.

Estado Nutricional e Presença de Doenças Crônicas Não-Transmissíveis

As características antropométricas da população estudada revelaram que a prevalência de excesso de peso encontra-se superior aos dados encontrados na Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF) de 2002-2003, a qual investigou o estado nutricional de 95.554 indivíduos nas capitais brasileiras e revelou que o excesso de peso no Brasil afeta 41,1% dos homens e 40,0% das mulheres; e na cidade de São Paulo os dados encontrados são de 45,3% e 36,2% em homens e mulheres, respectivamente⁽²⁰⁾.

A obesidade é um diagnóstico nutricional que merece destaque, visto que a sua prevalência foi de 18,2% em nossa população, enquanto os dados da POF 2002-2003 revelaram 8,9% em homens e 13,1% em mulheres no país todo; e 10,3% e 13,2% em homens e mulheres paulistanos, respectivamente⁽²⁰⁾.

Elevadas taxas de obesidade também têm sido observadas em diversos estados e cidades do país, variando de 13,7% até 37,5%^(21,22), além de encontrarem prevalência entre mulheres e aumento das mesmas com a idade⁽²³⁾.

A tendência de aumento da obesidade foi observada em homens e mulheres de todas as faixas de renda, no período de 1974 a 1989, em nosso país. No período seguinte (1989-2003), os homens continuaram apresentando aumento da obesidade independente de sua faixa de renda, enquanto, entre as mulheres, somente aquelas com baixa escolaridade e situadas nas faixas de renda mais baixas (entre as 40% mais pobres) apresentaram este aumento⁽²⁰⁾. Estas observações podem justificar os dados encontrados, visto que a população estudada era predominantemente feminina e moradora de regiões pobres.

Alguns pesquisadores, como Marcopito et al. (2005)⁽²¹⁾ em São Paulo e Rezende et al. (2006)⁽²³⁾ em Viçosa, encontraram maiores prevalências de obesidade abdominal à observada nos ACS.

Apesar deste estudo não ter relacionado a obesidade e a circunferência de cintura com outras variáveis, é importante ressaltar os fatores associados já observados em outros estudos de base populacional, como a renda, estado civil,

escolaridade e número de gestações^(24,25), os quais podem justificar em parte a alta prevalência de excesso de peso.

Ressalta-se a importância da avaliação da circunferência da cintura, visto que essa pode ser considerada a medida antropométrica melhor correlacionada à quantidade de tecido adiposo visceral, sendo reconhecida como fator de risco para doenças cardiovasculares, diabetes, dislipidemias e síndrome metabólica, quando encontrada em valores elevados⁽²³⁻²⁵⁾.

Entretanto, as prevalências de doenças crônicas não-transmissíveis encontradas neste estudo estão muito aquém das referidas na literatura. Segundo o Ministério da Saúde, do Brasil estima-se que 25% da população adulta sofra de hipertensão⁽²⁶⁾; e se considera de 11% a prevalência de diabetes na população acima de 40 anos⁽²⁷⁾.

Fatores de risco para doenças crônicas foram analisados em um grande estudo com a população adulta da cidade de São Paulo, o qual mostrou as prevalências de hipertensão, hipercolesterolemia e hipertrigliceridemia de 17,9%, 5,4% e 5,8%, respectivamente⁽²¹⁾.

Diversos inquéritos populacionais mostram o aumento do excesso de peso diretamente associado a maiores prevalências de diabetes, hipertensão e dislipidemias. Assim, é contraditório, encontrar alta prevalência de obesidade e baixa de outras doenças crônicas não-transmissíveis em nosso estudo.

Algumas hipóteses podem ser levantadas para tal fato, como por exemplo, a maioria da nossa população (81,8%) ter idade inferior a 40 anos, quando nos estudos citados, as maiores prevalências para doenças crônicas não transmissíveis são encontradas a partir dessa idade.

Ainda, é preciso ressaltar os dados de que cerca de metade dos indivíduos (46,5%) desconhecem o diagnóstico de diabetes *mellitus*⁽²⁸⁾ e 35% das pessoas acometidas pela HAS desconhecem sua condição⁽²⁹⁾.

