

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS

Faculdade de Nutrição

Programa de Pós-Graduação em Nutrição e Alimentos



Dissertação

**Perfil nutricional e comportamental de agentes comunitários de saúde do
município de Pelotas, RS.**

Letícia Willrich Brum

Pelotas, 2019

Letícia Willrich Brum

Perfil nutricional e comportamental de agentes comunitários de saúde do município de Pelotas, RS.

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Nutrição e Alimentos da Universidade Federal de Pelotas – UFPEL, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Nutrição e Alimentos.

Orientadora: Gicele Costa Mintem

Coorientadora: Francine Silva dos Santos

Pelotas, 2019

Universidade Federal de Pelotas / Sistema de Bibliotecas
Catalogação na Publicação

B893p Brum, Letícia Willrich

Perfil nutricional e comportamental de agentes comunitários de saúde do município de Pelotas, RS / Letícia Willrich Brum ; Gicele Costa Mintem, orientadora ; Francine Silva dos Santos, coorientadora. — Pelotas, 2019.

104 f. : il.

Dissertação (Mestrado) — Programa de Pós-Graduação em Nutrição e Alimentos, Faculdade de Nutrição, Universidade Federal de Pelotas, 2019.

1. Agentes comunitários de saúde. 2. Estado nutricional. 3. Fatores de risco. 4. Doença crônica. I. Mintem, Gicele Costa, orient. II. Santos, Francine Silva dos, coorient. III. Título.

CDD : 641.1

Leticia Willrich Brum

Perfil nutricional e comportamental de agentes comunitários de saúde do
município de Pelotas, RS.

Dissertação aprovada, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Ciências, Programa de Pós-Graduação em Nutrição e Alimentos, Faculdade de Nutrição, Universidade Federal de Pelotas.

Data da defesa: 30/08/2019

Banca examinadora:

Prof. Dr^a. Eliana Gomes Bender (Membro)

Doutora em Ciências na área de Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública - ENSP - FIOCRUZ

Prof. Dr^a. Ivana Loraine Lindemann (Membro)

Doutora em Ciências da Saúde pela Universidade Federal do Rio Grande – FURG

Prof. Dr^a. Cristina Corrêa Kaufmann (Suplente)

Doutora em Saúde e Comportamento pela Universidade Católica de Pelotas – UCPEL

Dedico este trabalho aos meus pais Zaida Willrich e Joel Tavares Brum e minha vó Iracema Tavares Brum.

AGRADECIMENTOS

À minha família por todo apoio e motivação em toda minha trajetória acadêmica. Amor e carinho de nossos familiares são fundamentais para vitórias e conquistas em nossas vidas.

Aos meus amigos, muito obrigada por tudo. Vocês sempre estiveram dispostos a me escutar e incentivar nas horas ruins e boas, mesmo em momentos que tudo parece impossível. Obrigada por cada minuto de paciência que tiveram comigo.

À minha coorientadora Francine Silva dos Santos, por todo incentivo, dedicação e preocupação em me ajudar. Obrigada também por todos os momentos em que me disse para ter calma e que tudo daria certo.

À minha orientadora Gicele Costa Mintem, que foi orientadora e praticamente uma mãe para mim. Obrigada por todo ensinamento e paciência comigo. Obrigada por me dar a oportunidade de ser orientada por uma excelente profissional e acima de tudo, uma excelente pessoa.

Às alunas da Faculdade de Nutrição por me auxiliarem nessa coleta de dados e aos Agentes Comunitários de Saúde de Pelotas que aceitaram participar da pesquisa.

“Todos os nossos sonhos podem se realizar, se tiver a coragem de persegui-los.”

(Walt Disney)

Resumo

BRUM, Letícia Willrich. **Perfil nutricional e comportamental de agentes comunitários de saúde do município de Pelotas, RS.** Orientadora: Gicele Costa Mintem. 2019. 104 f. Dissertação (Mestrado em Nutrição e Alimentos) - Programa de Pós-Graduação em Nutrição e Alimentos, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2019.

