

Avaliação do perfil nutricional da equipe multiprofissional das diversas unidades de Programa de Saúde da Família do município de Piracicaba - SP

Autores

Isabela Macedo Carlini
Isabele Serimarco Sabadin
Renata Bueno de Camargo
Ana Paula Consortti Sartori
Evelise Miqueli Rovina
Sara Sachs Milano
Miriam Coelho Souza

1. Introdução

A Atenção Básica constitui o primeiro nível da atenção à saúde no SUS, compreendendo um conjunto de ações de caráter individual e coletivo, que englobam a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o tratamento, a reabilitação e manutenção da saúde (DAB).

O Ministério da Saúde através de uma organização da Atenção Básica priorizou como principal desafio promover a reordenação das práticas e ações de saúde de forma integral e contínua, levando-as para mais perto da família e, com isso, melhorando a qualidade de vida dos brasileiros. Desta forma incorporou e reafirmou os princípios básicos do SUS - universalização, descentralização, integralidade e participação da comunidade - mediante o cadastramento e a vinculação dos usuários (DAB).

Desta reorganização foi criado o Programa Saúde da Família que desponta como uma das mais recentes estratégias assumidas pelo Ministério da Saúde: reorganizar o modelo assistencial brasileiro (SANTANA; CARMAGNANI, 2001).

O atendimento é prestado pelos profissionais das equipes de saúde da família, composta por, no mínimo, um médico de família, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e 6 agentes comunitários de saúde, residentes na própria comunidade, o que aproxima a troca de experiências e conhecimentos entre integrantes da equipe e da comunidade.

Essa equipe e a população acompanhada criam vínculos, o que facilita a identificação, o atendimento e o acompanhamento dos agravos à saúde dos indivíduos e famílias na comunidade (DAB).

A Saúde da Família como estratégia estruturante dos sistemas municipais de saúde tem provocado um importante movimento com o intuito de reordenar o modelo de atenção no SUS e tem produzido resultados positivos nos principais indicadores de saúde das populações assistidas às equipes saúde da família (DAB).

2. Objetivos

Avaliar o perfil nutricional da equipe multiprofissional das diversas unidades de Programa de Saúde da Família do município de Piracicaba onde foram realizados estágios de Nutrição durante o período de fevereiro a junho de 2006.

3. Desenvolvimento

O estudo avaliou o perfil nutricional de 13 equipes do Programa de Saúde da Família de Piracicaba – SP através de um questionário socioeconômico, frequência alimentar e dados antropométricos. Junto ao questionário elaborado para coleta dos dados, foi entregue um manual de preenchimento para cada grupo de estagiárias de nutrição em sua respectiva unidade de estágio.

Os dados antropométricos de peso (kg) e altura (metros) foram coletados utilizando balanças antropométricas mecânicas modelo WELMY, disponíveis em cada unidade de saúde. Para a medida de circunferência de cintura e quadril foram utilizadas fitas métricas milimetradas de 150 centímetros.

A amostra total foi de 130 funcionários das USFs, entretanto 29 funcionários não retornaram os questionários e 1 recusou-se em ser avaliado antropometricamente, totalizando desta forma uma amostra final de 101 participantes, sendo 10 homens e 91 mulheres.

Um termo de consentimento foi elaborado para esclarecer os objetivos da metodologia do estudo e solicitar a permissão dos participantes para uso dos dados em trabalho científico.

Os dados coletados foram compilados e analisados estatisticamente utilizando o Software Microsoft Excel (2000) para o desenvolvimento da análise descritiva dos dados.

Os dados de Índice de Massa Corporal, circunferência de cintura e quadril foram classificados de acordo com valores propostos pela Organização Mundial da Saúde (WHO, 1998), e os valores de pressão arterial foram interpretados segundo o 3º Consenso Brasileiro de Hipertensão Arterial (2001).

4. Resultados

O estudo mostra que as equipes dos PSF's de Piracicaba/SP têm predominância do sexo feminino, e que os técnicos de nível superior como médicos e enfermeiras são, em sua maioria, jovens de até 30 anos. O mesmo foi observado por Moimaz; Saliba; Blanco (2003), que reporta que nos últimos anos a participação da mulher tem aumentado consideravelmente nas diferentes atividades de trabalho e que os jovens profissionais da saúde têm demonstrado grande interesse pela proposta do PSF.

Observa-se que um número significativo de membros da equipe de saúde que possui o hábito de fumar, sendo mais predominante entre os agentes de saúde do sexo feminino (82%) que nos demais membros. Estudos têm mostrado que a prevalência de tabagismo diminui quanto maior for a escolaridade e ocupação

dos indivíduos, e a menor prevalência de tabagismo reportada está entre os profissionais de saúde e professores com maior escolaridade (GONÇALVES-SILVA *et.al*, 2005).

