

**UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE NUTRIÇÃO**

ANDREIA MARINHO BARBOSA

**ANÁLISE DAS CONDIÇÕES DE SAÚDE DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE
SAÚDE: relação com perfil nutricional e capacidade para o trabalho**

João Pessoa

2014

ANDREIA MARINHO BARBOSA

**ANÁLISE DAS CONDIÇÕES DE SAÚDE DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE
SAÚDE: relação com perfil nutricional e capacidade para o trabalho**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Departamento de Nutrição da Universidade Federal da Paraíba, como requisito obrigatório para a obtenção do título de Bacharel em Nutrição.

Orientador: Prof^o Dr. Dailton Alencar Lucas de Lacerda.

Co-orientador: Prof^o Dr. Rodrigo Pinheiro de Toledo Vianna.

João Pessoa

2014

B238a Barbosa, Andreia Marinho.

Análise das condições de saúde de agentes comunitários de saúde: relação com perfil nutricional e capacidade para o trabalho / Andreia Marinho Barbosa. -- João Pessoa: [s.n.], 2014.

54f.: il. --

Orientador: Dailton Alencar Lucas de Lacerda.

Coorientador: Rodrigo Pinheiro de Toledo Vianna.

Monografia (Graduação) – UFPB/CCS.

1. Agente comunitário de saúde. 2. Estado nutricional. 3. Consumo alimentar.
4. Capacidade para o trabalho.

BS/CCS/UFPB

CDU: 614-057.182(043.2)

ANDREIA MARINHO BARBOSA

**ANÁLISE DAS CONDIÇÕES DE SAÚDE DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE
SAÚDE: relação com perfil nutricional e capacidade para o trabalho**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Departamento de Nutrição da Universidade Federal da Paraíba, como requisito obrigatório para obtenção do título de Bacharel em Nutrição.

Aprovado em ____ de _____ de _____.

BANCA EXAMINADORA

Dr. Rodrigo Pinheiro de Toledo Vianna
Universidade Federal da Paraíba
Co- orientador e Presidente da Banca

Dr. Dailton Alencar Lucas de Lacerda
Universidade Federal da Paraíba
Orientador

Msc. Ianna Karolina Vêras Lôbo
Universidade Federal da Paraíba
Examinador

Ao meu Deus,

Único, Verdadeiro, Fiel e Justo,

Dedico.

AGRADECIMENTOS

Ao meu bom Deus, por me dar sabedoria, oportunidade de viver, paciência e fôlego de vida a cada amanhecer.

Aos meus pais, Barbosa e Socorro, pela força, incentivo a lutar pelos meus ideais, carinho e muito amor que me deram durante toda a minha vida pessoal e acadêmica.

Aos meus irmãos Adriano, André, Vitor e Ana Vitória, que de forma especial e carinhosa me deram força e coragem.

Ao meu namorado, Demóstenes, que durante todos esses anos tem sido meu amigo e juntamente comigo chorou e riu muitas vezes durante todo esse percurso da faculdade e da minha vida, com muito amor e paciência.

Aos meus familiares por me ajudarem e me apoiarem.

Aos meus amigos, pelas alegrias, tristezas e dores compartilhadas. Com vocês, as pausas entre um parágrafo e outro de produção, melhora tudo o que tenho produzido na vida.

Aos meus professores do curso de Graduação em Nutrição, que de alguma maneira tornaram minha vida acadêmica a cada dia mais desafiante.

Aos integrantes do Projeto de Extensão “Vidas Paralelas”, pela convivência harmoniosa, pelas trocas de conhecimento e experiências que foram tão importantes na minha vida acadêmica/pessoal e contribuíram para o meu novo olhar profissional.

Aos membros da Igreja Evangélica Assembléia de Deus – Castelo Branco, pela amizade, companheirismo, paciência e motivação durante esses anos de muita vitória e dedicação.

Ao meu orientador, Dr. Dailton Lacerda, por me ajudar com seus ensinamentos, motivação, e por sempre colocar caminhos que no qual, poderíamos trilhar sem medo. Quero expressar minha gratidão por toda atenção e pela forma humana que conduziu minha orientação.

Ao meu co-orientador, Dr. Rodrigo Vianna, pela disponibilidade e dedicação em me auxiliar nesse trabalho. Agradeço sua paciência e incentivo que tornaram possível essa realização.

As minhas amigas, Aline e Jéssika, que além de serem meu ombro amigo em todos os momentos, tornaram mais ameno o trabalho pesado da coleta de dados, através de sua dedicação e compromisso com essa pesquisa.

A todos que de alguma forma ajudaram, agradeço por acreditarem no meu potencial, nas minhas idéias, nos meus devaneios, principalmente, quando nem eu mais acreditava.

... Médico, cura-te a ti mesmo ...

Lucas 4:23c

RESUMO

Os Agentes Comunitários de Saúde (ACS), inseridos na Estratégia de Saúde da Família (ESF), exercem sua função exclusivamente ao Sistema Único de Saúde (SUS), desenvolvendo atividades de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação de saúde, estabelecendo o elo equipe-comunidade. Por outro lado, enfrentam uma dualidade entre as atividades da equipe e a assistência a comunidade, gerando recorrentes queixas em relação a sobrecarga de trabalho e implicações no seu estado nutricional. Portanto, o objetivo desse estudo é analisar as condições de saúde de ACS vinculados a ESF através da sua relação com perfil nutricional e capacidade para o trabalho. Trata-se de um estudo de caráter transversal, descritivo e observacional de cunho quantitativo, realizado entre abril e junho de 2014, nas 40 Unidades de Saúde da Família (USF) do Distrito Sanitário II, em João Pessoa-PB, com 163 ACS selecionados por conveniência. Os participantes responderam a um questionário semi-estruturado, contemplando dados sociodemográficos, antropométricos, consumo alimentar e capacidade para o trabalho. Para avaliar o estado nutricional foi realizada a antropometria. Os dados obtidos foram analisados por meio do programa estatístico SPSS Statistics, versão 21.0. Os participantes dessa pesquisa eram predominantemente do sexo feminino (76,7%), com idade variável entre 25 e 62 anos, cor da pele parda (57,1%), casados (31,3%), com ensino médio concluído (79%) e renda familiar entre 1 e 5 salários mínimos (83,4%). O estado nutricional revelou que 28,8% estavam sem excesso de peso, 37,4% com sobrepeso e 33,7% com obesidade. Em relação a circunferência da cintura, um total de 44,2% ACS apresentaram risco muito elevado para doenças cardiovasculares e 20,9% apresentam risco elevado, sendo que o gênero feminino apresentou uma maior prevalência ($p=0,028$). Quanto ao consumo alimentar, encontrou-se consumo regular de leguminosas (92,6%), cereais (91,4%), carnes e ovos (67,5%), frituras e embutidos (63,8%), doces e refrigerantes (59,5%) e gorduras (76,7%), e não regular de hortaliças (63,2%) e leite e derivados (81%). O consumo não regular de frutas, foi maior no grupo com excesso de peso (84,5%). A maioria dos ACS apresentaram capacidade boa (38,7%) e moderada (37,4%) para o trabalho. As doenças mais frequentemente informadas foram as lesões musculoesqueléticas (55,2%) e as doenças musculoesqueléticas (44,8%), obesidade (34,4%), hipertensão arterial (27,0%), distúrbio emocional leve (26,4%), alergias (23,9%) e gastrites (20,2%), sendo que houve relação entre a capacidade para o trabalho e as lesões/doenças citadas pelos ACS, com resultados estatisticamente significativos ($p<0,05$). Com esse estudo foi possível perceber uma alta prevalência de enfermidades nesses sujeitos, especialmente excesso de peso e obesidade abdominal, juntamente com práticas de alimentação inadequadas que podem ter colaborado para esses resultados. Verifica-se a necessidade de elaboração de estratégias e políticas de saúde que permitam melhorar a qualidade de vida dessa população e novos estudos que avaliem a capacidade para o trabalho e sua influência na saúde dos ACS.

PALAVRAS-CHAVE: Agente Comunitário de Saúde; Estado Nutricional; Consumo Alimentar; Capacidade para o Trabalho.

ABSTRACT

The Community Health Agents (ACS), inserted in the Family Health Strategy (ESF), exert their function exclusively to the Unified Health System (SUS), developing health promotion, prevention, treatment and rehabilitation of health activities, establishing the link staff - community. On the other hand, face a duality between the activities of the team and the assistance community, generating recurring complaints about workload and implications on nutrition. Therefore, the aim of this study is to analyze the health of ACS linked to ESF, through its relationship with nutritional status and work ability. This is a study of character descriptive cross-sectional and observational quantitative nature, conducted between April and June 2014, the 40 Family Health Units (USF) Health District II, in João Pessoa-PB, with 163 selected ACS for convenience. Participants answered a semi-structured questionnaire, covering sociodemographic data, anthropometric, food consumption and capacity for work. To assess the nutritional status anthropometry was performed. Data were analyzed using the statistical program SPSS, version 21.0. Participants in this study were predominantly female (76,7%), with ages between 25 and 62 years old, dark brown skin (57,1%), married (31,3%), with completed secondary schooling (79%) and family income between 1 and 5 minimum wages (83,4%). The nutritional status revealed that 28,8% were normal weight, 37,4% overweight and 33,7% obese. In relation to waist circumference, a total of 44,2% ACS showed very high risk for cardiovascular disease and 20,9% at high risk, whereas females had a higher prevalence ($p = 0,028$). As for food intake, we found regular consumption of legumes (92,6%), cereals (91,4%), meat and eggs (67,5%), fried foods and processed meats (63,8%), sweets and soft drinks (59,5%) and fat (76,7%), and non-regular vegetables (63,2%) and dairy (81%). The non-regular consumption of fruits was higher in the overweight (84,5%). Most ACS showed good capacity (38,7%) and moderate (37,4%) for the job. The most frequently reported diseases were musculoskeletal injuries (55,2%) and musculoskeletal diseases (44,8%), obesity (34,4%), hypertension (27,0%), mild emotional disturbance (26,4%), allergies (23,9%) and gastritis (20,2%), whereas there was a relationship between the ability to work and injuries / diseases cited by ACS, with statistically significant results ($p < 0,05$). With this study it was possible to realize a high prevalence of diseases in these subjects, especially overweight and abdominal obesity, along with inadequate feeding practices that may have contributed to these results. There is a need for developing strategies and health policies to improve the quality of life of this population and further studies that assess the ability to work and their influence on the health of ACS.

KEYWORDS: Community Health Agent; Nutritional Status; Food Consumption; Ability to Work.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Prevalência de déficit de peso, excesso de peso e obesidade na população com 20 ou mais anos de idade, por sexo, Brasil – períodos 1974-1975, 1989, 200-2003 e 2008-2009.....	21
Figura 2 - Perfil Antropométrico dos ACS, vinculados a ESF, do Distrito Sanitário II, João Pessoa – PB.....	26
Quadro 1 - Escore das respostas do ICT.....	24

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Classificação do IMC e CC, segundo OMS (1998).....	24
Tabela 2 - Perfil sócio demográfico dos ACS, vinculados a ESF, do Distrito Sanitário II, João Pessoa – PB.....	27
Tabela 3 - Perfil antropométrico segundo o sexo dos ACS, vinculados a ESF, do Distrito Sanitário II, João Pessoa – PB.....	28
Tabela 4 - Frequência de consumo alimentar segundo o estado nutricional dos ACS, vinculados a ESF, do Distrito Sanitário II, João Pessoa – PB.....	29
Tabela 5 - Relação entre o ICT e as lesões/doenças citadas pelos ACS, vinculados a ESF, do Distrito Sanitário II, João Pessoa – PB.....	30

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agentes Comunitários de Saúde
AVE	Acidente Vascular Encefálico
CC	Circunferência da Cintura
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
ENDEF	Estudo Nacional de Despesas Familiares
ESF	Estratégia de Saúde da Família
GES	Gerência de Educação na Saúde
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICT	Índice de Capacidade para o Trabalho
IMC	Índice de Massa Corporal
INAN	Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan Americana de Saúde
PACS	Programa dos Agentes Comunitários de Saúde
PAS	Programa dos Agentes de Saúde
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio
POF	Pesquisa de Orçamentos Familiares
PSF	Programa de Saúde da Família
QFCA	Questionário de Frequência do Consumo Alimentar
SIAB	Sistema de Informações de Atenção Básica
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFPB	Universidade Federal da Paraíba
USF	Unidades de Saúde da Família

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
2 REVISÃO DE LITERATURA	15
2.1 O AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE E SUA TRAJETÓRIA HISTÓRICA.....	15
2.2 PROCESSO DE TRABALHO E ASPECTOS DE SAÚDE DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE.....	18
2.3 PERFIL NUTRICIONAL DA ATUAL POPULAÇÃO BRASILEIRA: relação com Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT).....	19
3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	22
3.1 TIPO DE ESTUDO.....	22
3.2 ÁREA E POPULAÇÃO DE ESTUDO.....	22
3.3 AMOSTRAGEM E CÁLCULO DO TAMANHO DA AMOSTRA.....	22
3.4 COLETA DE DADOS.....	22
3.5 ANÁLISE DE DADOS.....	24
3.6 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....	25
4 RESULTADOS	26
5 DISCUSSÃO	31
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	36
REFERÊNCIAS	37
APÊNDICES	44
APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	44
APÊNDICE B – Questionário Semi-estruturado.....	45
ANEXOS	51
ANEXO A – Relação das Unidades de Saúde da Família destinadas a Coleta de Dados.....	51
ANEXO B – Termo de Anuência.....	52
ANEXO C – Certidão de Departamento.....	53
ANEXO D – Certidão do Comitê de Ética e Pesquisa.....	54

1 INTRODUÇÃO

O Programa de Saúde da Família (PSF), atualmente designado Estratégia Saúde da Família (ESF), foi instituído pelo Ministério da Saúde (MS) em 1994, no nordeste do Brasil, e foi precedido pelo Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), criado em 1991, cuja experiência trouxe os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) para compor as equipes de saúde da família, provocando mudança significativa no processo de trabalho em saúde (BRASIL, 2001a).