Introdução: entre as responsabilidades primordiais do agente comunitário de saúde está a execução de ações voltadas à promoção da saúde. Este profissional representa o elo entre a atenção básica de saúde e a comunidade.

Objetivo: avaliar o perfil nutricional e comportamental de agentes comunitários de saúde, bem como autopercepção de saúde, consumo de medicamentos de uso contínuo e presença de doença diagnosticada por médico no município de Pelotas, RS. **Metodologia:** estudo transversal, tipo censo com Agentes Comunitários de Saúde da zona rural e urbana. Para avaliação do estado nutricional foram aferidos peso e altura. O estado nutricional foi classificado de acordo com o índice de massa corporal. Consumo alimentar, prática de atividade física no lazer, consumo de álcool, tabagismo, autopercepção de saúde, presença de doença diagnosticada por médico e consumo de medicamentos de uso contínuo foram identificados por meio de questionário aplicado por entrevistadoras treinadas. Após a coleta de dados, estes foram duplamente digitados no programa Epidata 3.1 e as análises descritivas e teste qui-quadrado de Pearson foram realizadas no programa estatístico STATA 12.0, com nível de significância de 5%. **Resultados:** observou-se elevada prevalência de excesso de peso (80,3%) e inatividade física no lazer (70,7%). Em relação aos marcadores de consumo alimentar, 49,6% consumiram dois ou mais alimentos não saudáveis e 75,7% consumiram dois ou mais alimentos saudáveis no dia anterior à entrevista. Tabagismo foi reportado por 14,9% dos profissionais e 54,8% consumiram bebida alcoólica nos últimos 30 dias. Mais da metade dos participantes reportou autopercepção boa de saúde, 50,8% tiveram diagnóstico médico de doença e 57,0% usavam medicamentos de uso contínuo. **Conclusão:** o estudo identificou elevadas prevalências de excesso de peso e inatividade física dentre os fatores comportamentais avaliados, sugerindo a necessidade de medidas voltadas para o controle destes dois fatores, tendo em vista que são passíveis de modificação. Além disso, mais da metade dos profissionais apresentava diagnóstico médico de doença e usava medicamentos de forma contínua. Destaca-se a importância de ações que visem a promoção da saúde desses profissionais, independente da zona de atuação, pois pouca diferença foi identificada entre as duas áreas.

Palavras-chave: Agentes comunitários de saúde. Estado nutricional. Fatores de risco. Doença crônica.

Abstract

BRUM, Leticia Willrich. **Nutritional and behavioral profile of community health agents in the city of Pelotas, RS.** Advisor: Gicele Costa Mintem. 2019. 104 f. Dissertation (Master in Nutrition and Food) - Postgraduate Program in Nutrition and Food, Federal University of Pelotas, Pelotas, 2019.

Introduction: Among the primary responsibilities of the Community Health Worker is the implementation of actions at health promotion. This professional represents the link between primary health care and the community. **Objective:** To evaluate the nutritional and behavioral profile of Community Health Workers, as well as self-perception of health, consumption of medicines of continuous use and presence of disease diagnosed by a physician, in the city of Pelotas, RS. **Methodology:** A cross-sectional, census-type study with Community Health Workers from rural and urban areas. To assess nutritional status, weight and height were measured. Nutritional status was classified according to body mass index. Food consumption, leisure-time physical activity, alcohol consumption, smoking, self-perception of health, presence of a physician-diagnosed disease, and continuous use of medication were identified through a questionnaire administered by trained interviewers. After data collection, these were double entered in the Epidata 3.1 program and the descriptive analyses and Pearson's chi-square test were performed in the STATA 12.0 statistical program, with a significance level of 5%. **Results:** This study observed a high prevalence of overweight (80.3%) and leisure-time physical inactivity (70.7%). Regarding food intake markers, 49.6% consumed two or more unhealthy foods and 75.7% consumed two or more healthy foods in the day before the interview. Smoking was reported by 14.9% of professionals and 54.8% consumed alcohol in the last 30 days. More than half of the participants reported good self-rated of health, 50.8% had a medical diagnosis of the disease, and 57.0% used continuous medication. **Conclusion:** the study identified a high prevalence of overweight and physical inactivity among the behavioral factors evaluated, suggesting the need for measures to control these two factors. Also, more than half of the professionals had a medical diagnosis of the disease and used medications continuously. Highlighting the importance of actions that objective promoting of the health of these professionals, regardless of their area of operation, due little difference identified between the two areas.