A **Tabela 1** mostra dados de Índice de Massa Corporal, relação de circunferência de cintura e quadril e pressão arterial das equipes de saúde. De acordo com os valores antropométricos obtidos entre os profissionais das equipes, é possível observar, que as auxiliares de enfermagem e agentes de saúde do sexo feminino são as que apresentam maior proporção de obesidade e relação cintura/quadril de risco. Quanto maior é a circunferência da cintura e menor é a circunferência do quadril, maior será o risco para doenças cardiovasculares ateroscleróticas (Martins & Marinho, 2003). Em relação à pressão arterial, os médicos do sexo masculino foram os que apresentam maior proporção na faixa limítrofe ou alta (50%).

No que diz respeito à composição familiar dos profissionais analisados, pode-se observar uma possível relação entre a escolaridade e o número de habitantes por casa, pois quanto maior o grau de instrução ou ocupação menor era a composição familiar. O estudo não possui dados sobre a renda familiar desses profissionais.

Na **Tabela 2**, pode-se verificar que o consumo tanto de doces caseiros como de doces industrializados é comum em todas as categorias avaliadas nesse estudo. O consumo de refrigerante também é alto entre os profissionais. Quanto à ingestão de frutas e hortaliças houve uma frequência relativamente baixa, contando que muitos profissionais não consomem nem uma porção desses alimentos uma vez ao dia. A pesquisa de LEVY-COSTA *et al* (2005) com base nos dados na Pesquisa de Orçamento Familiar de 2002 – 2003 mostra que essas características negativas estão amplamente disseminadas no País, pois foram encontrados o excesso de açúcar e a presença insuficiente de frutas e hortaliças na dieta em diversas regiões. A evolução dos padrões de consumo alimentar nas últimas três décadas mostrou uma diminuição do consumo de alimentos básicos e tradicionais da dieta do brasileiro, como o arroz e o feijão. Houve aumentos de até 400% no consumo de produtos industrializados, como biscoitos e refrigerantes, persistência do consumo excessivo de açúcar e insuficiente de frutas e hortaliças e aumento sistemático no teor da dieta em gorduras em geral e em gorduras saturadas.

Em relação à ingestão de alimentos protéicos, que inclui carnes e ovos, pode-se verificar que o consumo relatado pelos profissionais, se encontra adequado de acordo com a frequência, no entanto não se sabe se a porção estaria dentro das quantidades recomendadas.

Observando a **Tabela 3**, verifica-se que a maioria das equipes de PSFs analisadas não desenvolve atividades programadas de atividade física nas Unidades. A atividade mais comumente realizada pelas equipes neste caso é a caminhada, que geralmente é conduzido pelos agentes comunitários de saúde, sem a participação de médicos e enfermeiros. O mesmo sendo observado para as visitas domiciliares, que por ser uma atividade de toda a equipe, é realizada predominantemente pelos agentes comunitários de saúde com a baixa participação dos médicos e dos auxiliares de enfermagem.

Analisando a atividade física fora do horário de trabalho no PSF, foi verificado que a maioria faz algum tipo de atividade aeróbica, como caminhada, por exemplo. Os profissionais que mais praticam atividade física fora do horário de trabalho são os médicos e as enfermeiras.

Esperava-se que os agentes comunitários de saúde fossem os profissionais que apresentassem maior proporção de eutrofia e relação de circunferência e quadril dentro da normalidade. Pois estes são os

profissionais que obrigatoriamente gastam mais tempo do expediente fazendo atividade física quando caminham para a realização de visitas domiciliares. Porém os resultados antropométricos mostraram o contrário.

Uma hipótese para a prevalência de sobrepeso e obesidade encontrada entre os agentes comunitários de saúde seria a falta de realização de atividade física fora do horário de trabalho e também devido aos maus hábitos alimentares (alto consumo de doces e refrigerantes).

Segundo Mendonça & Anjos (2004), são vários os fatores associados à dieta que poderiam contribuir para o aumento do sobrepeso/obesidade dos brasileiros ao acarretarem mudanças importantes nos padrões alimentares tradicionais. Entre estes fatores estão: alimentação fora de casa; crescimento na oferta de refeições rápidas (*fast food*) e ampliação do uso de alimentos industrializados/processados. Estes aspectos vinculam-se diretamente à renda das famílias e às possibilidades de gasto com alimentação, em particular, associado ao valor sócio-cultural que os alimentos vão apresentando para cada grupo social (MENDONÇA & ANJOS, 2004).

A realização de atividade física fora do horário de trabalho (em academias, por exemplo), pode ser menor entre estes profissionais em relação aos médicos e enfermeiros, devido ao menor poder aquisitivo.