A inserção do ACS envolve um conceito que, sob as mais diferentes formas, nomenclaturas e racionalidades, aparece em várias partes do mundo (SILVA, 2001), como na Carta de Ottawa (1986) e na Conferência de Alma-Ata (1978), que lançaram o movimento “Saúde para todos no ano 2000”, uma referência mundial para as pessoas que se preocupam com a promoção, prevenção, tratamento e reabilitação de saúde (BRASIL, 2000).

Mais recentemente, na ESF os ACS foram incluídos em equipes de trabalho que contam, no mínimo, com um médico, um enfermeiro, e um a dois auxiliares de enfermagem, com proposta de atuação para a unidade básica, o domicílio e a comunidade, sendo que essa equipe deveria residir na comunidade onde iria atuar, mas posteriormente, por critério de residência, coube apenas aos ACS essa obrigação (SILVA, 2001).

Em 2002, a profissão de ACS foi criada legalmente, estabelecendo-se que seu exercício deve se dar exclusivamente no Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2002a), e as suas atribuições específicas foram estabelecidas pelo Anexo I da Portaria nº 648 (BRASIL, 2006a), na qual consta o desenvolvimento de ações que busquem a integração entre a equipe de saúde e a população adscrita à Unidade Básica de Saúde (UBS), acompanhando todas as famílias e indivíduos sob sua responsabilidade, em contato permanente e desenvolvendo ações educativas, tanto nos domicílios quanto na comunidade, mantendo sempre a equipe informada sobre a situação de todos os atendidos.

Esses profissionais, em seu cotidiano de trabalho, enfrentam um dilema entre as atividades assistenciais de saúde. O excesso de demandas no processo de trabalho e a pressão da gestão e da própria comunidade, propiciam uma convivência com cobranças que causam-lhes sobrecargas e sofrimento, traduzidos por estresse, ansiedade, alterações metabólicas, nutricionais e inúmeras outras doenças (NUNES et al., 2002; CAMELLO; ANGERAMI, 2004; CUSTÓDIO et al., 2006).

No entanto, existem poucos estudos realizados que avaliem diretamente o perfil nutricional dos ACS. Dentre eles, destaca-se o realizado por Freitas, Marcolino e Santos

(2008) no município de São Paulo, onde foi observada uma forte associação entre as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) e práticas de alimentação inadequadas em ACS.

Devido à atual transição epidemiológica e nutricional marcada pela coexistência da desnutrição com o aumento da prevalência do sobrepeso e da obesidade, acompanhados pela alta incidência de DCNT, há uma preocupação com esta temática justificada pelo MS (BRASIL, 2006b).

A partir das características do trabalho do ACS, sua importância como profissional de saúde e membro da comunidade, mostra-se a necessidade de se realizar mais trabalhos tendo-os como público-alvo. Sendo assim, o presente estudo tem como objetivo geral analisar as condições de saúde dos ACS vinculados a ESF, através da sua relação com perfil nutricional e capacidade para o trabalho, e específicos: caracterizar o perfil sócio demográfico dessa população, avaliar o seu estado nutricional, consumo alimentar e capacidade para o trabalho, identificar a prevalência de doenças físicas, metabólicas e psicossomáticas entre eles e verificar uma relação entre capacidade para o trabalho, estado nutricional e o consumo alimentar ao desenvolvimento dessas doenças.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 O AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE E SUA TRAJETÓRIA HISTÓRICA

As concepções de saúde e de doença na educação ocidental foram fortemente influenciadas pelo paradigma biológico, sendo o hospital a unidade dominante, com predomínio da atuação médica especializada, desagregando, assim, a atenção global sobre o ser humano (PARREIRAS; MARTINS, 2004).

Os últimos anos têm sido marcados por várias tentativas de organização da assistência à saúde. A amplitude de debates sobre a evolução dos modelos assistenciais e a organização dos serviços de saúde nos anos recentes demonstra que o modelo biologicista vem atravessando sérias dificuldades desde o final dos anos 70 (BARCELLOS; PANDOLFI; MIOTTO, 2006).

A Conferência de Alma-Ata, realizada em 1978, na então República Socialista Soviética de Cazaquistão, é considerada um marco histórico para o surgimento de uma “nova” saúde pública, tendo como produto final a Declaração de Alma-Ata, que conferiu reconhecimento internacional ao conceito de atenção primária, definindo seus atores sociais: médicos, enfermeiros, parteiras, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários (BRASIL, 2000).

Nos anos de 1979 e 1986, no município de Jucas-CE, iniciou-se o trabalho dos agentes de saúde, inspirado no Projeto Integrado de Saúde Comunitária de Planaltina (DF), realizado em 1975 pela Universidade de Brasília (ÁVILA, 2011a).

Em decorrência da seca que ocorreu entre 1987 e 1988, o governo lançou o Programa de Emergência que fazia o trabalho do agente de saúde oficial em todo o estado, como parte do programa, dando ao seu caráter a seleção de seis mil mulheres do sertão cearense para ocupar esses espaços. Os critérios para essa seleção eram que as agentes de saúde fossem escolhidas entre as mulheres pobres, mas capazes de fazer o trabalho, conhecidas e respeitadas pela comunidade, independentemente da escolaridade (ÁVILA, 2011a).

As ações iniciais constituíam-se na busca ativa das gestantes para fazer o pré-natal e encaminhá-las a uma maternidade; no incentivo ao aleitamento materno; levar as crianças para se vacinarem e orientar sobre a higiene da criança e da casa. Para desenvolver essas ações, as mulheres receberam um treinamento de três dias e, em cada município beneficiado com o programa, havia um profissional de saúde responsável pela supervisão (ÁVILA, 2011b).

Com a dissolução do Programa de Emergência, e a repercussão do trabalho desempenhado pelas agentes de saúde, o Programa de Agentes de Saúde (PAS), foi incluído

no Plano do Governo Estadual do Ceará criado pelo Decreto nº 19.945/1989 (BRASIL, 1990), e regulamentado posteriormente pela Portaria nº 232/1992 (BRASIL, 1992) revelando-se como experiência pioneira no Brasil, institucionalizada e universalizada.

O agente de saúde passa a se tornar um “profissional-chave” do programa no nível local, devendo atender aos seguintes critérios: morar na comunidade em que trabalha, há pelo menos dois anos; ter no mínimo 18 anos; saber ler e escrever e dispor de oito horas diárias para a atividade. Sendo que quando o trabalho fosse desenvolvido em zona rural, ficaria a cargo do agente de saúde acompanhar 100 famílias enquanto em zona urbana até 300 famílias (BRASIL, 1992).

O PACS configurou-se como uma primeira estratégia a ser implementada nacionalmente para ajudar na promoção e prevenção da saúde no âmbito domiciliar e nível local, por meio de ações simplificadas e conforme os pressupostos da Conferência de Alma-Ata (ÁVILA, 2011a). Sua criação em 1991 pelo MS resultou da confluência de distintas vertentes filosóficas e das necessidades em contextos diferenciados, ainda que o espaço de intervenção, a função de educador e a função de ligação comunidade/equipe fossem traços que unificavam os Projetos que antecederam à criação desse Programa (FLORES, 2007).

As atribuições básicas dos ACS, de acordo com as normas e diretrizes do PACS divulgadas pelo MS e constantes na Portaria nº 1.886/1997, foram: desenvolver atividades de prevenção das doenças e promoção da saúde, através de visitas domiciliares e de ações educativas individuais e coletivas nos domicílios e na comunidade; realização do cadastramento das famílias; promoção da saúde da gestante; preparo para o aleitamento materno; encaminhamento a Serviços de Saúde para o controle pré-natal; organização e desenvolvimento de estratégias que assegurem a assistência ao parto; atenção ao puerpério; promoção do aleitamento materno até aos seis meses; vigilância nutricional e acompanhamento do desenvolvimento infantil das crianças de 0 a 5 anos; educação nutricional das famílias; promoção da vacinação de rotina, com encaminhamento das crianças e gestantes à Unidade de Saúde de referência (BRASIL, 1997).

A partir de 1994, tem-se buscado no Brasil o desenvolvimento de políticas que promovam e reconheçam as famílias, por meio de um conjunto de ações que visem à eliminação da pobreza, o acesso à saúde, a educação, a alimentação, a erradicação do trabalho infantil, a promoção da igualdade de gêneros e a proteção integral de seus membros – das crianças aos mais idosos. É nesse contexto que entra o PSF (atual ESF). Essa estratégia marca a sua diferença em relação a outros modelos de assistência, aproximando os serviços de saúde às famílias ou, como se coloca, levando a saúde para dentro das casas das pessoas. O ACS é o

principal responsável por essa aproximação, uma vez que cabe a ele, por ser um conhecedor da área, fazer a ponte, o elo entre a comunidade e o restante da equipe (GONÇALVES; NOVAIS; SANTOS, 2009).

Em maio de 2005, o PACS atingiu a marca de 100 milhões de pessoas acompanhadas pelos ACS; e mais de 72 milhões assistidas pela ESF. Atualmente, esses valores são acima de 125 e 110 milhões de pessoas abrangidas, respectivamente (BRASIL, 2014). A atuação dos ACS tem contribuído para a melhoria da qualidade de vida dos setores mais carentes a população brasileira (BRASIL, 2006c).

O ACS é um dos profissionais que compõem a Equipe de Saúde da Família, valendo salientar que o PACS é considerado uma estratégia para a Saúde da Família, pois à medida que os municípios vão instalando as Unidades de Saúde da Família (USF), vão incorporando os ACS já existentes às suas equipes. A Equipe do PACS é composta por um enfermeiro/supervisor e por até 12 ACS, já a Equipe de Saúde da Família é composta por médico, enfermeiro, auxiliar ou técnico de enfermagem e ACS, podendo acrescentar a esta composição, como parte da equipe multiprofissional, os profissionais de saúde bucal: cirurgião dentista e auxiliar e/ou técnico em Saúde Bucal (BRASIL, 2011a).

Segundo a recomendação do MS, a equipe deve ser responsável por, no máximo, 4.000 pessoas, sendo a média recomendada de 3.000 pessoas. Em se tratando de ACS, estes devem abranger 100% da população cadastrada, com um máximo de 750 pessoas por ACS, as quais deverão residir em uma micro área, ficando sob sua responsabilidade (BRASIL, 2011a).

A profissão de ACS foi legalmente oficializada pela Lei nº 10.507/2002 (BRASIL, 2002a), e regulamentada pela Lei nº 11.350/2006 (BRASIL, 2006d), sendo suas inúmeras atribuições classificadas em três grandes grupos: ações de prevenção e promoção da saúde, ações de mediação entre o serviço de saúde e os usuários e ações de acompanhamento e reabilitação (ÁVILA, 2011a).

O papel desenvolvido pelos ACS é de fundamental importância no processo de estruturação e reestruturação de serviços básicos de saúde, tendo em vista que esses profissionais são os pilares dos programas de saúde voltados para a atenção básica, instituídos pelo governo, além de serem um elo de ligação entre os outros profissionais e a comunidade (GONÇALVES; NOVAIS; SANTOS, 2009).

2.2 PROCESSO DE TRABALHO E ASPECTOS DE SAÚDE DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE

O impacto do trabalho sobre a saúde tem sido investigado com regularidade em diversas categorias profissionais. No âmbito da ESF, sabe-se que atividades concernentes à gerência representam acúmulo de trabalho (FARIA et al., 2000; PALÁCIOS; DUARTE; CÂMARA, 2002).

Segundo Tomasi et al. (2008) os trabalhadores da atenção básica constituem um enorme contingente de força de trabalho, no contexto do SUS e do país e pouco se sabe sobre suas condições de trabalho e saúde. Acredita-se que esses profissionais são à base do sistema de saúde e, portanto, protagonistas do desenvolvimento e melhoria deste sistema (ORGANIZAÇÃO PAN AMERICANA DE SAÚDE - OPAS, 2006).

Existe uma falta de clareza em relação às atribuições delimitadas ao ACS, o que gera uma distorção do seu papel com sobrecarga de trabalho. As ações a serem atribuídas somente a esses profissionais implicam diretamente no processo inadequado de qualificação, pois passa a receber diversos micros treinamentos, que incluem desde procedimentos técnicos, como, aferição de peso e altura das crianças, até o desenvolvimento de atividades educativas e preventivas junto à população, além de ensinamentos para que possam transmitir de forma decodificada alguns saberes que envolvem a Medicina como um todo (NUNES et al., 2002).

Ferraz e Aerts (2005) descrevem que os ACS preferem as atividades de campo, especialmente as visitas domiciliares, destacando como atividades menos apreciadas por eles, aquelas que tomam bastante tempo útil tais como: agendar consultas, organizar prontuários e preencher fichas do Sistema de Informações de Atenção Básica (SIAB), ou seja, atividades administrativas.

De acordo com Espínola e Costa (2006) dificuldades como sobrecarga de trabalho, alto número de famílias a serem acompanhadas, falta de valorização profissional e de uma boa remuneração, interferem direto ou indiretamente nas atividades desenvolvidas e no desempenho dos ACS.

Para Reis (2005), o mal-estar sentido pelos ACS em relação à equipe, tem como fonte a falta de reconhecimento pelo trabalho que desempenham com dedicação e esforço, o que afeta diretamente a saúde dos mesmos. Segundo ele, não é o trabalho em si que gera sofrimento e adoecimento em um trabalhador, mas sim as condições em que esse trabalho acontece.

A insatisfação com sua saúde e a referência feita a problemas na saúde foi realidade para mais de um terço da amostra de trabalhadores vinculados a ESF em um estudo realizado

nas regiões sul e nordeste do Brasil, sendo os problemas cardiocirculatórios, osteomusculares e do tecido conjuntivo, e as doenças do aparelho digestivo e transtornos mentais comuns, os mais prevalentes (TOMASI et al., 2008).

Quando Freitas, Marcolino e Santos (2008) avaliaram o estado nutricional relacionado ao desenvolvimento de DCNT, dos ACS na Zona Leste do município de São Paulo, verificaram 46,6% estavam com excesso de peso e 9,1% afirmaram ter diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica, 2,3% de dislipidemia e 1,1% de diabetes.