Keywords: Community health workers. Nutritional status. Risk factors. Chronic disease.

Lista de Figuras

Projeto de pesquisa.....	14
Figura 1.....	35
Figura 2.....	36
Figura 3.....	39
Figura 4.....	43
Figura 5.....	47
Figura 6.....	48
Relatório do trabalho de campo.....	55
Figura 6.....	60

Lista de Tabelas

Artigo	62
Tabela 1.....	82
Tabela 2.....	83
Tabela 3.....	84

Lista de abreviaturas e siglas

ACS	Agente Comunitário de Saúde
ACSs	Agentes Comunitários de Saúde
CA	Consumo Alimentar
DCNT	Doença crônica não transmissível
EACS	Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde
EM	Estado Nutricional
ESF	Estratégia de Saúde da Família
GPAQ	Questionário Global de Atividade Física
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IMC	Índice de massa corporal
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
PACS	Programa dos Agentes Comunitários de Saúde
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
PNAN	Política Nacional de Alimentação e Nutrição
PNPS	Política Nacional de Promoção da Saúde
PNS	Política Nacional de Saúde
SISVAN	Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional
UBS	Unidade Básica de Saúde
UBSs	Unidades Básicas de Saúde
VAN	Vigilância Alimentar e Nutricional
VIGITEL	Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por Inquérito Telefônico
WHO	World Health Organization

Apêndices

Apêndice A.....	86
Apêndice B.....	91
Apêndice C.....	97
Apêndice D.....	100
Apêndice E.....	102

Sumário

Resumo.....	7
Abstract.....	8
PROJETO DE PESQUISA.....	14
Resumo.....	17
1.INTRODUÇÃO.....	18
2.JUSTIFICATIVA.....	22
3.OBJETIVOS.....	22
3.1 Objetivo Geral.....	23
3.2 Objetivos Específicos.....	23
4.HIPÓTESES.....	24
5. MARCO TEÓRICO.....	25
6. REVISÃO DE LITERATURA.....	35
7. MATERIAIS E MÉTODOS.....	39
8. RESULTADOS ESPERADOS.....	46
9. CRONOGRAMA.....	47
10. ORÇAMENTOS.....	48
11. REFERÊNCIAS.....	49
ALTERAÇÕES NO PROJETO DE PESQUISA.....	54
RELATÓRIO DO TRABALHO DE CAMPO.....	55
1.INTRODUÇÃO.....	56
2. POPULAÇÃO ALVO.....	56
3. INSTRUMENTOS.....	57
4. SELEÇÃO E TREINAMENTO DOS ENTREVISTADORES.....	58
5. COLETA DE DADOS.....	58
5.1 Estudo Piloto.....	58
5.2 Logística do trabalho de campo.....	58
6. SUPORTE TÉCNICO E CONTROLE DE QUALIDADE.....	59
7. CODIFICAÇÃO E DIGITAÇÃO.....	59
8. DIVULGAÇÃO DOS RESULTADOS.....	61
ARTIGO.....	62
Resumo.....	64
Abstract.....	65
INTRODUÇÃO.....	66
METODOLOGIA.....	68
RESULTADOS.....	71
DISCUSSÃO.....	73
CONCLUSÃO.....	77
REFERÊNCIAS.....	77

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
Faculdade de Nutrição
Programa de Pós-Graduação em Nutrição e Alimentos



Projeto de Pesquisa

**Perfil nutricional e comportamental de agentes comunitários de saúde do
município de Pelotas, RS.**

Letícia Willrich Brum

Pelotas, 2018

Letícia Willrich Brum

Perfil nutricional e comportamental de agentes comunitários de saúde do município de Pelotas, RS.