Em todas as regiões e em todas as classes de rendimento, houve a adequação do teor protéico das dietas e o elevado aporte relativo de proteínas de alto valor biológico (proteínas de origem animal).

5. Considerações Finais

O estudo mostra o perfil nutricional das equipes de saúde pertencente às unidades de PSF de Piracicaba, composto por profissionais jovens, predominantemente mulheres, com alto índice de sobrepeso e obesidade. Além disso, possuem hábitos alimentares com forte tendência ao alto consumo de carboidrato refinado e baixo consumo de hortaliças e frutas, além de baixa atividade física regular. Esse perfil de equipe reflete a tendência de transição nutricional que vem passando a população brasileira nesses últimos 20 anos e, da necessidade de se promover atenção básica também para aqueles que trabalham com saúde da população, as equipes de saúde, no tocante a estimular estilos saudáveis de vida como porta de entrada das próprias ações de promoção e prevenção de doenças que o programa saúde da família visa atender.

Referências Bibliográficas

DAB: Departamento de Atenção Básica. Acesso em:

FISCHER, Izaura R. A trabalhadora rural: assalariamento, reprodução biológica e conflitos de gênero na família. **Anais do XII Encontro Nacional de Estudos Populacionais da ABEP**, Caxambu, 2000, v. 1, p.

GONÇALVES-SILVA, R. V. *et al.* **Rev. Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health** vol. 17 n.3,p. 163-9, 2005.

LEVY-COSTA, R. B. *et al.* Disponibilidade domiciliar de alimentos no Brasil: distribuição e evolução (1974-2003). **Rev. de Saúde Pública**, v. 39, n. 4, p. 530-540, 2005.

MARTINS, I. S. & MARINHO, S. P. O potencial diagnóstico dos indicadores da obesidade centralizada. **Rev. Saúde Pública**, v. 37, n. 6, p. 760-7, 2003.

MEDEIROS, M., OSÓRIO, R.G. Mudanças na composição dos arranjos domiciliares no Brasil – 1978 a 1998. **Revista Brasileira de Estudos de População**, v. 17, n. 1/2, jan./dez. 2000.

MENDONÇA, C. P. & ANJOS, L. A. Aspectos das práticas alimentares e da atividade física como determinantes do crescimento do sobrepeso / obesidade no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 3, p. 698 – 709, 2004.

MOIMAZ, S. A.; SALIBA, N. A.; BLANCO, M. R. B. A força do trabalho feminino na Odontologia, em Araçatuba - SP. **J. Appl. Oral Sci.** [online]. out./dez. 2003, vol.11, no.4 [citado 23 Junho 2006], p.301-305. Acesso em: <http://www.scielo.br/scielo.php>

SANTANA, M. L.; CARMAGNANI, M. I. Programa Saúde da Família no Brasil: um enfoque sobre seus pressupostos básicos, operacionalização e vantagens. **Saúde e Sociedade**, v. 10, n. 1, jan/jun, 2001. Acesso em:

SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO, CARDIOLOGIA E NEFROLOGIA, **3º Consenso Brasileiro de Hipertensão Arterial**. Campos do Jordão, 1998.

[WHO] WORLD HEALTH ORGANIZATION. Obesity: Preventing and managing the global epidemic: **report of WHO Consultation on Obesity**. Geneva, 1998.

http://www.apsp.org.br/saudesociedade/X/saude_familia_brasil.htm

<http://dtr2004.saude.gov.br/dab/atencaobasica.php>

Anexos

Tabela 2. Freqüência de consumo alimentar referido pelos integrantes da equipe de PSF.