Segundo Vasconcellos e Costa-Val (2008), as doenças mais relatadas pelos ACS foram as gastrointestinais e alérgicas, hipertensão arterial sistêmica, queixas relacionadas à esfera emocional e/ ou a problemas crônicos no sistema nervoso, gravidez, e problemas respiratórios. Eles ainda identificam que o ACS considera o seu trabalho gratificante, quer pela possibilidade de ser útil, quer pelo apoio a uma população carente, mesmo sendo isto motivo para um maior envolvimento e desgaste emocional. Talvez por estarem submetidos às mesmas condições de vida da população, os ACS conseguem ter um nível de sensibilidade em relação às demandas que lhes chegam, diferente dos demais membros da equipe.

2.3 PERFIL NUTRICIONAL DA ATUAL POPULAÇÃO BRASILEIRA: relação com Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT)

A partir da década de 1960, consta-se a ocorrência de modificações nos padrões de morbimortalidade da população. Esse fenômeno é caracterizado pela progressiva queda no número de mortes por doenças infecciosas transmissíveis, e elevação de óbitos por DCNT (BRASIL, 2006e).

Esse processo, identificado como Transição Epidemiológica e Nutricional, representa o reflexo de um conjunto de mudanças que vem ocorrendo na dinâmica da vida coletiva, tais como as modificações demográficas, econômicas e sociais, e o aumento da exposição a hábitos de vida não saudáveis como alimentação inadequada, entre outras (BRASIL, 2006e).

No Brasil, as prevalências de sobrepeso e obesidade cresceram consideravelmente nos últimos 30 anos. Segundo a Organização Mundial da Saúde - OMS (2009), 2,8 milhões de pessoas morrem a cada ano em decorrência do excesso de peso ou da obesidade, o que tem gerado preocupações no cenário das DCNT, na qual a obesidade destaca-se como um fator de risco para outras doenças, como hipertensão, doença cardíaca, acidente vascular encefálico (AVE) e diabetes, que aumentam consistentemente com o aumento de peso (OMS, 2002). O

Índice de Massa Corporal (IMC) elevado também aumenta os riscos de certos tipos de câncer (AMERICAN INSTITUTE FOR CANCER RESEARCH, 2009).

O determinante mais imediato do excesso de peso e da obesidade, é o balanço energético positivo, que ocorre quando a quantidade de energia consumida é maior do que a quantidade gasta. O padrão de consumo alimentar atual está baseado na excessiva ingestão de alimentos de alta densidade energética, ricos em açúcares simples, gordura saturada, sódio e conservantes, e pobres em fibras e micronutrientes (BRASIL, 2006f).

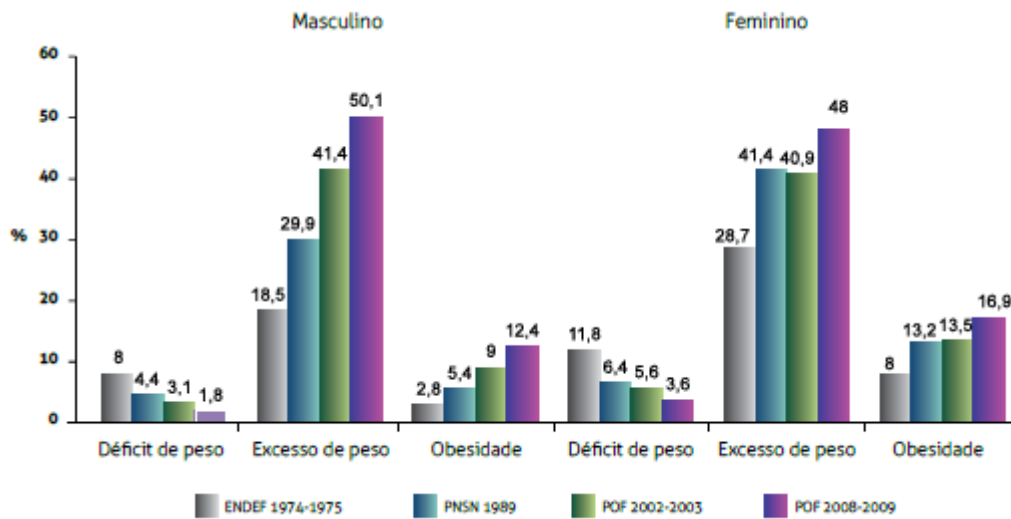
Dados obtidos em pesquisas representativas sobre compras de alimentos pelas famílias do Brasil, entre os anos de 1970 e 2000, sugerem uma redução na compra de alimentos tradicionais básicos, como arroz, feijão e hortaliças, e aumentos notáveis na compra de alimentos processados, acarretando aumento no consumo de gorduras saturadas e sódio (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE, 2004).

O consumo adequado de frutas, legumes e verduras, reduz os riscos de doenças do aparelho circulatório, câncer de estômago e câncer colo retal (BAZZANO et al., 2003; RIBOLI; NORAT, 2003). A maioria das populações consome mais sal que o recomendado pela OMS para a prevenção de doenças (BROWN et al., 2009). O grande consumo de sal é um importante determinante de hipertensão e risco cardiovascular (OMS, 2010). A alta ingestão de gorduras saturadas e ácidos graxos trans está ligada às doenças cardíacas (HU et al., 1997).

Segundo a OMS (2011) a alimentação não saudável, incluindo o consumo de gorduras, está aumentando rapidamente na população de baixa renda. Ainda segundo Peña e Bacallao (2000), alimentos como frutas e vegetais frescos não seriam tão acessíveis à população de baixa renda, visto que tais indivíduos dariam preferência a alimentos com alta densidade energética, por serem estes mais baratos, mais saborosos e conferirem maior saciedade.

Em função da magnitude da obesidade e sua velocidade de evolução em todo o mundo, este agravo tem sido definido como uma pandemia, (SWINBURN; EGGER; RAZA, 1999; IBGE, 2004). A proporção de adultos com excesso de peso e obesidade tem aumentado de forma progressiva em todos os inquéritos realizados (IBGE,1974; INAN, 1990; IBGE, 2003; IBGE, 2010) (Figura 1). De acordo com a Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF) 2008-2009, a prevalência da obesidade em homens foi de 12,4%, entre as mulheres atingiu 16,9% em 2008 (IBGE, 2010).

Figura 1. Prevalência de déficit de peso, excesso de peso e obesidade na população com 20 ou mais anos de idade, por sexo, Brasil – períodos 1974-1975, 1989, 200-2003 e 2008-2009.



Fonte: Pesquisa de Orçamento Familiares (POF) 2008-2009 (IBGE, 2010; BRASIL, 2011b).

Os dados mais recentes do VIGITEL (2010) são mais alarmantes, indicando uma prevalência de excesso de peso nos adultos das capitais de 48,1% (52,1% em homens e 44,3% em mulheres), enquanto a obesidade passou de 11,4% em 2006 para 15% em 2010 (BRASIL, 2011c).

Esta tendência de aumento da obesidade foi registrada para os homens e mulheres de todas as faixas de renda, no período de 1974 a 1989. No período seguinte (1989-2003), os homens continuaram apresentando aumento da obesidade independentemente de sua faixa de renda, enquanto, entre as mulheres, somente aquelas com baixa escolaridade e situadas nas faixas de renda mais baixas apresentaram este aumento (IBGE, 2004).

Quanto às diferenças de gênero e idade, pode-se observar que as prevalências de obesidade em adultos são maiores à medida que aumenta a idade. Até os 40 anos a prevalência é igual para os dois sexos, a partir da qual as mulheres passam a apresentar prevalências duas vezes mais elevadas que os homens. Entretanto, a partir dos 55 anos, entre os homens, e 65 anos, entre as mulheres, observa-se diminuição da prevalência deste agravo (IBGE, 2004).

Historicamente, as abordagens de prevenção e controle da obesidade tem se concentrado basicamente em estratégias educacionais, comportamentais e farmacológicas. Tais estratégias podem ser importantes no âmbito individual, mas não suficientemente efetivas para a prevenção e controle da obesidade se não estiverem associadas a medidas que contemplem as diversas dimensões do ambiente (física, econômica, política e sociocultural) de forma a torná-lo menos obesogênico (LESSA, 1998; SWINBURN; EGGER; RAZA, 1999).

3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

3.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo de caráter transversal, descritivo e observacional de cunho quantitativo.

3.2 ÁREA E POPULAÇÃO DE ESTUDO

O estudo foi desenvolvido nas 40 USFs do Distrito Sanitário II, município de João Pessoa – PB (ANEXO A). A escolha desse campo se deu pelo fato que a Universidade Federal da Paraíba (UFPB) já atua nesse território com disciplinas de Saúde Coletiva e Projetos de Extensão Universitária há mais de 20 anos (VASCONCELOS; CRUZ, 2011).

A população estudada correspondeu a ACS vinculados a ESF, independentes de sexo e idade.

3.3 AMOSTRAGEM E CÁLCULO DO TAMANHO DA AMOSTRA

A amostra foi por conveniência e constou de 163 ACS, que compareceram à USF no dia da visita, e, concordaram em participar da pesquisa, mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Ressalta-se que as visitas foram realizadas no dia e turno da reunião da equipe, com a finalidade de encontrar o maior número possível de ACS.

3.4 COLETA DE DADOS

Os dados foram coletados no período de abril a junho de 2014, por uma equipe constituída de três acadêmicas, sendo duas do Curso de Nutrição e uma do Curso de Medicina, da UFPB, que foram previamente treinadas.

Uma relação com o nome e endereço atualizado das USF, do Distrito Sanitário II, foi fornecida pela Gerência de Educação na Saúde (GES), da Diretoria de Gestão e Trabalho e Educação na Saúde, da Secretaria Municipal de Saúde de João Pessoa-PB. A partir de então, a pesquisadora responsável entrou em contato com as Unidades e agendou um dia de reunião de equipe para estar realizando a visita e conversando com os ACS.

Os participantes responderam a um questionário semi-estruturado, contemplando dados sociodemográficos, dados antropométricos, dados do Questionário de Frequência do Consumo Alimentar – QFCA (BRASIL, 2002b) e dados do questionário Índice de Capacidade para o Trabalho – ICT (TUOMI et al., 2005).

Dentre os dados sócio demográficos, foi observado: sexo, idade, cor da pele, estado civil, escolaridade, renda familiar, núcleo familiar, situação de moradia e saneamento básico.

A coleta de dados antropométricos foi realizada através da aferição do peso, altura e Circunferência da Cintura (CC). Para mensuração do peso, utilizou-se balança portátil digital (marca *CAMRY* – modelo EB9015), com o indivíduo posicionado em pé, no centro da balança e descalço. A altura foi aferida por meio de estadiômetro acoplado em balança (tipo mecânica, marca *WELMY* – modelo 104-A), com o indivíduo em pé, descalço, com os calcanhares juntos, costas retas e os braços estendidos ao lado do corpo. A CC foi medida com fita antropométrica *Sanny® Medical* (SN 4010), na menor curvatura localizada entre as costelas e a crista ilíaca, com o paciente em pé, sendo a leitura feita no momento da expiração (CUPPARI, 2005). Para o cálculo do IMC foi utilizado o peso e a estatura seguindo a fórmula: $IMC = \text{Peso (kg)}/\text{estatura}^2 \text{ (m)}$.

Para investigar o consumo alimentar foi aplicado o QFCA, com 18 itens, adaptado da versão elaborada pela Coordenação Geral de Alimentação e Nutrição/MS (BRASIL, 2002b), onde os indivíduos relataram a frequência de consumo de grupos de alimentos (frutas, hortaliças, leguminosas, cereais, carnes e ovos, peixes, óleos e gorduras, leite e derivados, tipo de leite, frituras e embutidos, doces e refrigerantes, sal, água e bebidas). Também inclui perguntas sobre quantidade de refeições diárias feitas, realização de atividade física e leitura dos rótulos de alimentos.

A capacidade para o trabalho foi avaliada a partir da percepção do próprio trabalhador, através do questionário ICT, instrumento proposto por Tuomi et al. (2005). O questionário adaptado é composto por dez questões sintetizadas em sete dimensões: (1) “capacidade para o trabalho atual e comparada com o melhor de toda a vida”; (2) “capacidade para o trabalho em relação às exigências do trabalho”; (3) “número atual de doenças autoreferidas e diagnosticadas por médico”; (4) “perda estimada para o trabalho devido às doenças”; (5) “faltas ao trabalho por doenças”; (6) “ prognóstico próprio sobre a capacidade para o trabalho”; (7) “recursos mentais”. O resultado geral foi contabilizado conforme mostra o Quadro 1.

Quadro 1. Escore das respostas do ICT

Item	Nº de questões	Escore das respostas
1. capacidade para o trabalho atual comparada com a melhor de toda a vida	1	0-10 pontos, valor assinalado no questionário.
2. capacidade para o trabalho em relação às exigências do trabalho	2	Número de pontos ponderados de acordo com a natureza do trabalho
3. número atual de doenças diagnosticadas por médico	1 (lista de 51 doenças)	Pelo menos 5 doenças = 1 ponto 4 doenças = 2 pontos 3 doenças = 3 pontos 2 doenças = 4 pontos 1 doença = 5 pontos nenhuma doença = 7 pontos
4. perda estimada para o trabalho devido às doenças	1	1-6 pontos (valor circulado no questionário; o pior valor será escolhido)
5. faltas ao trabalho por doenças no último ano	1	1-5 pontos (valor circulado no questionário)
6. prognóstico próprio sobre a capacidade para o trabalho daqui a dois anos	1	1-4 ou 7 pontos (valor circulado no questionário)
7. recursos mentais	3	Os pontos da questão são somados e o resultado é contado da seguinte forma: Soma 0-3 = 1 ponto Soma 4-6 = 2 pontos Soma 7-9 = 3 pontos Soma 10-12 = 4 pontos

Fonte: Martins, 2002.

3.5 ANÁLISE DE DADOS

As medidas antropométricas, como parâmetro do IMC e CC, foram avaliadas segundo os critérios estabelecidos pela OMS (1998) – Tabela 1.

Tabela 1. Classificação do IMC e CC para adultos, segundo OMS (1998).