Projeto de Dissertação submetido ao Programa de Pós-Graduação em Nutrição e Alimentos da Universidade Federal de Pelotas como parte dos requisitos necessários para a obtenção do Título de Mestre em Nutrição e Alimentos.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Gicele Costa Mintem
Coorientadora: Ma. Francine Silva dos Santos

Pelotas, 2018

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Gicele Costa Mintem

Coorientadora: Ma. Francine Silva dos Santos

Banca examinadora:

Prof^a. Dr^a. Gicele Costa Mintem (orientadora)

Prof^a. Dr^a. Ivana Loraine Lindemann– Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS) Coordenação Acadêmica de Passo Fundo. Passo Fundo, Rio Grande do Sul, Brasil (Titular)

Prof^a. Dr^a. Cristina Corrêa Kaufmann – Faculdade de Nutrição – Universidade Federal de Pelotas (UFPel) (Suplente)

Resumo

BRUM, Letícia Willrich. **Perfil Nutricional e Comportamental de Agentes Comunitários de Saúde do Município de Pelotas, RS. Orientadora: Gicele Costa Mintem.** Dissertação (Mestrado em Nutrição e Alimentos) - Programa de Pós-Graduação em Nutrição e Alimentos, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, RS, 2018.

Introdução: O Agente Comunitário de Saúde é um profissional em permanente contato e preocupação com sua comunidade, poucos são os estudos que buscam descrever as condições de saúde dos mesmos, incluindo aspectos como problemas de excesso de peso e suas consequências, além dos fatores comportamentais e de saúde. **Objetivo:** Avaliar o perfil nutricional e comportamental de agentes comunitários de saúde da zona urbana e rural do município de Pelotas/RS. **Metodologia:** Pesquisa observacional do tipo transversal realizada com Agentes Comunitários de Saúde da zona urbana e rural de Pelotas que estiverem em exercício de sua profissão no momento da pesquisa. Será feita a avaliação e descrição das variáveis sobre consumo alimentar, prática de atividade física, consumo de álcool, tabagismo, autopercepção de saúde, presença de doença diagnosticada por médico e administração de medicamentos de uso contínuo mediante aplicação de questionário. E o estado nutricional será avaliado pelo índice de massa corporal mediante aferição de peso e altura pela mestrandia e acadêmicas da Faculdade de Nutrição previamente treinadas. Após a coleta de dados, estes serão duplamente digitados no programa Epidata 3.1 e a análise será realizada no programa estatístico STATA 12.0.

Palavras-chave: Agentes comunitários de saúde. Estado nutricional. Consumo de alimentos. Fumar.

1. Introdução

Em busca da organização da Atenção Básica, Estratégia de Saúde da Família (ESF) e a Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde (EACS), foi aprovada a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) para revisão de normas e diretrizes destes em 2006 pela Portaria 648/GM de 28 de março de 2006 (BRASIL, 2006) e publicada com atualizações no ano de 2012 pela Portaria 2.488, de 21 de outubro de 2011 (BRASIL, 2012) e no ano de 2017 pela Portaria 2.436, de 21 de setembro de 2017 (BRASIL, 2017).

Segundo a PNAB, a ESF é considerada a estratégia prioritária da atenção primária, ocasionando maior impacto e resultado positivo na saúde tanto em nível individual, quanto em nível de população. Além disso, tem um grande custo-efetividade e responsável por qualificar, expandir e consolidar esta atenção (BRASIL, 2017).

As equipes devem contar com uma equipe multiprofissional (médico generalista ou especialista em Saúde da Família ou médico de Família e Comunidade, enfermeiro generalista ou especialista em Saúde da Família, auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACSs), podendo ainda contar com profissionais de saúde bucal: cirurgião-dentista generalista ou especialista em Saúde da Família, auxiliar e/ou técnico em saúde bucal (BRASIL, 2017).