Dentro deste contexto, destacamos uma limitação deste estudo ao analisarmos os dados referidos, exceto a avaliação antropométrica, o que pode ter subestimado a prevalência dessas patologias. Assim, sugere-se que próximos estudos verifiquem a pressão arterial, glicemia e perfil lipídico desses indivíduos para maior consistência dos dados.

Consumo Alimentar

Os alimentos básicos de origem vegetal, como os cereais, leguminosas e raízes e tubérculos correspondem a cerca de 50% das calorias totais da dieta do brasileiro⁽⁵⁾.

Contudo, no período de 1974 a 2003, observou-se, nas áreas metropolitanas do país, a diminuição da presença do arroz (redução de 23%) e do feijão ou de outras leguminosas

(redução de 30%) na dieta do brasileiro^(5,30).

Porém, há estudos adversos a essa colocação que encontraram o arroz e o feijão como alimentos consumidos diariamente pelos participantes da pesquisa^(31,32), dado também encontrado na pesquisa com ACS.

A POF 2002-2003 investigou a quantidade de alimentos e bebidas adquiridas por ano para consumo no domicílio de 48.470 famílias. Considerando seus resultados, o consumo de arroz e feijão encontrado neste estudo parece ter relação com o rendimento familiar, pois quanto maior o rendimento, menor o consumo domiciliar *per capita* de cereais, leguminosas, farinhas, féculas e massas⁽²⁰⁾.

Um estudo feito em diversas capitais demonstrou que o pão constitui uma das principais fontes calóricas da dieta do brasileiro⁽³³⁾, conforme verificado no grupo estudado. Em pesquisa realizada entre os anos de 2002 e 2003, observou-se que o consumo médio *per capita* de pão francês no Brasil foi de 14,7 kg/ano⁽²⁰⁾.

Os produtos de origem animal (carnes, leite e derivados e ovos) têm grande importância na dieta do brasileiro por serem boa fonte de todos os aminoácidos essenciais⁽³⁴⁾ e por contribuírem com cerca de 18% do valor calórico total da dieta do brasileiro⁽⁵⁾.

Nesta pesquisa encontramos um baixo percentual de indivíduos fazendo consumo do leite em frequência adequada, como sugerido na Pirâmide Alimentar Adaptada, proposta por Philippi et al. (1999)⁽³⁵⁾. Dado semelhante também foi encontrado por Castro et al. (2004)⁽³¹⁾, e vai ao encontro da POF 2002-2003, que afirma que o consumo de leite apresentou uma redução de 40% no ano de 2003 em relação ao ano de 2002⁽²⁰⁾. Já, em trabalho de Assis et al. (2004) em Minas Gerais, o grupo de laticínios apresentou frequência de consumo diário de 56%⁽³⁶⁾.

A baixa ingestão de fontes de cálcio parece atingir todas as faixas de renda, no entanto, a inadequação do consumo deste micronutriente não deve ser vista somente pela incapacidade de compra dos produtos, mas também por hábito alimentar⁽³³⁾.

Encontramos importante frequência no consumo de carnes, especialmente bovina e de frango, tendo havido um aumento de quase 50%, sendo o da carne bovina de 22%, o da carne de frango de 100%, o de embutidos de 300%; entre o período de 1974 e 2003⁽⁵⁾.

Quanto à carne de porco e embutidos, em estudo multicêntrico, o consumo para grande parte das famílias da amostra se dava na forma de salsicha e lingüiça, perdendo importância quanto ao fornecimento de energia à medida que aumentava o poder aquisitivo⁽³³⁾. Nesta pesquisa, a maioria dos ACS relatou consumo semanal ou inferior a essa frequência.

Em contraposição aos dados obtidos nesta pesquisa, onde o peixe teve pouca participação no hábito alimentar dos ACS, o estudo de Neumann et al. (2006), realizado em São Paulo, obteve que 52% dos indivíduos referiram consumir peixes semanalmente e 20% referiram consumir raramente ou nunca⁽³²⁾. Nesse mesmo trabalho, os autores concluíram que o consumo semanal de peixes foi maior entre os indivíduos com nível de escolaridade superior e entre os que possuem renda familiar superior a seis salários-mínimos, podendo ser uma justificativa para o baixo consumo de peixes pelos ACS.