	Médico		Enfermeiras	Aux. de Enf.		ACS	
	Fem	Masc		Fem	Masc	Fem	Masc
Doces caseiros	n=4	n=5	n=11	n=19	n=3	n=55	n=1
Diária	1	0	0	1	0	2	0
1x a 3x na semana	2	3	2	6	1	19	0
mensal	0	1	7	4	1	15	1
quinzenal	0	0	1	3	0	9	0
nunca	1	1	1	5	1	10	0
Doces Industrializados	n=4	n=5	n=11	n=18	n=3	n=53	n=1
Diária	0	1	4	6	0	11	0
1x a 3x na semana	2	2	3	8	0	19	0
mensal	0	0	2	2	1	5	0
quinzenal	2	2	1	1	2	9	0
nunca	0	0	1	1	0	9	1
Refrigerante	n=3	n=7	n=10	n=19	n=3	n=55	n=1
Diária	1	1	1	4	1	5	0
1x a 3x na semana	1	4	6	12	0	33	0
mensal	0	0	1	2	1	2	0
quinzenal	1	0	2	1	1	4	1
nunca	0	2	0	0	0	11	0
Frutas	n=4	n=6	n=11	n=19	n=3	n=56	n=1
Diária	3	2	8	12	1	32	0
1x a 3x na semana	1	3	2	4	1	15	0
mensal	0	0	0	0	0	2	0
quinzenal	0	0	1	1	1	2	0
nunca	0	1	0	2	0	5	1
Hortaliças	n=4	n=6	n=11	n=19	n=3	n=56	n=1
Diária	3	5	8	14	2	38	0
1x a 3x na semana	1	1	3	4	1	14	0
mensal	0	0	0	0	0	0	0
quinzenal	0	0	0	0	0	1	0
nunca	0	0	0	1	0	3	1
Carnes	n=4	n=6	n=11	n=19	n=3	n=56	n=1
Diária	3	6	10	17	2	40	1
1x a 3x na semana	1	0	1	2	1	13	0
mensal	0	0	0	0	0	0	0
quinzenal	0	0	0	0	0	3	0
nunca	0	0	0	0	0	0	0
Ovos	n=4	n=6	n=11	n=19	n=3	n=56	n=1
Diária	0	0	0	0	0	1	1
1x a 3x na semana	3	4	8	12	2	32	0
mensal	1	2	1	2	0	10	0
quinzenal	0	0	2	5	1	9	0
nunca	0	0	0	0	0	4	0

Fem: sexo feminino; Masc: sexo masculino; Aux. de enf.: auxiliar de enfermagem; ACS: agente comunitário de saúde

Tabela 1. Distribuição da equipe, segundo IMC, risco circunferência de cintura/quadril e pressão arterial.

	Médicos		Enfermeiras	Aux. de enf.		ACS	
	Fem	Masc		Fem	Masc	Fem	Masc
IMC	n = 4	n = 6	n = 11	n = 19	n = 3	n = 55	n = 1
Eutrofia	2 (50%)	2 (33%)	8 (73%)	6 (32%)	3 (100%)	22 (40%)	1 (100%)
Sobrepeso	1 (25%)	3 (50%)	2 (18%)	7 (37%)	0	17 (31%)	0
Obesidade I	0	1 (17%)	1 (9%)	4 (21%)	0	11 (20%)	0
Obesidade II	1 (25%)	0	0	2 (11%)	0	5 (9%)	0
Relação Cint/Quadril	n = 3	n = 6	n = 10	n = 19	n = 3	n = 54	n = 1
Com risco	0	2 (40%)	2 (20%)	9 (47%)	0	23 (43%)	0
Sem risco	3 (100%)	4 (80%)	8 (80%)	10 (53%)	3 (100%)	31 (57%)	1 (100%)
Pressão arterial	n = 4	n = 6	n = 11	n = 19	n = 3	n = 54	n = 1
Normal	3 (75%)	3 (50%)	9 (82%)	16 (84%)	2 (67%)	46 (85%)	1 (100%)
Limítrofe	1 (25%)	1 (17%)	2 (18%)	3 (16%)	1 (33%)	4 (7%)	0
Alta	0	2 (33%)	0	0	0	4 (7%)	0

Fem: sexo feminino; Masc: sexo masculino; Aux. de enf.: auxiliar de enfermagem; ACS: agente comunitário de saúde; IMC: Índice de Massa Corporal; Cint: Cintura

Tabela 3. Distribuição da equipe, de acordo atividade física realizada.

	Médico		Enfermeiras	Aux. de Enf.		ACS	
	Fem	Masc		Fem	Masc	Fem	Masc
Atividade no PSF	n = 3	n = 5	n = 8	n = 15	n = 3	n = 49	n = 1
Mais 2h/sem	0	0	0	0	0	4	0
Entre 1e 2h/sem	0	0	0	1	0	12	0
Menos 1h/sem	0	0	2	0	0	11	0
Nulo	3	5	6	14	3	22	1
Visita domiciliar	n = 3	n = 5	n = 11	n = 8	n = 3	n = 56	n = 1
Mais de 4h/d	0	0	0	0	0	37	0
Entre 1 e 4h/d	0	0	3	2	0	16	1
Menos 1h/d	1	0	7	12	0	3	0
Nulo	2	5	1	4	3	0	0
Ativ. fora do PSF	n = 4	n = 6	n = 11	n = 19	n = 3	n = 57	n = 1
Aeróbico	4	4	3	5	1	17	1
Anaeróbico	0	1	3	0	1	1	0
Nulo	0	1	5	14	1	39	0

Fem: sexo feminino; Masc: sexo masculino; Aux. de enf.: auxiliar de enfermagem; ACS: agente comunitário de saúde; h/d: horas por dia.