O Agente Comunitário de Saúde (ACS) tem como algumas de suas atribuições específicas: buscar o contato entre a população e a equipe da ESF, fazer registros de dados dos indivíduos, incluindo agravos à saúde, inclusive doenças para planejar e acompanhar ações, além disso, o ACS ainda possui atribuições compartilhadas com o Agente de Combate de endemias fazer levantamento de dados sociais, sanitários, culturais, do ambiente em que vive a população e dados epidemiológicos da área em que atuam para conhecê-la, realizar visitas domiciliares com períodos de intervalo definidos e também realização de ações de promoção e proteção da saúde (BRASIL, 2017).

Além de haver ACSs na ESF, também podemos encontrar ACSs em Unidades Básicas de Saúde (UBSs) com a Estratégia de Agentes Comunitários

de Saúde (EACS), visando também uma nova forma de orientação da atenção primária ou também como forma de inclusão gradual na ESF (BRASIL, 2017).

Com o objetivo de promover políticas públicas que buscam o controle e prevenção de doenças crônicas entre 2011 e 2022, foram propostas pelo Ministério da Saúde (MS), metas nacionais para redução da prevalência da obesidade na população e de diversos fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), por meio do Plano de Ações Estratégicas das DCNT no Brasil 2011-2022 (BRASIL, 2011b). No Brasil, a primeira Política Nacional de Promoção de Saúde (PNPS), já teve como temas prioritários a alimentação adequada e saudável, práticas corporais e atividades físicas, enfrentamento ao tabagismo e o enfrentamento ao uso abusivo de álcool (BRASIL, 2010).

Embora seja importante a promoção da saúde e prevenção de agravos e que os agentes comunitários de saúde sejam responsáveis por este cenário, poucos são os estudos que levam em consideração a sua própria saúde e sim apenas de populações em geral ou outras populações específicas.

Em estudo realizado, em São Paulo, com 88 ACSs de cinco unidades de Saúde da Família identificou que 52,3% deles estavam eutróficos, entretanto, 46,6% apresentavam excesso de peso no período do estudo. Ao analisar o consumo alimentar, identificou consumo diário de arroz, feijão, pão com margarina ou manteiga, e baixo consumo de leite e seus derivados, frutas, verduras e legumes. As frituras eram consumidas por 16,3% dos agentes diariamente, os doces por 12,8% e os embutidos por 10,6% (FREITAS; MARCOLINO; SANTOS, 2008). Além disso, 9,1% informaram ter hipertensão, 2,3% dislipidemia e 1,1% diabetes no momento da pesquisa (FREITAS; MARCOLINO; SANTOS, 2008).

Ao investigar fatores associados à qualidade de vida de ACSs em Jequié na Bahia em 2013, indicou que 74,7% dos profissionais trabalhavam na zona urbana, 83,5% dos indivíduos nunca fumaram, 61,4% não consumiram nenhum tipo de bebida alcoólica, e 62,3% apresentavam prática de atividade física suficiente e 58,9% relataram autopercepção negativa de saúde (MASCARENHAS; PRADO; FERNANDES, 2013).

Avaliando 163 ACSs de 40 Unidades de Saúde da Família do Distrito Sanitário II do município de João Pessoa, os pesquisadores encontraram 37,4% de sobrepeso e 33,7% de obesidade nos profissionais, já em relação ao consumo alimentar, verificaram consumo regular de leguminosas; cereais; carnes e ovos; frituras e embutidos; e doces e refrigerantes, e consumo não regular de frutas e hortaliças, leite e seus derivados e encontrou associação estatística entre o consumo não regular de frutas e excesso de peso ($p = 0,002$) (BARBOSA; LACERDA, 2017).