O baixo consumo de pescados pode ser justificado por fatores como: preço relativamente elevado se comparado às outras carnes, dificuldade/demora no pré-preparo, disponibilidade irregular e limitada, precariedade das condições higiênicas dos vendedores entre outros⁽³⁷⁾.

O ovo foi classificado como alimento de risco para doenças cardiovasculares em estudo de Neumann et al. (2006), onde encontraram que 5,8% dos indivíduos consumiam este alimento diariamente. Os autores concluíram ainda que o consumo diário de alimentos de risco é proporcionalmente maior entre os indivíduos com nível de escolaridade fundamental e renda mensal de até três salários mínimos⁽³²⁾.

Os ovos contêm proteínas de alto valor biológico, além de gordura e elevado teor de colesterol, porém alguns estudos mostram que o consumo de ovos, com moderação e em uma alimentação com níveis baixos de gorduras totais, parece não exercer efeitos negativos nos níveis plasmáticos de colesterol e, conseqüentemente, no aumento do risco de doenças cardiovasculares. O mesmo vale para as carnes, embutidos e leites integrais⁽³⁴⁾.

Ao verificar o consumo de frutas, verduras e legumes da população estudada pôde-se observar resultados semelhantes em outros estudos. A POF 2002-2003 mostrou que o consumo desses alimentos na zona urbana é inferior às recomendações diárias necessárias⁽²⁰⁾.

Seu consumo reduzido não parece estar associado à renda, apesar de ser mais acentuado nos estratos entre 0 e 5 salários mínimos, mas acredita-se que existam outros fatores que comprometem a aquisição desses alimentos, como por exemplo, ações de marketing⁽³⁸⁾.

A estreita relação entre dietas ricas em legumes, verduras e frutas e a menor ocorrência de alguns tipos de câncer (esôfago, estômago, cólon e pulmão) é muito difundida atualmente. Autores salientam a importância do consumo desses alimentos em quantidade adequada para suprir as necessidades de vitaminas, minerais e fibras, resultando também na proteção contra doenças cardíacas, diabetes e desordens gastrointestinais^(34,38).

A análise comparativa das POFs de 1987, 1996 e 2003 detecta o aumento de despesas com bebidas e infusões em detrimento dos gastos com frutas⁽²⁰⁾; sendo crescente em todos os estratos de renda⁽³⁷⁾. Esse dado pode justificar o encontrado neste estudo, isto é, o maior consumo de suco artificial comparado ao suco de frutas natural.

Atualmente, o grupo de bebidas representa um gasto de 8,9% na alimentação nos domicílios urbanos⁽²⁰⁾. Grande parte desse gasto se deve ao consumo de refrigerantes pela população brasileira, visto que a participação relativa dessa bebida no total de calorias diárias consumidas aumentou em mais de 400% desde 1975; sendo mais intenso nas classes de maiores rendimentos⁽²⁰⁾. Apesar dessa tendência crescente, os ACS relataram frequência de consumo de refrigerante inferior às apresentadas por outros estudos^(31,33,36).

Assim como em pesquisa realizada no Rio de Janeiro⁽³¹⁾, o café esteve presente entre os alimentos mais consumidos diariamente, o que reforça um hábito incorporado ao padrão alimentar brasileiro, visto que o seu consumo per capita anual é de 2,67 kg no país; e ainda maior no Estado de São Paulo (2,97 kg)⁽²⁰⁾.

A margarina e a manteiga destacam-se em alguns estudos com alta frequência de consumo diário^(31,32), assim como evidenciado em nossa pesquisa. Em nível nacional, esses alimentos apresentam participação representativa⁽³³⁾ e estável em relação ao total de calorias consumidas nas duas últimas décadas⁽⁵⁾.

Estudo realizado em São Paulo investigou ingestão de frituras e encontrou consumo diário inferior se comparado a esta pesquisa, o que pode ser justificado por autores que afirmam haver relação entre o maior consumo de frituras e a diminuição da renda e escolaridade⁽³²⁾.

Os produtos fritos, ao lado das margarinas e manteigas, contribuem como uma das principais fontes de ácidos graxos da dieta⁽⁵⁾, os quais, se consumidos em excesso, constituem risco para doenças cardiovasculares⁽³²⁾. Por esta razão, orientação sobre redução do consumo de gorduras é uma das mais freqüentes mensagens educativas divulgadas por profissionais da saúde e meios de comunicação, o que faz com que em alguns grupos populacionais já se observe redução consciente no consumo desses alimentos⁽³⁰⁾.