IMC (Kg/m ²)		CLASSIFICAÇÃO
< 16,0		Magreza grau III
16,0 – 16,9		Magreza grau II
17,0 – 18,4		Magreza grau I
18,5 – 24,9		Eutrofia
25,0 – 29,9		Sobrepeso
30,0 – 34,9		Obesidade grau I
35,0 – 39,9		Obesidade grau II
> 40,0		Obesidade grau III
CC (cm)		CLASSIFICAÇÃO
Feminino	Masculino	
< 80	< 94	Normal
≥ 80	≥ 94	Risco elevado
≥ 88	≥ 102	Risco muito elevado

Os dados do QFCA foram comparados com as recomendações propostas pelo Guia Alimentar para a população brasileira (BRASIL, 2006g) e classificados em regular e não regular com base nas porções diárias de consumo recomendadas para cada grupo alimentar. Foi considerado como consumo regular o consumo igual ou maior, em número de porções, dos grupos de alimentos, e não regular quando o indivíduo consumiu quantidades inferiores às porções recomendadas.

Os resultados obtidos a partir das sete dimensões ICT, fornecem uma medida da capacidade para o trabalho que varia de 7 a 49 pontos. Pontuação máxima de 27 indica baixa capacidade para o trabalho e a necessidade de medidas para restaurar a capacidade para o trabalho; pontuação entre 28 e 36 indica capacidade para o trabalho moderada e medidas para melhorá-la são recomendadas; pontuação entre 37 e 43 indica uma boa capacidade para o trabalho, em que devem ser adotadas medidas para apoiar essa capacidade, e pontuação entre 44 e 49 indica ótima capacidade para o trabalho e medidas com objetivo de manter essa capacidade já existente devem ser adotadas (MACHADO; ANJOS, 2009).

Os dados foram organizados na planilha de cálculo do *software* Microsoft Excel®, versão 2010, e analisados por meio do programa estatístico SPSS Statistics, versão 21.0, onde as variáveis quantitativas foram descritas por médias, desvios padrão, medianas e valores mínimo e máximo, e as qualitativas, por frequências simples e percentuais. Para relacionar a frequência de consumo alimentar segundo o estado nutricional, foi utilizado o Teste Exato de Fisher, para as demais correlações foi utilizado o teste do qui-quadrado. O nível de significância adotado foi de 5%.

3.6 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

O projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba, e aprovado, de acordo com o Prot. N° 0104 de 20/03/2014. Todos os procedimentos foram de acordo com a regulamentação de pesquisas envolvendo seres humanos.

4 RESULTADOS

Os ACS participantes dessa pesquisa foram representados por 125 (76,7%) mulheres e 38 homens (23,3%). A idade variou entre 25 e 62 anos, sendo a média $38,5 \pm 8,14$ e a mediana 37 anos.

Quanto à cor da pele, encontrou-se 57,1% pardos, 23,3% brancos, 17,8% negros e 1,8% outras. Verificou-se ainda que 95 (58,3%) dos ACS eram casados, 51 (31,3%) solteiros, 12 (7,4%) separados e 5 (3,1%) viúvos.

Em relação a escolaridade, 79% possuem Ensino Médio Completo, 38% Ensino Superior Incompleto, 35% Ensino Superior Completo e 6,7% outra. A média do núcleo familiar foi $3,53 \pm 1,56$ pessoas por domicílio e, $1,45 \pm 1,17$ de filhos por ACS.

Foram encontrados os valores aproximados de renda familiar: 1 a 2 salários mínimos (42,9%), seguido por 2 a 5 salários mínimos (40,5%), 5 a 10 salários mínimos (8,6%) e até um salário mínimo (8,0%).

As condições de moradia mostraram que a maioria dos ACS moravam com a família (91,4%), em casa própria (79,1%), em rua calçada (77,9%), com eletricidade (99,4%), água corrente (99,4%) e canalização de esgotos (69,9%), na zona urbana (87,7%). O perfil sócio demográfico foi detalhado conforme mostra a Tabela 2.

A avaliação antropométrica dos ACS revelou, segundo classificação do IMC, que 61 (37,5%) estavam com sobrepeso, 55 (33,7%) com obesidade e 47 (28,8%) sem excesso de peso. Em relação a distribuição central de gordura corporal, um total de 72 (44,1%) ACS apresentaram risco muito elevado para doenças cardiovasculares e 34 (20,9%) apresentam risco elevado (Figura 2).

Figura 2. Perfil antropométrico dos ACS, vinculados a ESF, do Distrito Sanitário II, João Pessoa – PB, segundo a classificação da OMS (1998).

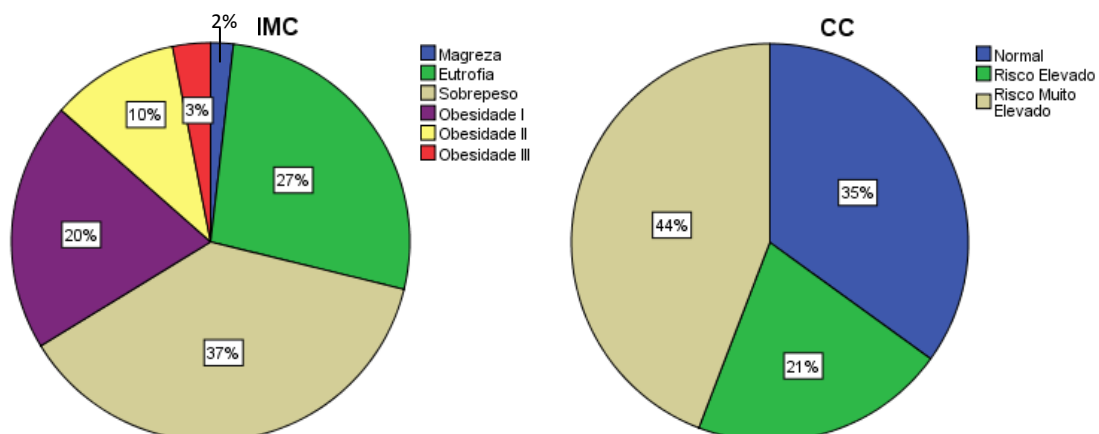


Tabela 2. Perfil sócio demográfico dos ACS, vinculados a ESF, do Distrito Sanitário II, João Pessoa – PB.

Variável	n	%
Sexo		
Feminino	125	76,7
Masculino	38	23,3
Idade		
18 – 30 anos	29	17,8
31 – 40 anos	67	41,1
41 – 50 anos	55	33,7
> 51 anos	12	7,4
Cor da Pele		
Branca	38	23,3
Parda	93	57,1
Negra	29	17,8
Outras	3	1,8
Estado Civil		
Solteiro (a)	51	31,3
Casado (a) / mora com companheiro (a)	95	58,3
Separado (a)	12	7,4
Viúvo (a)	5	3,1
Escolaridade		
Ensino Médio Completo	79	48,5
Ensino Superior Incompleto	38	23,3
Ensino Superior Completo	35	21,5
Outras	10	6,7
Condições de Moradia:		
Casa/apartamento com a família	149	91,4
Casa/apartamento sozinho (a)	14	8,6
Própria		
Sim	129	79,1
Não	34	20,9
Rua calçada/asfaltada		
Sim	127	77,9
Não	36	22,1
Com água corrente		
Sim	162	99,4
Não	1	0,6
Com eletricidade		
Sim	162	99,4
Não	1	0,6
Com canalização de esgotos		
Sim	114	69,9
Não	49	30,1
Em zona rural		
Sim	20	12,3
Não	143	87,7
Renda Familiar*		
Até 1 salário mínimo	13	8,0
De 1 a 2 salários mínimos	70	42,9
De 2 a 5 salários mínimos	66	40,5
De 5 a 10 salários mínimos	14	8,6

Fonte: Pesquisa de Campo, 2014.

* No período de coleta de dados o valor vigente do salário mínimo de R\$724,00.

Houve relação entre a CC e o sexo, onde o gênero feminino apresentou uma maior prevalência ($p=0,028$) (Tabela 3).

Tabela 3. Perfil antropométrico de acordo com o sexo dos ACS, vinculados a ESF, do Distrito Sanitário II, João Pessoa – PB.

Variável	Total		Feminino		Masculino		Valor de p*
	n	%	n	%	n	%	
IMC**							0,081
Sem excesso de peso	47	28,8	41	32,8	6	15,8	
Sobrepeso	61	37,5	42	33,6	19	50,0	
Obesidade	55	33,7	42	33,6	13	34,2	
CC**							0,028
Sem risco	57	35,0	38	30,4	19	50,0	
Risco elevado	34	20,9	27	21,6	7	18,4	
Risco muito elevado	72	44,1	60	48,0	12	31,6	
Total	163	100	125	100	38	100	

Fonte: Pesquisa de Campo, 2014.

** $p < 0,05$.

* Classificação segundo a OMS (1998).

As médias de peso, estatura, IMC e CC foram 73,64kg ($\pm 17,3$ DP), 1,61m ($\pm 0,09$ DP), 28,33 kg/m² ($\pm 5,58$ DP) e 88,87 cm ($\pm 13,2$ DP), respectivamente.

A respeito do consumo alimentar, constatou-se que 99 (60,7%) dos ACS realizam de 3 a 4 refeições/dia, 43 (26,4) de 5 a 6 refeições/dia e 21 (12,9%) menos que 3 refeições/dia. Quanto ao consumo de leguminosas (92,6%) e cereais (91,4%), estes foram regulares para os ambos os grupos (sem e com excesso de peso). Por outro lado, o consumo de hortaliças (63,2%), e, leite e derivados (81,0%) foram não regular para ambos grupos.

O consumo de carnes e ovos (67,5%), frituras e embutidos (63,8%), e, doces e refrigerantes (59,5%), foi regular pelos dois grupos, da mesma forma que o consumo não regular de sal à mesa (89,6%). O consumo regular e não regular de água e bebidas alcoólicas mostraram valores aproximados: 55,2% e 44,2% e, 44,8% e 55,8%, respectivamente. O consumo não regular de frutas, foi maior no grupo com excesso de peso (84,5%), sendo este estatisticamente significativo ($p=0,002$) (Tabela 4).

O ICT identificou que a maior parte dos ACS apresentaram capacidade boa (38,7%) e moderada (37,4%), seguidos por capacidade ótima (17,8%) e baixa (6,1%) para o trabalho. A variável idade foi a que apresentou relação estatisticamente significativa com o ICT, pois a medida que aumenta a capacidade para o trabalho diminui ($p=0,034$).

As doenças mais frequentemente informadas foram as lesões musculoesqueléticas (55,2%) e as doenças musculoesqueléticas (44,8%), obesidade (34,4%), hipertensão arterial

(27,0%), distúrbio emocional leve (26,4%), alergias (23,9%), gastrites (20,2%), sinusite (15,3%) e infecção no trato respiratório (13,5%) e anemia (13,5%).

Tabela 4. Frequência de consumo alimentar segundo o estado nutricional dos ACS, vinculados a ESF, do Distrito Sanitário II, João Pessoa – PB.

Grupos Alimentares*	Total		Sem excesso de peso		Com excesso de peso		Valor de p**
	n	%	n	%	n	%	
Frutas							0,002
Consumo Regular	36	22,1	18	38,3	18	15,5	
Consumo Não Regular	127	77,9	29	61,7	98	84,5	
Hortaliças							0,332
Consumo Regular	60	36,8	19	40,4	41	35,3	
Consumo Não Regular	103	63,2	28	59,6	75	64,7	
Leguminosas							0,239
Consumo Regular	151	92,6	42	89,4	109	94,0	
Consumo Não Regular	12	7,4	5	10,6	7	6,0	
Cereais							0,173
Consumo Regular	149	91,4	45	95,7	104	89,7	
Consumo Não Regular	14	8,6	2	4,3	12	10,3	
Carnes e Ovos							0,257
Consumo Regular	110	67,5	34	72,3	76	65,5	
Consumo Não Regular	53	32,5	13	27,7	40	34,5	
Leite e Derivados							0,061
Consumo Regular	31	19,0	13	27,7	18	15,5	
Consumo Não Regular	132	81,0	34	72,3	98	84,5	
Frituras e Embutidos							0,295
Consumo Regular	104	63,8	32	68,1	72	62,1	
Consumo Não Regular	59	36,2	15	31,9	44	37,9	
Doces e refrigerantes							0,296
Consumo Regular	97	59,5	30	63,8	67	57,8	
Consumo Não Regular	66	40,5	17	36,2	49	42,2	
Sal (à mesa)							0,218
Consumo Regular	17	10,4	3	6,4	14	12,1	
Consumo Não Regular	146	89,6	44	93,6	102	87,9	
Água							0,188
Consumo Regular	90	55,2	29	61,7	61	52,6	
Consumo Não Regular	73	44,8	18	38,3	55	47,4	
Bebidas Alcoólicas							0,128
Consumo Regular	72	44,2	30	36,2	61	52,6	
Consumo Não Regular	91	55,8	17	63,8	55	47,4	

Fonte: Pesquisa de Campo, 2014.

* Classificação de acordo com as porções diárias de consumo recomendadas para cada grupo de alimentos pelo Guia Alimentar para a população brasileira (BRASIL, 2006g).

** Teste Exato de Fisher ($p < 0,05$).

Houve relação entre o ICT e as lesões/doenças citadas pelos ACS, com resultados estatisticamente significativos conforme mostra a Tabela 5.

Tabela 5. Relação entre o ICT e as lesões/doenças citadas pelos ACS, vinculados a ESF, do Distrito Sanitário II, João Pessoa – PB.