Diante dos dados encontrados neste estudo, pôde-se avaliar que o consumo de doces variava entre uma a três vezes por semana para 46 (53,5%) entrevistados. Conforme relata Phillipi et al. (1999), a partir do grupo populacional que se trabalha é que surgirá a necessidade de alertar para riscos à saúde resultante do uso indiscriminado desses alimentos⁽³⁵⁾.

Atualmente, observa-se relação entre alimentação composta por alimentos ricos em sacarose e risco de

desenvolver obesidade⁽³⁹⁾. Esse hábito vem se tornando cada vez mais comum na alimentação dos brasileiros, substituindo freqüentemente o consumo de alimentos ricos em fibras e nutrientes por alimentos industrializados ricos em gorduras e carboidratos, que facilitam a instalação de doenças ligadas ao aumento da adiposidade⁽⁴⁰⁾.

CONCLUSÃO

O ACS, profissional da saúde e também parte integrante da comunidade, ao fazer o elo com a Unidade de Saúde da Família é considerado um profissional da saúde multiplicador, fundamental no desenvolvimento de ações de promoção à saúde e prevenção de doenças. Pensar no ACS nessa perspectiva significa considerar seu papel junto aos usuários do serviço, buscando melhoria do quadro de saúde da região.

No entanto, com esse estudo foi possível perceber que enfermidades como Diabetes *mellitus* e Hipertensão Arterial (prioridades do Programa Saúde da Família), além de excesso de peso e obesidade abdominal (diretamente relacionados com risco muito elevado para doenças cardiovasculares), acometiam essa população, tendo estreita relação com suas práticas alimentares inadequadas, que também são influenciadas por suas características sócio-demográficas, principalmente renda e escolaridade.

Esse fato nos leva a considerar que algumas orientações realizadas aos usuários não são seguidas na prática por esses profissionais, visto o padrão alimentar já apresentado, como o baixo consumo de hortaliças, leite e derivados. O conhecimento dessa situação mostra-se ainda mais problematizador e de grande relevância ao pensarmos que esse pode ser o retrato nutricional e alimentar de grande parte da população dessa localidade, já que o ACS em muito se assemelha à população que ele atende. Sendo assim, torna-se ainda mais nítida a necessidade do nutricionista desenvolver a promoção de práticas alimentares saudáveis, a partir da educação em saúde e educação nutricional dos ACS, visando redução de peso corporal, em especial a gordura central, prevenção e controle das doenças crônicas não-transmissíveis e conseqüentemente a mudança para hábitos alimentares saudáveis.

Durante o estudo foi possível perceber Agentes Comunitários de Saúde preocupados com seu estado nutricional e seus hábitos alimentares, reforçando a necessidade de intervenção que respeite e envolva a prevenção, a promoção e a assistência à saúde.

Conclui-se que, baseado nas atribuições do ACS, conhecer seu perfil foi primordial para que a seguir seja

encorajada a realização de planejamento e desenvolvimento de estratégias e práticas educativas no âmbito do PSF para os ACS, extrapolando para toda a sua comunidade, que resultem em motivação e sensibilização para adesão às mudanças no comportamento alimentar, para que assim se atinja o objetivo maior de prevenção de agravos e promoção da saúde.

AGRADECIMENTOS

Às nutricionistas residentes Carolina Nunes Ventura, Cristiane Hiromi Takaesu e Paula Cristina Sobral Stancari, que auxiliaram no levantamento dos dados e em especial aos Agentes Comunitários de Saúde que nos acolheram durante a residência e se mostraram dispostos a participar deste estudo.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR), Fundação Nacional de Saúde. Programa de saúde da família: saúde dentro de casa. Brasília; 1994.
2. Ministério da Saúde (BR), Coordenação de Saúde da Comunidade. Saúde da família: uma estratégia para reorientação do modelo assistencial. Brasília; 1997.
3. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Atenção Básica. Guia prático do programa de saúde da família. Brasília; 2001.
4. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Política nacional de alimentação e nutrição. 2ª ed. Brasília; 2003.
5. Levy-Costa RB, Sichieri R, Pontes NS, Monteiro CA. Disponibilidade domiciliar de alimentos no Brasil: distribuição e evolução (1974-2003). Rev Saúde Pública. 2005; 39(4):530-40.
6. Costa AGV, Priore SE, Sabarense CM, Franceschini SCC. Questionário de freqüência de consumo alimentar e recordatório de 24 horas: aspectos metodológicos para avaliação da ingestão de lipídeos. Rev Nutr. 2006; 19(5):631-41.
7. World Health Organization. Obesity: preventing and managing the global epidemic. Technical report. Geneva:1998.
8. Ribeiro AB, Cardoso MA. Construção de um questionário de freqüência alimentar como subsídio para programas de prevenção de doenças crônicas não transmissíveis. Rev Nutr. 2002; 15(2):239-45.

9. World Health Organization. Physical status: the use and interpretation of anthropometry. Geneva; 1995. Technical reports; 854.
10. Lean MEJ, Han TS, Morrison CE. Waist circumference as a measure for indicating need for weight management. *BMJ*. 1995; 311:158-61.
11. Ribeiro AC, Sávio KEO, Rodrigues MLCF, Costa THM, Schmitz BAS. Validação de um questionário de frequência de consumo alimentar para população adulta. *Rev Nutr*. 2006; 19(5):553-62.
12. Epi Info [arquivo de computador]. Versão 3.4. Atlanta: Center for Disease Control and Prevention; 2007.
13. Ferraz L, Aerts DRGC. O cotidiano de trabalho do agente comunitário de saúde no PSF em Porto Alegre. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2005; 10(2):347-55.
14. Martins CL, Oliveira LSS, Rodrigues MA, Watanabe HAW, Jacomo YA. Agentes comunitários nos serviços de saúde pública: elementos para uma discussão. *Saúde Debate*. 1996; 51:38-43.
15. Bezerra AFB, Santo ACGE, Batista Filho M. Concepções e práticas do agente comunitário na atenção à saúde do idoso. *Rev Saúde Pública*. 2005; 39(5):809-15.
16. Pereira LL, Torres MS. O programa de formação técnico de agente comunitário de saúde do Ministério da Saúde, e as necessidades de capacitação dos agentes: o caso do distrito sanitário I no município de Olinda-PE [trabalho de conclusão de curso]. Olinda: Fundação Oswaldo Cruz. Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães. Especialização em Gestão e Política de Recursos Humanos para o SUS. Departamento de Saúde Coletiva; 2006.
17. Silva JA, Dalmaso ASW. Agente comunitário de saúde: o ser, o saber, o fazer. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2002.
18. Brasil. Lei nº 10.507, de 10 de Julho de 2002. Cria a profissão de agente comunitário de saúde e dá outras providências. Brasília; 2002 [acesso em 2007 Jul 24]. Disponível em: <http://www6.senado.gov.br/legislacao/ListaPublicacoes.action?id=235057>
19. Castro JL, Vilar RLA, Fernandes VP. Precarização do trabalho do agente comunitário de saúde: um desafio para a gestão do SUS. Natal: Rede Observatório de Recursos Humanos em Saúde; 2006 [acesso em 2007 Jul 2005]. Disponível em http://www.observatorio.nesc.ufrn.br/arquivos_enviados/Texto%20ASC%20publicacao%20ROREHS.pdf
20. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa de orçamentos familiares 2002-2003: análise da disponibilidade domiciliar de alimentos e do estado nutricional no Brasil. Rio de Janeiro; 2004.
21. Marcopito LF, Rodrigues SSF, Pacheco MA, Shirassu MM, Goldfeber AJ, Moraes MA. Prevalência de alguns fatores de risco para doenças crônicas na cidade de São Paulo. *Rev Saúde Pública*. 2005; 39(5):738-45.
22. Cervato AM, Mazzilli RN, Martins IS, Marucci M de F. Dieta habitual e fatores de risco para doenças cardiovasculares. *Rev Saúde Pública*. 1997; 31:227-35.
23. Rezende FAC, Rosado LEFPL, Ribeiro RCL, Vidigal FC, Vasques ACJ, Bonard IS, et al. Índice de massa corporal e circunferência abdominal: associação com fatores de risco cardiovascular. *Arq Bras Cardiol*. 2006; 87(6):728-34.
24. Olinto MTA, Nácul LC, Dias-da-Costa JS, Gigante DP, Menezes AMB, Macedo S. Níveis de intervenção para a obesidade abdominal: prevalência e fatores associados. *Cad Saúde Pública*. 2006; 22(6):1207-15.
25. Castanheira M, Olinto MTA, Gigante DP. Associação de variáveis sócio-demográficas e comportamentais com a gordura abdominal em adultos: estudo de base populacional no sul do Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2003; 19 Supl 1:S55-65.
26. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Hipertensão arterial sistêmica para o sistema único de saúde. Brasília 2006. Cadernos de Atenção Básica; 15. Série A.
27. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Diabetes mellitus. Brasília; 2006. Cadernos de Atenção Básica; 16. Série A.
28. Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus: manual de hipertensão arterial e diabetes mellitus. Brasília; 2001.
29. Sociedade Brasileira de Hipertensão. Hipertensão arterial: um problema de saúde pública. São Paulo; 2007 [acesso em 2007 Jul 20]. Disponível em: <http://www.sbh.org.br/imprensa/Hipertens%E3oArterial.pdf>
30. Monteiro CA, Mondini L, Costa RB. Mudanças na composição e adequação nutricional da dieta familiar nas áreas metropolitanas do Brasil. *Rev Saúde Pública*. 2000; 34(3):251-8.