Lesões/ Doenças	Categorias	Total		Índice		Baixa/Moderada		Boa/Ótima		Valor de p*
		n	%	n	%	n	%	n	%	
Lesões	Sim	90	55,2	52	73,2	38	41,3	0,001		
	Não	73	44,8	19	26,8	54	58,7			
Doenças Musculo- esqueléticas	Sim	73	44,8	46	64,8	27	29,3	0,001		
	Não	90	55,2	25	35,2	65	70,7			
Doenças Cardiovasculares	Sim	50	30,7	30	42,3	20	21,7	0,005		
	Não	113	69,3	41	57,7	72	78,3			
Doenças Respiratórias	Sim	53	32,5	32	45,1	21	22,8	0,003		
	Não	110	67,5	39	54,9	71	77,2			
Doenças Neurológicas	Sim	66	40,5	43	60,6	23	25,0	0,001		
	Não	97	59,5	28	39,4	69	75,0			
Doenças Digestivas	Sim	42	25,8	29	40,8	13	14,1	0,001		
	Não	121	74,2	42	59,2	79	85,9			
Doenças Geniturinárias	Sim	22	13,5	11	15,5	11	12,0	0,512		
	Não	141	86,5	60	84,5	81	88,0			
Doenças Endócrinas	Sim	68	41,7	37	52,1	31	33,7	0,018		
	Não	95	58,3	34	47,9	61	66,3			
Alergias	Sim	40	24,5	19	26,8	21	22,8	0,563		
	Não	123	75,5	52	73,2	71	77,2			
Tumores	Sim	5	3,1	4	5,6	1	1,1	0,095		
	Não	158	96,9	67	94,4	91	98,9			
Anemia	Sim	22	3,5	16	22,5	6	6,5	0,003		
	Não	141	86,5	55	77,5	86	93,5			
Dislipidemia	Sim	9	5,5	5	7,0	4	4,3	0,455		
	Não	154	94,5	66	93	88	95,7			
Outras doenças	Sim	7	4,3	6	8,5	1	1,1	0,021		
	Não	156	95,7	65	91,5	91	98,9			
Total		163	100	71	100	92	100			

Fonte: Pesquisa de Campo, 2014.

* p<0,05.

5 DISCUSSÃO

Os ACS participantes desta pesquisa eram predominantemente do sexo feminino, assim como em estudos realizados por Ferraz e Aerts (2005) e Freitas, Marcolino e Santos (2008). Esse fato pode estar intimamente ligado ao papel de cuidador que a mulher desempenha na sociedade (ELLIS; HARTLEY, 1998; PEREIRA; TORRES, 2006) e a resistência ao agente do sexo masculino por parte da comunidade (BEZERRA; SANTO; BATISTA FILHO, 2005).

O MS preconiza que o exercente dessa profissão tenha acima de 18 anos de idade, não estabelecendo limite máximo (BRASIL, 2001b). As faixas etárias que mais concentraram agentes, também foram observadas em Porto Alegre-RS em uma pesquisa com ACS do Programa de Saúde da Família (FERRAZ; AERTS, 2005).

Nos resultados encontrados, os mais velhos apresentaram menor capacidade para o trabalho e seria importante avaliar se o conhecimento acumulado compensa ou não esta limitação. Acredita-se que os ACS com mais idade tendem a conhecer melhor a comunidade, tendo mais vínculos e laços de amizade. No entanto, possuem conceitos próprios sobre o processo saúde-doença, advindos de suas experiências, tornando-os mais resistentes a novos conceitos relacionados à promoção da saúde. Os agentes mais jovens, por outro lado, não conhecem tão bem a comunidade, mas, seus conceitos de saúde e doença poderão estar mais abertos às mudanças e às novidades (MULLER; SEHNEM; ASSUNÇÃO, 2013).

Dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio - PNAD (2012), mostraram que 62,5% dos habitantes da Região Nordeste se declaram pardos, assim como o número de moradores por domicílio nessa região é de 3,4, como também achado nesse estudo (IBGE, 2012).

O estado civil observado foi semelhante ao de Barcellos, Pandolfi e Miotto (2006), que encontraram 57,75% de participantes que declararam ser casados ou viver junto com um companheiro (a) em pesquisa realizada com ACS em Vitória-ES. Em outros estudos com esses profissionais, também foram achados resultados semelhantes a essa pesquisa em relação a quantidade de 2 filhos por ACS (SILVA; SANTOS, 2003; SIMÕES, 2009).

Quanto ao grau de escolaridade, a Lei nº 11.350/2006, que regulamentou a profissão, tornou exigências para o cargo ter a conclusão do Ensino Fundamental e curso de qualificação básica (BRASIL, 2006d). Nesse estudo foi observado que os ACS superaram esse requisito mínimo necessário, pois quase a metade tem ensino médio concluído e o restante em sua maioria, alguma experiência com ensino superior, assim como encontrado por outros autores (SILVA; SANTOS, 2003; SIMÕES, 2009; MULLER; SEHNEM; ASSUNÇÃO, 2013). Isso

repercute como estratégia positiva que demonstra que quanto maior o grau de escolaridade, mais possibilidades terá o agente de incorporar novos conhecimentos e orientar as famílias sob sua responsabilidade (FERRAZ; AERTS, 2005).

Em relação as condições de moradia, os resultados foram aproximados dos fornecidos pela PNAD (2009) onde os indivíduos na Região Nordeste moram com a família (89,4%), em casa própria (76,2%), com eletricidade (99,4%), água corrente (79,2%), canalização de esgotos (52,4%), em rua calçada (53,3%) e zona urbana (98,7%) (IBGE, 2009).

Ao analisar a renda familiar dos ACS, verificou-se um resultado semelhante ao de Freitas, Marcolino e Santos (2008), que encontraram 70,5% de ACS com renda mensal em torno de 2 a 5 salários mínimos, em cinco USF da Zona Leste do Município de São Paulo, mas, divergiram do de Pereira e Torres (2006), onde 76% dos ACS, do distrito sanitário I, no município de Olinda-PE, tinham seu trabalho como única fonte de renda da família, o que correspondia a 1 salário mínimo.

É alarmante a prevalência de sobrepeso e obesidade encontrada neste estudo. Os estudos realizados com ACS no estado de São Paulo mostraram prevalências inferiores (CARLINI et al., 2006; FREITAS; MARCOLINO; SANTOS, 2008). Essas elevadas taxas de obesidade tem sido observadas em diversos estados e cidades do país, variando de 13,7 até 37,5% (CERVATO et al. 1997; MARCOPITO et al., 2005), além de encontrarem prevalência entre mulheres (REZENDE et al. 2006) nas faixas de renda mais baixas (IBGE, 2004).

Com relação à obesidade abdominal, foi constatada uma maior prevalência em mulheres. Sendo observado resultados inferiores em estudos que avaliaram a relação da CC ao risco de desenvolvimento de doenças cardiovasculares, em São Paulo-SP (MARCOPITO et al., 2005) e Viçosa-MG (REZENDE et al., 2006)

Ressalta-se a importância da CC, visto que é a medida antropométrica que está melhor relacionada com a quantidade de gordura visceral. Mesmo sem diagnóstico de obesidade, muitos indivíduos já se encontram em risco de alterações metabólicas em decorrência do excesso de gordura na região abdominal (REZENDE et al. 2006; FREITAS; MARCOLINO; SANTOS, 2008).

Ao longo de 30 anos (1970-2000), houve uma mudança nos hábitos alimentares da população brasileira. Esse foi o resultado da comparação entre quatro pesquisas do IBGE (2004), que investigaram o consumo das famílias em regiões metropolitanas (ENDEF 1974/75 e POF 1987/1988, 1995/1996 e 2002/2003).

Uma caracterização dessa realidade, foi a diminuição da presença do arroz (redução de 23%) e do feijão (redução de 20%). Contudo, há estudos que encontraram o feijão e o arroz

como alimentos consumidos diariamente pelos participantes da pesquisa (CASTRO; ANJOS; LOURENÇO, 2004; NEUMANN; SHIRASSU; FISBERG, 2006), dado também encontrado em pesquisa realizada com ACS (FREITAS; MARCOLINO; SANTOS, 2008), como testificado nesse estudo.

Ao verificar o consumo de saladas, de servidores em período de pré-aposentadoria em São Luís-MA, Sousa et al. (2011) também encontrou um consumo inadequado (58,0%). Carvalho e Rocha (2011), quando avaliaram o consumo alimentar da população adulta residente em área rural na cidade de Ibatiba-ES, encontraram as hortaliças como alimentos consumidos não habitualmente (< quatro vezes/semana).

O consumo diário de frutas e vegetais está associado a diminuição de exposição ao risco para DCNT (BARRETO; CYRILLO, 2001; NEUMANN; SHIRASSU; FISBERG, 2006). Os achados deste estudo destacam um consumo não regular de frutas pelo grupo com excesso de peso, que são fontes ricas em fibras. O baixo consumo desse alimento pôde-se também observar em outros estudos (FREITAS; MARCOLINO; SANTOS, 2008; CARVALHO; ROCHA, 2008). A POF 2002-2003 mostrou que o consumo desses alimentos na zona urbana é inferior às recomendações diárias necessárias (IBGE, 2004).

Os produtos de origem animal, tem grande importância na dieta do brasileiro, por serem uma boa fonte de aminoácidos essenciais e contribuírem com 18% do valor calórico total da dieta (LEVY-COSTA et al., 2005). Por outro lado, as carnes são consideradas os alimentos que mais pesam nas despesas dos brasileiros (18,34%), mostrando sua menor aquisição nas regiões Nordeste e Sudeste, especialmente na Paraíba (IBGE, 2004). Apesar desse grupo de trabalhadores ser considerado de baixa renda, a maioria apresentou um consumo regular de acordo com Guia Alimentar para a população brasileira.

Quanto ao consumo não regular de leite e derivados, a POF 2002-2003, mostrou também que o leite de vaca, teve seu consumo reduzido em 40% pela população brasileira, no ano 2003 em relação ao ano 2002 (IBGE, 2004), assim como Freitas, Marcolino e Santos (2008) também constataram em seu estudo um baixo consumo de leite e derivados pelos ACS.

O consumo regular de frituras e embutidos e doces e refrigerantes, mostrou-se diferente do resultado encontrado por Sousa et al. (2011), onde os indivíduos não consumiam esses alimentos diariamente. Barros (2008), observou em adultos e idosos no município de São Paulo-SP, que os grupos de maior consumo foram os das manteigas e margarinas, consumidos por 62,31% da população, dos refrigerantes e refrescos, por 47,37%, e, ainda dos embutidos,

hambúrguer e *nuggets*, por 41,25%, enquanto mais de 75% não consumiam alimentos como doces.

Os produtos fritos, ao lado das margarinas e manteigas, contribuem como uma das principais fontes de ácidos graxos da dieta (LEVY-COSTA et al., 2005), os quais, se consumidos em excesso, constituem risco para doenças cardiovasculares (NEUMANN; SHIRASSU; FISBERG, 2006).

Observa-se relação entre alimentação composta por alimentos ricos em sacarose e risco desenvolver obesidade (FUNG et al., 2001). Esse hábito vem se tornando cada vez mais comum na alimentação dos brasileiros, que facilitam a instalação de doenças ligadas ao aumento da adiposidade (TRAEBERT et al., 2004).

Sobre a frequência com que os indivíduos realizam suas refeições, Carvalho e Rocha (2011) também evidenciaram resultados semelhantes: 52% realizam três refeições/dia e 18% realizam quatro refeições/dia.

Os resultados do ICT mostram que mais da metade dos ACS apresentaram capacidade para o trabalho boa e ótima, devendo ser adotadas medidas para apoiar essa capacidade. Apesar disso, aqueles que apresentaram uma moderada e baixa capacidade, necessitam de medidas para melhorá-la. Esses achados foram semelhantes aos de Viero et al. (2011) que ao analisar o ICT em trabalhadores de enfermagem em um hospital universitário do Rio Grande do Sul observou que 56,7% apresentavam-se com boa e ótima capacidade para o trabalho, enquanto 43,3% entre moderada e baixa. Já Bellusci e Fischer (1999) obtiveram resultados diferentes ao estudar a capacidade para o trabalho em servidores de uma instituição judiciária federal, visto que 61,1% apresentaram moderada capacidade para o trabalho.

Como uma das principais limitações do estudo cita-se o chamado ‘efeito do trabalhador sadio’ sobre a população estudada. Pesquisas na área da epidemiologia ocupacional apontam para a ocorrência de melhores indicadores de morbidade e mortalidade entre trabalhadores quando comparados à população em geral (SANTANA; CORDEIRO, 2003; RAFFONE; HENNINGTON, 2005). Além disso, foi excluído do estudo os indivíduos que não estavam presentes no momento da pesquisa, por motivos de afastamento por problemas de saúde, férias, licença-maternidade, entre outros.

Raffone e Hennington (2005), quando avaliaram a capacidade funcional dos trabalhadores de enfermagem de um complexo hospitalar, encontraram como doenças mais frequentemente informadas e diagnosticadas por médico: as musculoesqueléticas (82%); as do aparelho respiratório, incluindo sinusite (37%); a coronariana, cardiovascular e hipertensão (25%); as do aparelho digestivo, incluindo gastrite (24%); a doença emocional leve e severa

(24%) e a obesidade (20%), conforme também evidenciadas nesse estudo. Devido a limitação do estudo transversal, em que o fator e efeito são observados num mesmo momento histórico, há uma impossibilidade de se estabelecer relações causais, por não provarem a existência de uma seqüência temporal entre exposição ao fator e o subsequente desenvolvimento da doença.

A doença do sistema musculoesquelético (estresse físico) foi citada como a mais observada entre os trabalhadores de saúde e prevaleceu sobre as outras doenças (VIERO et al., 2011). Bellusci e Fischer (1999) relataram as alergias e os distúrbios emocionais leves entre as doenças mais frequentes na sua população estudada.

A doença endócrina com maior prevalência foi à obesidade, semelhantemente ao resultado encontrado por Duran e Cocco (2004) quando avaliaram a capacidade para o trabalho entre trabalhadores de enfermagem do pronto-socorro de um hospital universitário. A obesidade é tida como fator de risco para a perda da capacidade para o trabalho, podendo afetar a capacidade cardiorrespiratória e musculoesquelética e favorecendo o aumento da mortalidade por doenças crônicas (POHJONEN; RANTA, 2001).

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O ACS é considerado um profissional chave na ESF, pois além de estar vinculado a equipe, constitui-se um membro intrinsecamente ligado a comunidade, promovendo ações que buscam a melhoria da saúde de todos. No entanto, com esse estudo foi possível perceber uma alta prevalência de enfermidades nesses sujeitos, especialmente excesso de peso e obesidade abdominal, juntamente com práticas de alimentação inadequadas que podem ter colaborado para esses resultados.

Esses achados tem estreita relação com a situação sócio demográfica dessa população, pois se constitui em sua maioria de mulheres de baixa renda, que conforme outros estudos são as que apresentam maior tendência ao desenvolvimento de obesidade.