31. Castro MBT, Anjos LA, Lourenço PM. Padrão dietético e estado nutricional de operários de uma empresa metalúrgica do Rio de Janeiro, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2004; 20(4):926-34.
 32. Neumann AICP, Shirassu MM, Fisberg RM. Consumo de alimentos de risco e proteção para doenças cardiovasculares entre funcionários públicos. *Rev Nutr*. 2006; 19(1):19-28.
 33. Galeazzi MAM, Domene SMA, Schieri R. Estudo multicêntrico sobre consumo alimentar. Brasília Ministério da Saúde; 1997.
 34. Ministério da Saúde (BR), Secretária de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Coordenação Geral da Política de Alimentação e Nutrição. Guia alimentar da população brasileira: promovendo a alimentação saudável. Brasília; 2006.
 35. Philippi ST, Latterza AR, Cruz ATR, Ribeiro LC. Pirâmide alimentar adaptada: guia para escolhas dos alimentos. *Rev Nutr*. 1999; 12(1):65-80.
 36. Assis EM, Rodrigues FC, Fujii JB, Badaró ACL, Pereira PM. Consumo de alimentos industrializados na comunidade do centro universitário do leste de Minas Gerais. *Rev On line Unileste* [periódico na Internet]. 2004 [acesso em 2007 Jul 10]; 2(1):1-7. Disponível em: http://www.unilestemg.br/revistaonline/volumes/02/downloads/artigo_15.pdf
 37. Maluf RS. Consumo de alimentos no Brasil: traços gerais e ações públicas locais de segurança alimentar. *Pólis Papers* [periódico na Internet]. 2000 [acesso em 2007 Jul 27]; 6(1):1-30. Disponível em: http://www.polis.org.br/obras/arquivo_171.pdf
 38. Barreto SAJ, Cyrillo DC. Análise da composição dos gastos com alimentação no município de São Paulo (Brasil) na década de 1990. *Rev Saúde Pública*. 2001; 35(1):52-9.
 39. Fung TT, Rimm EB, Spiegelman D, Rifai N, Tofler GH, Willett WC, et al. Association between dietary patterns and plasma biomarkers of obesity and cardiovascular disease risk. *Am J Clin Nutr*. 2001; 73:61-7.
 40. Traebert J, Moreira EAM, Bosco VL, Almeida ICS. Transição alimentar: problema comum à obesidade e à cárie dentária. *Rev Nutr*. 2004; 17(2):247-53.
- Trabalho realizado como parte integrante do curso de Residência Multiprofissional em Saúde da Família, realizada pela parceria entre Ministério da Saúde, Casa de Saúde Santa Marcelina e Faculdade Santa Marcelina - Biênio 2005/2007.
- Endereço para correspondência:**
Alexandra Corrêa de Freitas
Rua Voluntários da Pátria, 4110, ap. 74A - Santana
CEP: 02402-500 - São Paulo - SP
E-mail: ale.cfreytas@terra.com.br