Tais fatores de risco encontrados para DCNT não podem ser eliminados, mas alguns podem ser modificados, por meio de ações preventivas que visem à conscientização e mudança de hábitos cotidianos do estilo de vida. Verifica-se a necessidade de aprofundar o conhecimento sobre o estado de saúde dessa população e também da elaboração de estratégias e políticas de saúde que permitam melhorar a qualidade de vida dos mesmos, assim como de programas preventivos em nível populacional.

Fazem-se necessários novos estudos que avaliem a capacidade para o trabalho e sua influência na saúde dos ACS, pois devido à limitação do estudo transversal não é possível identificar nesse estudo a sequência de fator e efeito e estabelecer relações causais entre as variáveis.

REFERÊNCIAS

AMERICAN INSTITUTE FOR CANCER RESEARCH. Policy and action for cancer prevention. **Food, Nutrition, and Physical Activity: a Global Perspective**. Washington: World Cancer Research Fund/American Institute for Cancer Research, 2009.

ÁVILA, M. M. M. O Programa de Agentes Comunitários de Saúde no Ceará: o caso de Uruburetama. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1 p. 349-60, 2011.

_____. Origem e evolução do programa de agentes comunitários de saúde no Ceará. **RBPS**, Fortaleza, v. 24, n. 2, p. 159-68, 2011.

BARCELLOS, C. S. N.; PANDOLFI, M.; MIOTTO, M. H. M. M. Perfil do Agente Comunitário de Saúde (ACS) de Vitória- ES. **UFES – Revista de Odontologia**, Vitória, v. 8, n. 1, p. 21-28, 2006.

BARRETO, S. A. J.; CYRILLO, D. C. Análise da composição dos gastos com alimentação no município de São Paulo (Brasil) na década de 1990. **Rev Saúde Pública.**, [S.l.], v. 35, n. 1, p. 52-9, 2001.

BARROS, R. R. **Consumo de alimentos industrializados e fatores associados em adultos e idosos residentes no Município de São Paulo**. 2008. 176f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Universidade de São Paulo, São Paulo, 2008.

BAZZANO, L. A.; SERDULA, M. K.; LIU, S. Dietary intake of fruits and vegetables and risk of cardiovascular disease. **Current Atherosclerosis Reports**, [S.l.], n. 5, p. 492-9, 2003.

BELLUSCI, S. M.; FISCHER, F. M.. Envelhecimento funcional e condições de trabalho em servidores forenses. **Revista de Saúde Pública**, [S.l.], v. 33, n. 6, p. 602-9, 1999.

BEZERRA, A. F. B.; SANTO, A. C. G. E.; BATISTA FILHO, M. Concepções e práticas do agente comunitário na atenção à saúde do idoso. **Rev Saúde Pública**, [S.l.], v. 39, n. 5, p. 809-15, 2005.

BRASIL. Câmara Municipal de Aracati. Assembleia Municipal Constituinte. Lei nº 02, de 06 de abril de 1990. **Lei Orgânica do Município de Aracati**, Aracati, 1990.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 232, de 15 de maio de 1992. Estabelece normas técnicas e operacionais de planejamento, execução, acompanhamento e avaliação do Programa de Agentes de Saúde, criado pelo Decreto Estadual nº 19.945, de 02 de janeiro de 1989, e dá outras providências. **Diário Oficial do Estado do Ceará**, 1992.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.886, de 18 de dezembro de 1997. Dispõe sobre a aprovação das normas e diretrizes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e do Programa de Saúde da Família, estabelecendo no seu plano de ações e metas priorizar os Programas de Agentes Comunitários de Saúde e de Saúde da Família. **Diário Oficial da União**, Brasília, seção 1, n. 247, p. 11, 1997.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **O trabalho do Agente Comunitário de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

_____. Ministério da Saúde. **Avaliação da Implantação do Programa de Saúde da Família/Programa de Agentes Comunitários de Saúde – Relatório de Pesquisa.** Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia prático do programa de saúde da família.** Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

_____. Ministério da Saúde. Lei nº 10.507, de 10 de julho de 2002. Dispõe sobre a criação da Profissão de Agente Comunitário de Saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União,** Brasília, 2002.

_____. Ministério da Saúde. **Guia alimentar: como está a sua alimentação?** Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____. Ministério da Saúde. Portaria Nº 648, de 28 de março de 2006. Dispõe sobre a aprovação da Política nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família e o Programa Agentes Comunitários de Saúde. **Diário Oficial da União,** Brasília, n. 61, p.71, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Alimentação e Nutrição.** Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. Ministério da Saúde. **O trabalho dos agentes comunitários de saúde na promoção do uso correto de medicamentos.** 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006. Regulamenta o par. 5º do art. 198 da Constituição Federal, dispõe sobre o aproveitamento de pessoal amparado pelo parágrafo único do art. 2º da Emenda Constitucional nº 51, de 14 de fevereiro de 2006, e dá outras providências. **Diário Oficial da União,** Brasília, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Alimentação e Nutrição.** Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Obesidade.** Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação Geral da Política de Alimentação e Nutrição. **Guia alimentar para a população brasileira: promovendo a alimentação saudável.** Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial da União,** seção 1, p. 48-55, Brasília, 2011.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **VIGITEL Brasil 2010: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

_____. Ministério da Saúde. Sistema de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Teto, credenciamento e implantação das estratégias de Agentes Comunitários de Saúde, Saúde da Família e Saúde Bucal**. Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/>>. Acesso em 29 de jun. de 2014.

BROWN, I. J. et al. Salt intakes around the world: implications for public health. **International Journal of Epidemiology**, [S.l.] n. 38, p. 791-813, 2009.

CAMELLO, S. H. H.; ANGERAMI, E. L. S. Sintomas de estresse nos trabalhadores atuantes em cinco núcleos de saúde da família. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, [S.l.], v. 12, n. 1, p. 14-21, 2004.

CARLINI, I. M. et al. **Avaliação do perfil nutricional da equipe multiprofissional das diversas unidades de Programa de Saúde da Família do município de Piracicaba – SP**. 2006. Disponível em: <<http://www.unimep.br/phpg/mostracademica/anais/4mostra/pdfs/302.pdf>> Acesso em 21 de jun. de 2014.

CARVALHO, E. O.; ROCHA, E. F. Consumo alimentar de população adulta residente em área rural da cidade de Ibatiba (ES, Brasil). **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.l.], v. 16, n. 1, p. 179-85, 2011.

CASTRO, M. B. T.; ANJOS, L. A.; LOURENÇO, P. M. Padrão dietético e estado nutricional de operários de uma empresa metalúrgica do Rio de Janeiro, Brasil. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, p. 926-34, 2004.

CERVATO, A.M. et al. Dieta habitual e fatores de risco para doenças cardiovasculares. **Rev Saúde Pública**, [S.l.], v. 31, n. 3, p. 227-35, 1997.

CUPPARI, L. **Nutrição clínica no adulto: Guias de medicina ambulatorial e hospitalar, UNIFESP- Escola Paulista de Medicina**. 2. ed. Barueri, SP: Manole, 2005.

CUSTÓDIO, L. C. et al. Avaliação do estresse ocupacional em Agentes Comunitários de Saúde da região metropolitana de Belo Horizonte - MG. **Cad. Saúde Coletiva**, [S.l.], v. 14, n. 3, p. 549-553, 2006.

DURAN, E. M.; COCCO, M. I. M. Capacidade para o trabalho entre trabalhadores de enfermagem do pronto-socorro de um hospital universitário. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.12, n.1, p. 43-9, 2004.

ELLIS, J. R.; HARTLEY, C. L. **Enfermagem contemporânea: desafios, questões e tendências**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 1998.

ESPÍNOLA, F. D. S.; COSTA, I. C. C. Agentes comunitários de saúde do PACS e PSF: uma análise de sua vivência profissional. **Revista de Odontologia da Universidade Cidade de São Paulo**, São Paulo, v. 18, n. 1, p. 43-51, 2006.

FARIA, N. M. et al. E. Processo de trabalho rural e saúde na serra gaúcha: um estudo descritivo. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 115-28, 2000.

FERRAZ, L.; AERTS, D. R. G. C. O cotidiano de trabalho do agente comunitário de saúde no PSF em Porto Alegre. **Ciênc Saúde Coletiva**, [S.l.], v. 10, n. 2, p. 347-55, 2005.

FLORES, O. **O agente comunitário de saúde: caracterização da sua formação sócio histórica como educador em saúde**. 2007. 208f. Tese (Doutorado) – Universidade de Brasília, Brasília, 2007.

FREITAS, A. C.; MARCOLINO, F. F.; SANTOS, I. G. Agentes Comunitários de Saúde da Zona Leste do Município de São Paulo: um olhar para seu estado nutricional e consumo alimentar. **RBPS**, [S.l.], v. 21, n. 1, p. 3-12, 2008.

FUNG, T. T. et al. Association between dietary patterns and plasma biomarkers of obesity and cardiovascular disease risk. **Am J Clin Nutr.**, [S.l.], v. 73, p. 61-7, 2001.

GIGANTE, D. et al. Consumo alimentar de famílias de baixa renda no município de Piracicaba/SP. **Saúde em revista: Segurança Alimentar e Nutricional**, São Paulo, v. 6, n. 13, 2004.

GONÇALVES, C. S.; NOVAIS, R. L. D. F. S.; SANTOS, S. C. **Análise do nível de satisfação da comunidade com relação ao papel do Agente Comunitário de Saúde (ACS), no município de Venturosa-PE**. 2009. 36f. Monografia (Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde) – Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2009.

HU, F. B. et al. Dietary fat intake and the risk of coronary heart disease in women. **New England Journal of Medicine**, n. 337, p. 1.491-99, 1997.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Estudo Nacional da Despesa Familiar (Endef) 1974-1975**. Rio de Janeiro: IBGE, 1974.

_____. **Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF) 2002-2003, primeiros resultados Brasil e grandes regiões**. Rio de Janeiro: IBGE, 2003.

_____. **Análise da disponibilidade domiciliar de alimentos e do estado nutricional no Brasil: pesquisa de orçamentos familiares 2002-2003**. Rio de Janeiro: IBGE, 2004.

_____. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. **Síntese de indicadores 2009**. Rio de Janeiro: IBGE, 2009.

_____. Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF) 2008-2009. **Antropometria e estado nutricional de crianças, adolescentes e adultos no Brasil**. Rio de Janeiro: IBGE, 2010.

_____. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. **Síntese de indicadores 2012**. Rio de Janeiro: IBGE, 2012.

INSTITUTO NACIONAL DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO - INAN. **Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição (PNSN) 1989**. Arquivo de dados da pesquisa. Brasília, 1990.

LESSA, I. **Epidemiologia das doenças crônicas não transmissíveis: o adulto brasileiro e as doenças da modernidade**. São Paulo: Abrasco, 1998.

LEVY-COSTA, R. B. et al. Disponibilidade domiciliar de alimentos no Brasil: distribuição e evolução (1974-2003). **Rev Saúde Pública**, [S.l.], v. 39, n. 4, p. 530-40, 2005.

MACHADO, A. G.; ANJOS, V. D. **Análise do Índice de Capacidade para o Trabalho em funcionários da gerência de assistência nutricional da Fundação Santa Casa de Misericórdia do Estado do Pará**. 2008. 80f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Fisioterapia) – Universidade da Amazônia, Belém, 2009.

MARCOPITO, L. F. et al. Prevalência de alguns fatores de risco para doenças crônicas na cidade de São Paulo. **Rev Saúde Pública**, [S.l.], v. 39, n. 5, p. 738-45, 2005.

MARTINS, M. M. **Qualidade de vida e capacidade para o trabalho dos profissionais em enfermagem no trabalho em turnos**. 2002. 85f. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2002.

MULLER, P. A.; SEHNEM, L.; ASSUNÇÃO, A. N. A qualificação dos Agentes Comunitários de Saúde: uma abordagem a três municípios do vale do Rio Pardo. **Revista Jovens Pesquisadores**, Santa Cruz do Sul, v. 3, n. 1, p. 169-78, 2013.

NEUMANN, A. I. C. P.; SHIRASSU, M. M.; FISBERG, R. M. Consumo de alimentos de risco e proteção para doenças cardiovasculares entre funcionários públicos. **Rev Nutr.**, Campinas, v. 19, n. 1, p. 19-28, 2006.

NUNES, M. O. et al. O agente comunitário de saúde: construção da identidade desse personagem híbrido e polifônico. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 6, p. 1639-46, 2002.

ORGANIZAÇÃO PAN AMERICANA DE SAÚDE - OPAS. **Chamado à ação de Toronto: 2006-2015. Rumo a uma década de recursos humanos em saúde nas Américas**. Brasília: OPAS, 2006.

PALÁCIOS, M.; DUARTE, F.; CÂMARA, V. M. Trabalho e sofrimento psíquico de caixas de agências bancárias na Cidade do Rio de Janeiro. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, p. 843-51, 2002.

PARREIRAS, P. C.; MARTINS, T. JR. A proposta político-pedagógica da Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia. **Sanare**, [S.l.], v. 5, n. 1, p. 21-32, 2004.

PEÑA, M.; BACALLAO, J. La obesidad en la pobreza: un problema emergente en las Américas. In: ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. La obesidad en la

pobreza: un nuevo reto para la salud pública. **Publicación Científica**, Washington, n. 576, 2000.

PEREIRA, L. L.; TORRES, M. S. **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**. 2006. 17f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Gestão e Política de Recursos Humanos para o SUS) - Fundação Oswaldo Cruz, Olinda, 2006.

POHJONEN, T.; RANTA, R. Effects of worksite physical exercise intervention on physical fitness, perceived health status, and work ability among home care workers: five-year follow-up. **Prev. Med.**, [S.l.], v. 32, p.465-75, 2001.

RAFFONI, A. M.; HENNINGTON, E. A. Avaliação da capacidade funcional dos trabalhadores de enfermagem. **Revista de Saúde Pública**, [S.l.] v. 39, n. 4, p. 669-76, 2005.

REIS, L. B. **Uma análise de dimensão ético-política do trabalho de Agentes Comunitários de Saúde do município de Vitória**. 2005. 224f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2005.

REZENDE, F. A. C. et al. Índice de massa corporal e circunferência abdominal: associação com fatores de risco cardiovascular. **Arq Bras Cardiol**, [S.l.], v. 87, n. 6, p. 728-34, 2006.

RIBOLI, E.; NORAT, T. Epidemiologic evidence of the protective effect of fruit and vegetables on cancer risk. **American Journal of Clinical Nutrition**, [S.l.], n. 78 (Supl.), p. 559S-569S, 2003.

SANTANA, V. S.; CORDEIRO, R. Detecção dos agravos à saúde relacionados como o trabalho, em estudos epidemiológicos. In: MENDES, R. **Patologia do trabalho**. São Paulo: Atheneu, 2003.

SILVA, J. A. **O agente comunitário de saúde do Projeto QUALIS: agente institucional ou agente de comunidade?** 2001. 231f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Universidade de São Paulo, São Paulo, 2001.

SILVA, M. H.; SANTOS, M. R. Perfil social dos Agentes Comunitários de Saúde vinculados ao Programa de Saúde da Família da Zona Norte do município de Juiz de Fora. **Revista APS**, [S.l.], v. 6, n. 2, p. 70-76, 2003.

SIMÕES, A. R. O Agente Comunitário de Saúde na Equipe de Saúde da Família: fatores de sobrecarga de trabalho e estresse. **R. Saúde Públ.**, Florianópolis, v. 2, n. 1, p.6-21, 2009.

SOUSA, A. G. et al. Perfil sociodemográfico e nutricional de servidores em período de pré-aposentadoria. **Rev Pesq Saúde**, [S.l.], v. 12, n. 3, p. 16-21, 2011.

SWINBURN, B.; EGGER, G.; RAZA, F. Dissecting obesogenic environments: the development and application of a framework for identifying and prioritizing environmental interventions for obesity. **Preventive Medicine**, [S.l.], n. 29, p. 563-570, 1999.

TOMASI, E. et al. Perfil sócio-demográfico e epidemiológico dos trabalhadores da atenção básica à saúde nas regiões Sul e Nordeste do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1 p. S193-S201, 2008.

TRAEBERT, J. et al. Transição alimentar: problema comum à obesidade e à cárie dentária. **Rev Nutr.**, Campinas, v. 17, n. 2, p. 247-53, 2004.

TUOMI, K. et al. **Índice de Capacidade para o Trabalho**. São Carlos: EdUFSCar, 2005.

VASCONCELLOS, N. P. C.; COSTA-VAL, R. Avaliação da qualidade de vida dos Agentes Comunitários de Saúde de Lagoa Santa – MG. **Rev. APS**, [S.l.], v. 11, n. 1, p. 17-28, 2008.

VASCONCELOS, E. M.; CRUZ, P. J. S. **Educação Popular na formação universitária: reflexões com base em uma experiência**. São Paulo: Hucitec; João Pessoa: Editora Universitária da UFPB, 2011.

VIERO, N. C. et al. Redução da capacidade para o trabalho e a relação da morbidade dos trabalhadores de enfermagem. **Revista Contexto & Saúde**, Ijuí, v. 10, n. 20, p. 1305-1310, 2011.

WALSH, I. A. P. et al. Capacidade para o trabalho em indivíduos com lesões músculo-esqueléticas crônicas. **Revista de Saúde Pública**, [S.l.] v. 38, n. 2, p. 149-56, 2004.

WORLD HEALTH ORGANIZATION – WHO. Obesity: preventing and managing the global epidemic. **Report of a WHO Consultation on Obesity**. Geneva: WHO, 1998. Disponível em: <[http://whqlibdoc.who.int/hq/1998/WHO_NUT_NCD_98.1_\(p1-158\).pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/1998/WHO_NUT_NCD_98.1_(p1-158).pdf)>. Acesso em 13 de jun. de 2013.

_____. **The World health report 2002: Reducing risks, promoting healthy life**. Geneva: World Health Organization, 2002.

_____. **Global health risks: mortality and burden of disease attributable to selected major risks**. Geneva: World Health Organization, 2009.

_____. **Creating an enabling environment for population-based salt reduction strategies: report of a joint technical meeting held by WHO and the Food Standards Agency, United Kingdom**. Geneva: World Health Organization, 2010.

_____. **Global status report on noncommunicable diseases 2010**. Geneva: World Health Organization, 2011.



APÊNDICES
UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE NUTRIÇÃO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
RESOLUÇÃO 466/12 – CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE

A pesquisa com o título de “ANÁLISE DAS CONDIÇÕES DE SAÚDE DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE: relação com perfil nutricional e capacidade para o trabalho” está sendo desenvolvida por Andreia Marinho Barbosa, aluna do Curso de Graduação em Nutrição da Universidade Federal da Paraíba, para elaboração do Trabalho de Conclusão de Curso, sob a orientação do Prof. Dr. Dailton Alencar Lucas de Lacerda.

Os objetivos desta pesquisa são: caracterizar o perfil sócio demográfico dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) de Unidades de Saúde da Família (USF) e avaliar o seu estado nutricional, consumo alimentar e capacidade para o trabalho, estabelecendo uma relação existente entre eles e as condições de saúde dos ACS, identificando a prevalência de doenças nos mesmos.

A finalidade deste trabalho é contribuir para obtenção de dados sobre a capacidade para o trabalho, o estado nutricional e o consumo alimentar dos ACS, pois a partir das suas características de trabalho, sua importância como profissional da saúde e membro da comunidade, mostra-se a necessidade de se realizar mais trabalhos tendo-os como público-alvo.

Para tanto, nós precisaremos obter alguns dados pessoais seus, a partir desse questionário sobre suas condições sócio demográficas, consumo alimentar e condições de saúde e trabalho. Iremos também realizar uma avaliação nutricional que consiste em aferir seu peso, altura e circunferência da cintura.

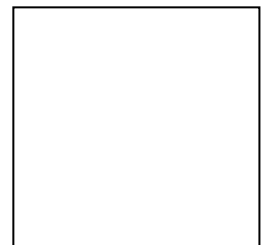
A sua participação na pesquisa é voluntária e, portanto, o(a) senhor(a) não é obrigado(a) a fornecer as informações e/ou colaborar com as atividades solicitadas pela Pesquisadora. Caso decida não participar do estudo ou resolver a qualquer momento desistir do mesmo, não sofrerá nenhum dano, nem haverá modificação na assistência que vem recebendo na Instituição. A participação nesta pesquisa não apresenta risco para o(a) Senhor(a), já que em nenhum momento da pesquisa o mesmo terá sua identificação revelada. Solicito sua autorização para apresentar os resultados deste estudo em eventos da área de saúde e publicar em revista científica.

Por ocasião da divulgação dos resultados, seu nome será mantido em sigilo. O(s) pesquisador(es) estará(ão) a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa.

Diante do exposto, declaro que fui devidamente esclarecido (a) e dou o meu consentimento para participar da pesquisa e para divulgação dos resultados. Estou ciente que receberei uma cópia desse documento.

 Assinatura do Participante da Pesquisa

 Assinatura do Pesquisador Responsável



Pesquisadores responsáveis: **Dailton Alencar Lucas de Lacerda**. Fone: (83) 99648168.
 Universidade Federal da Paraíba - Departamento de Fisioterapia, Campus I, João Pessoa - PB.
Andreia Marinho Barbosa. Fone: (83) 99651491.

Universidade Federal da Paraíba - Departamento de Nutrição, Campus I, João Pessoa - PB.

Comitê de Ética em pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba: Bloco Arnaldo Tavares, sala 812, Campus I, Cidade Universitária, CEP: 58051-900. Fone: (83)3216-7791

APÊNDICE B

1 DADOS SOCIO DEMOGRÁFICOS

1. Qual o seu sexo? () Feminino () Masculino.

2. Qual a sua idade? _____

3. Como você se considera: _____

4. Qual seu estado civil?

() Solteiro(a). () Casado(a) / mora com um(a) companheiro(a).

() Separado(a) / divorciado(a) / desquitado(a). () Viúvo(a).

5. Até quando você estudou?

() Não estudou.

() Da 1ª à 4ª série do ensino fundamental (antigo primário).

() Da 5ª à 8ª série do ensino fundamental (antigo ginásio).

() Ensino médio (antigo 2º grau) incompleto.

() Ensino médio completo.

() Ensino superior incompleto.

() Ensino superior completo.

() Pós-graduação.

6. Onde e como você mora atualmente?

() Em casa ou apartamento, com minha família.

() Em casa ou apartamento, sozinho(a).

() Em quarto ou cômodo alugado, sozinho(a).

() Em habitação coletiva: hotel, hospedaria, quartel, pensionato, república etc.

() Outra situação: _____

7. Quantas pessoas moram em sua casa? (Contando com seus pais, irmãos ou outras pessoas que moram em uma mesma casa). _____

8. Quantos(as) filhos(as) você tem? _____

9. Como e onde é sua casa?

A) Própria: Sim() / Não()

B) É em rua calçada ou asfaltada: Sim() / Não()

C) Tem água corrente na torneira: Sim() / Não()

D) Tem eletricidade: Sim() / Não()

E) Tem canalização de esgotos: Sim() / Não()

F) É situada em zona rural: Sim() / Não()

10. Somando a sua renda com a renda das pessoas que moram com você, quanto é, aproximadamente, a renda familiar? (Considere a renda de todos que moram na sua casa.)

_____ se não quiser responder:

() Até 1 salário mínimo (até R\$ 724,00 inclusive).

() De 1 a 2 salários mínimos (de R\$ 724,00 até R\$ 1448,00 inclusive).

() De 2 a 5 salários mínimos (de R\$ 1448,00 até R\$ 3620,00 inclusive).

() De 5 a 10 salários mínimos (de R\$ 3620,00 até R\$ 7240,00 inclusive).

() Acima de 10 salários mínimos (mais de R\$ 7240,00).

2 DADOS ANTROPOMÉTRICOS

1. Peso: _____ **2. Altura:** _____ **3. CC:** _____

3 QUESTIONÁRIO DE FREQUENCIA DE CONSUMO ALIMENTAR

1. Qual é, em média, a quantidade de frutas (unidade/fatia/pedaço/copo de suco natural) que você come por dia?

() Não como frutas, nem tomo suco de frutas natural todos os dias.

() 3 ou mais unidades/fatias/pedaços/copos de suco natural.

() 2 unidades/fatias/pedaços/copos de suco natural.

() 1 unidade/fatia/pedaço/copo de suco natural.

**2. Qual é, em média, a quantidade de legumes e verduras que você come por dia?
Atenção! Não considere nesse grupo os tubérculos e as raízes (veja pergunta 4).**

- Não como legumes, nem verduras todos os dias.
 3 ou menos colheres de sopa.
 4 a 5 colheres de sopa.
 6 a 7 colheres de sopa.
 8 ou mais colheres de sopa.

3. Qual é, em média, a quantidade que você come dos seguintes alimentos: feijão de qualquer tipo ou cor, lentilha, ervilha, grão-de-bico, soja, fava, sementes ou castanhas?

- Não consumo. 2 ou mais colheres de sopa por dia.
 Consumo menos de 5 vezes por semana. 1 colher de sopa ou menos por dia.

4. Qual a quantidade, em média, que você consome por dia dos alimentos listados abaixo?

A) Arroz, milho e outros cereais (inclusive os matinais); mandioca/macaxeira/aipim, cará ou inhame; macarrão e outras massas; batata-inglesa, batata-doce, batata-baroa ou mandioquinha: _____ colheres de sopa.

B) Pães: _____ unidades/fatias.

C) Bolos sem cobertura e/ou recheio: _____ fatias.

D) Biscoito ou bolacha sem recheio: _____ unidades.

5. Qual é, em média, a quantidade de carnes (gado, porco, aves, peixes e outras) ou ovos que você come por dia?

- Não consumo nenhum tipo de carne.
 1 pedaço/fatia/colher de sopa ou 1 ovo.
 2 pedaços/fatias/colheres de sopa ou 2 ovos.
 Mais de 2 pedaços/fatias/colheres de sopa ou mais de 2 ovos.

6. Você costuma tirar a gordura aparente das carnes, a pele do frango ou outro tipo de ave?

- Sim. Não. Não como carne vermelha ou frango.

7. Você costuma comer peixes com qual frequência?

- Não consumo. Somente algumas vezes no ano.
 2 ou mais vezes por semana. De 1 a 4 vezes por mês.

8. Qual é, em média, a quantidade de leite e seus derivados (iogurtes, bebidas lácteas, coalhada, requeijão, queijos e outros) que você come por dia?

Pense na quantidade usual que você consome: pedaço, fatia ou porções em colheres de sopa ou copo grande (tamanho do copo de requeijão) ou xícara grande, quando for o caso.

- Não consumo leite, nem derivados (vá para a questão 10).
 3 ou mais copos de leite ou pedaços/fatias/porções.
 2 copos de leite ou pedaços/fatias/porções.
 1 ou menos copos de leite ou pedaços/fatias/porções.

9. Que tipo de leite e seus derivados você habitualmente consome?

- Integral. Com baixo teor de gorduras (semidesnatado, desnatado ou light).

10. Pense nos seguintes alimentos: frituras, salgadinhos fritos ou em pacotes, carnes salgadas, hambúrgueres, presuntos e embutidos (salsicha, mortadela, salame, lingüiça e outros). Você costuma comer qualquer um deles com que frequência?

- Raramente ou nunca. Menos que 2 vezes por semana.
 De 2 a 3 vezes por semana. De 4 a 5 vezes por semana.
 Todos os dias.

11. Pense nos seguintes alimentos: doces de qualquer tipo, bolos recheados com cobertura, biscoitos doces, refrigerantes e sucos industrializados. Você costuma comer qualquer um deles com que frequência?

- () Raramente ou nunca. () Menos que 2 vezes por semana.
 () De 2 a 3 vezes por semana. () De 4 a 5 vezes por semana.
 () Todos os dias.

12. Qual tipo de gordura é mais usado na sua casa para cozinhar os alimentos?

- () Banha animal ou manteiga. () Margarina ou gordura vegetal.
 () Óleo vegetal como: soja, girassol, milho, algodão ou canola.

13. Você costuma colocar mais sal nos alimentos quando já servidos em seu prato?

- () Sim () Não

14. Pense na sua rotina semanal: quais as refeições você costuma fazer habitualmente no dia?

- () Café da manhã. () Lanche da manhã.
 () Almoço. () Lanche ou café da tarde.
 () Jantar ou café da noite. () Lanche antes de dormir.

15. Quantos copos de água você bebe por dia? Inclua no seu cálculo sucos de frutas naturais ou chás (exceto café, chá preto e chá mate).

- () Menos de 4 copos. () 8 copos ou mais. () 4 a 5 copos. () 6 a 8 copos.

16. Você costuma consumir bebidas alcoólicas (uísque, cachaça, vinho, cerveja, conhaque etc.) com qual frequência?

- () Diariamente. () 1 a 6 vezes na semana.
 () Eventualmente ou raramente (menos de 4 vezes ao mês). () Não consumo.

17. Você faz atividade física REGULAR, isto é, pelo menos 30 minutos por dia, todos os dias da semana, durante o seu tempo livre?

Considere aqui as atividades da sua rotina diária como o deslocamento a pé ou de bicicleta para o trabalho, subir escadas, atividades domésticas, atividades de lazer ativo e atividades praticadas em academias e clubes. Os 30 minutos podem ser divididos em 3 etapas de 10 minutos.

- () Não. () Sim. () 2 a 4 vezes por semana.

18. Você costuma ler a informação nutricional que está presente no rótulo de alimentos industrializados antes de comprá-los?

- () Nunca. () Quase nunca.
 () Algumas vezes, para alguns produtos. () Sempre ou quase sempre, para todos os produtos.

4 ÍNDICE DE CAPACIDADE PARA O TRABALHO

Suponha que sua melhor capacidade para o trabalho tem um valor igual a 10 pontos.

Assinale com X um número na escala de zero a dez, que designe quantos pontos você daria para sua capacidade de trabalho atual:

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Estou incapaz para o trabalho										Estou em minha melhor capacidade para o trabalho

1 Como você classifica sua capacidade atual para o trabalho em relação às exigências físicas do mesmo? (Por exemplo, fazer esforço físico com partes do corpo.)

Muito boa.....	5
Boa.....	4
Moderada.....	3
Baixa.....	2
Muito baixa.....	1

Como você classificaria sua capacidade atual para o trabalho em relação às exigências mentais de seu trabalho? (Por exemplo, interpretar fatos, resolver problemas, decidir a melhor forma de fazer).

Muito boa.....	5
Boa.....	4
Moderada.....	3
Baixa.....	2
Muito baixa.....	1

Em sua opinião, quais das lesões por acidentes ou doenças citadas abaixo você possui atualmente. Marque também aquelas que foram confirmadas pelo médico.

	Em minha opinião	Diagnóstico médico
1. lesão nas costas.....	2	1
2. lesão nos braços/mãos.....	2	1
3. lesão nas pernas/pés.....	2	1
4. lesão em outras partes do corpo.....	2	1
Onde? Que tipo de lesão? _____		

5. doença da parte superior das costas ou região do pescoço, com dores frequentes	2	1
6. doença da parte inferior das costas, com dores frequentes	2	1
7. dor nas costas que se irradia para a perna (ciática)	2	1
8. doença musculoesquelética que afeta membros (braços e pernas) com dores frequentes.....	2	1
9. artrite reumatóide.....	2	1
10. outra doença músculo-esquelética.....	2	1
Qual? _____		

11. hipertensão arterial (pressão alta)	2	1
12. doença coronariana, dor no peito.....	2	1
Durante exercício (angina pectoris)		1
13. infarto do miocárdio, trombose coronariana.....	2	1
14. insuficiência cardíaca.....	2	1
15. outra doença cardiovascular.....	2	1
Qual? _____		

16. infecções repetidas do trato respiratório (inclusive amigdalite, sinusite aguda, bronquite aguda.....	2	1
17. bronquite crônica.....	2	1
18. sinusite crônica.....	2	1
19. asma.....	2	1
20. enfisema.....	2	1
21. tuberculose pulmonar.....	2	1
22. outra doença respiratória.....	2	1
Qual? _____		

23	distúrbio emocional severo.....	2	.....	1
24	distúrbio emocional leve (depressão leve, tensão, ansiedade, insônia.....	2	.....	1
25	problema ou diminuição da audição.....	2	.....	1
26	doença ou lesão da visão (não assinale se apenas usa óculos e/ou lentes de contato de grau)	2	.....	1
27	doença neurológica(acidente vascular cerebral ou “derrame”, neuralgia, enxaqueca, epilepsia)	2	.....	1
28	outra doença neurológica ou dos órgãos dos sentidos.....	2	.....	1
	Qual? _____			
29	pedras ou doenças da vesícula biliar.....	2	.....	1
30	doença do pâncreas ou do fígado.....	2	.....	1
31	úlcera gástrica ou duodenal.....	2	.....	1
32	gastrite ou irritação duodenal.....	2	.....	1
33	colite ou irritação do cólon.....	2	.....	1
34	outra doença digestiva.....	2	.....	1
	Qual? _____			
35	infecção das vias urinárias.....	2	.....	1
36	doença dos rins.....	2	.....	1
37	doença nos genitais e aparelho reprodutor (problema nas trompas ou na próstata)	2	.....	1
38	outra doença geniturinária.....			
	Qual? _____	2	_____	1 _____
39	alergia, eczema.....	2	.....	1
40	outra erupção.....	2	.....	1
	Qual? _____			
41	outra doença de pele.....	2	.....	1
	Qual? _____			
42	tumor benigno.....	2	.....	1
43	tumor maligno.....	2	.....	1
	Onde? _____			
44	obesidade.....	2	.....	1
45	diabetes.....	2	.....	1
46	bócio ou outra doença da tireóide.....	2	.....	1
47	outra doença endócrina ou metabólica.....	2	.....	1
	Qual? _____			
48	anemia.....	2	.....	1
45	outra doença do sangue (dislipidemia).....	2	.....	1
	Qual? _____			
50	defeito de nascimento.....	2	.....	1
	Qual? _____			
51	outro problema ou doença.....	2	.....	1
	Qual? _____			

Sua lesão ou doença é um impedimento para seu trabalho atual? (Você pode marcar mais de uma resposta nessa pergunta)

Não há impedimento/Eu não tenho doenças.....	6
Eu sou capaz de fazer meu trabalho, mas ele me causa alguns sintomas.....	5
Algumas vezes preciso diminuir meu ritmo de trabalho ou mudar meus métodos de trabalho.....	4
Frequentemente preciso diminuir meu ritmo de trabalho ou mudar meus métodos de trabalho.....	3
Por causa de minha doença sinto-me capaz de trabalhar apenas em tempo parcial.....	2
Em minha opinião estou totalmente incapacitado para trabalhar.....	1

Quantos dias inteiros você esteve fora do trabalho por causa de problemas de saúde, consulta médica ou para fazer exame durante os últimos 12 meses?

Nenhum.....	5
Até 9 dias.....	4
De 10 a 24 dias.....	3
De 25 a 99 dias.....	2
De 100 a 365 dias.....	1

Considerando sua saúde, você acha que será capaz de daqui a 2 anos, fazer seu trabalho atual?

É improvável.....	1
Não estou muito certo.....	4
Bastante provável.....	7

Recentemente você tem conseguido apreciar suas atividades diárias?

Sempre.....	4
Quase sempre.....	3
Às vezes.....	2
Raramente.....	1
Nunca.....	0

Recentemente você tem se sentido ativo e alerta?

Sempre.....	4
Quase sempre.....	3
Às vezes.....	2
Raramente.....	1
Nunca.....	0

Recentemente você tem se sentido cheio de esperança para o futuro?

Continuamente.....	4
Quase sempre.....	3
Às vezes.....	2
Raramente.....	1
Nunca.....	0

ANEXOS

ANEXO A

DISTRITO SANITÁRIO II
UNIDADES DE SAÚDE DA FAMÍLIA

CAIS CRISTO	R: Olívia Martins de Almeida Guerra, S/N – Cristo	3214-2621 3214-2622 3214-2623 3223-7020
CAPS AD	R: José Soares S/N – Rangel	3218-5244
UNINDO VIDAS (BELA VISTA I BELA VISTA II BOM SAMARITANO)	Travessa Murilo Buarque, s/n, Cristo	3218-5241 3218-9161
CUIÁ	R. Adalgisa Carneiro Cavalcante, S/N – Quadra 39, Cuiá	3214-3212
ESPAÇO SAÚDE (C. CONJUNTO/ N. HORIZONTE E VALE VERDE)	R. Horácio Trajano, s/nº - Cristo.	3218-5242 3218-5240 3218-5189
FUNCIONÁRIOS II (2ª ETAPA)	R. Francisco Inácio Silva, s/nº - Ernani Sátiro.	3214-1964
FUNCIONÁRIOS III PRESIDENTE MÉDICI	R. Terezinha de Oliveira Justo, s/nº - Funcionários.	3214-2600 3218-9240
ESTAÇÃO SAÚDE (GEISEL I/II/ IV)	R. José Darci Ferreira, s/n - Geisel	3218-6247 3218-9168 3218-9166
GEISEL III-SAÚDE EM AÇÃO	R. Olívio de Moraes Magalhães, s/n -Geisel	3218-9419
GROTÃO I GROTÃO II GROTÃO III	R. Severino Bento de Moraes, nº 13 - Grotão.	3218-9167 3218-9170 3214-2603
INTEGRANDO VIDAS (CITEX/ FUNC. II- 1ª ETP/ JOÃO PAULO E NOVA REPÚBLICA)	R. Adailson Nunes s/n – João Paulo II	3218-9207 3218-9235 3218-9165 3218-9230
IRMÃ DULCE	R. Rua Santo André, 127, Gramame	3218-5988 3218-5956
MARIA DE NAZARÉ	R. José César de Menezes, nº 37 - Funcionários II.	3218-9204
MUDANÇA DE VIDA (I, II, III, IV E PACS)	R. Joaquim Monteiro de França, s/nº - Colinas do Sul.	3233-9060 3214-1881 3214-1884
QUALIDADE DE VIDA (RANGEL III, IV, V E VI)	R: Bom Jesus, s/nº - Rangel.	3218-9308 3218-9309
RANGEL I	R. Napoleão Laureano, nº 65, Rangel	3218-9118
RANGEL II	R. São João, nº 530 - Rangel.	3218-9269
RANGEL VII	R. Dois de Fevereiro, nº 1515 - Rangel.	3214-2888
RIACHO DOCE	R. Ranieri Mazile, nº 2530 - Cristo.	3218-9164
VILA SAÚDE (JARD. ITABAIANA I E II / PEDRA BRANCA I E II)	R. Engenheiro Sérgio Rubens A. Lima, s/nº - Cristo.	3218-9299 3218-9305 3218-9297 3218-5352
DISTRITO SANITÁRIO II	R: Olívia Martins de Almeida Guerra, Nº 50 – Cristo	DIR. GERAL E ADM = 3223-7984 DIREÇÃO TÉCNICA = 3218-5202 RH = 3223-7606 VIEP/IMUNIZAÇÃO = 3223-7001 OUVIDORIA = 3223-7436 FARMÁCIA = 3223-7552 RECEPCÃO = 3223-7296 REGULAÇÃO = 3223-7030 MANUTENÇÃO = 3223-7002
AMBULÂNCIA SANITÁRIA	-----	----- 3218-9130

ANEXO B



**Secretaria Municipal de Saúde
Diretoria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde
Gerência de Educação na Saúde – GES**



João Pessoa, 28 de fevereiro de 2014

Processo Nº: 03.005/2014

TERMO DE ANUÊNCIA PARA PESQUISA


A Gerência da Educação na Saúde (GES) está de acordo com a execução do projeto “ANÁLISE DAS CONDIÇÕES DE SAÚDE DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE: relação entre perfil nutricional e processo de trabalho”, a ser desenvolvida pela pesquisadora **ANDREIA MARINHO BARBOSA**, da Instituição de Ensino UFPB, sob orientação da **Profª Dr. Dailton Alencar Lucas de Lacerda**, e assume o compromisso de apoiar o desenvolvimento da referida pesquisa a ser realizada em nossa **Rede de Serviços**.

Declaramos conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a **Resolução 466/2012 do CNS**.

Informamos que para ter acesso a Rede de Serviços do município, fica condicionada a apresentação a esta Gerência, a **Certidão de Aprovação por Comitê de Ética em Pesquisa**, devidamente credenciado junto à Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP).

Sem mais, subscrevo-me.

Atenciosamente,


Cristiane M. Poletto
 Gerente da Educação na Saúde
 Mat.: 66941-1

Cristiane Mélo Poletto
Gerente da Educação na Saúde

ANEXO C



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE FISIOTERAPIA
CAMPUS I / JOÃO PESSOA/PB

CERTIDÃO

CERTIFICAMOS que na 165ª Reunião Ordinária do Departamento de Fisioterapia do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba, realizada no dia 09 de dezembro de 2013, foi **aprovado** o parecer FAVORÁVEL da relatora Prof.^a Sandra Maria Cordeiro Rocha de Carvalho ao **Processo nº 036/2013** em que o Prof. Dailton Alencar Lucas de Lacerda encaminha o projeto de pesquisa intitulado “Análise das condições de saúde de agentes comunitários de saúde: relação entre perfil nutricional e processo de trabalho” para análise e parecer.

João Pessoa, 09 de dezembro de 2013.

Bruno Xavier Marinho de Oliveira Costa
Secretário do DFT

Ciente:

Prof. Antônio Geraldo Cidrão de Carvalho
Chefe do Departamento de Fisioterapia

ANEXO D



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

CERTIDÃO

Certifico que o Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba – CEP/CCS aprovou por unanimidade na 3ª Reunião realizada no dia 20/03/2014, o Projeto de pesquisa intitulado: “ANÁLISE DAS CONDIÇÕES DE SAÚDE DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE”, do pesquisador Dailton Alencar Lucas de Lacerda. Prot. N° 0104/14. CAAE: 27669514.7.0000.5188.

Outrossim, informo que a autorização para posterior publicação fica condicionada à apresentação do resumo do estudo proposto à apreciação do Comitê.

Assinatura manuscrita de Andrea Márcia da C. Lima.
Andrea Márcia da C. Lima
Mat. SIAPE 1117510
Secretária do CEP-CCS-UFPB