Estudo em 2015 com 269 agentes comunitários de saúde de uma amostra brasileira, constatou que 79,9% tinham autopercepção boa ou muito boa de saúde, 92,6% não fumavam, 64,9% praticavam atividade física de forma regular, 6,4% praticavam menos de dez minutos de atividade/semana, 47,8% estavam eutróficos e 26,2% consumiam de cinco ou mais porções de frutas e vegetais por dia (FLORINDO, 2015). Já em estudo publicado em 2016, com 268 ACSs, 182 médicos e 347 enfermeiros, além de complementar os resultados do estudo anterior, os dados dos ACSs mostraram que 3,4% haviam consumido mais de sete doses de álcool no último mês. Entretanto, toda amostra consumiu de zero a duas doses de álcool quando relatou o consumo de bebida alcoólica, 52,1% praticavam menos de 150 minutos de atividade física por semana, 45,7% tinham autopercepção boa de saúde, 48,5% apresentavam excesso de peso e 8,8% assistiam mais de quatro horas de televisão por dia (HIDALGO *et al.*, 2016).

Em uma amostra de 3347 profissionais da região Sul e Nordeste, incluindo ACSs, médicos, enfermeiros, nutricionistas, odontólogos, psicólogos, técnicos e auxiliares de enfermagem e recepcionistas, onde 33,0% destes eram ACSs, 88,5% dos profissionais informaram não fumar, 63,2% autoavaliação boa de saúde e 27,5% sedentarismo (SIQUEIRA *et al.*, 2009). Destaque especial para a região Sul onde 25,9% era composta por agentes, 63,9% relataram autopercepção boa de saúde, 84,0% não fumavam e 28,2% eram sedentários (SIQUEIRA *et al.*, 2009).

Em 2011, um estudo realizado em Pelotas avaliando fatores de risco em profissionais de saúde da Atenção Secundária incluindo médicos, enfermeiros,

nutricionistas, fisioterapeutas e psicólogos considerando uma variável de perfil saudável do profissional que engloba o índice de massa corporal (IMC) saudável (18,5 a 24,9kg/m²), a prática de atividade física regular, consumo de frutas e/ou verduras todos dias, hábito de não fumar e não adição de sal nas refeições após prontas, verificou que apenas 15,3% dos profissionais tinham este perfil (PRETTO; PASTORE; ASSUNÇÃO, 2014).

Embora alguns estudos tenham avaliado fatores de risco em ACSs no Brasil e com profissionais de saúde em Pelotas, não foram encontrados estudos realizados apenas com ACSs na região Sul e neste município. De acordo com dados do Censo do IBGE de 2010, Pelotas contava com 328.275 habitantes, sendo a terceira cidade com mais habitantes do Estado (IBGE, 2010) o que desperta ainda mais o interesse sobre o perfil nutricional e consumo alimentar desses profissionais.

2. Justificativa

Diante do exposto, este projeto busca identificar o perfil nutricional e comportamental de ACSs do município, pois é de fundamental importância que se tenha conhecimento dessa realidade e dos determinantes de saúde dessa população específica que é tão importante e necessária na atenção básica. Além disso, esses dados podem ser utilizados para subsidiar ações de promoção da saúde que visem prevenir e controlar agravos da saúde, não só com o profissional em questão, mas também possibilitando mais informações e orientações adequadas para que possam desempenhar de forma mais efetiva seu trabalho com a comunidade, na medida em que eles são, na maioria das vezes, o primeiro contato da população com a atenção básica.

Outro aspecto importante a ser ressaltado é o fato de realizar o estudo tanto na zona urbana quanto na zona rural do município destacando a importância de termos um diagnóstico de todos os ACSs de Pelotas, não priorizando somente aqueles que trabalham na zona urbana, já que não foram encontrados dados sobre estado nutricional e outros fatores de risco comportamentais nessa população.

3. Objetivos

3.1 Objetivo Geral

Avaliar o perfil nutricional e comportamental de agentes comunitários de saúde (ACSs) da zona urbana e rural do município de Pelotas/RS.

3.2 Objetivos Específicos

- Avaliar o estado nutricional;
- Analisar o consumo alimentar;
- Descrever prática de atividade física regular;
- Identificar o hábito de tabagismo;
- Descrever a zona de localização dos profissionais;
- Avaliar o consumo de bebida alcoólica;
- Avaliar a presença de doenças diagnosticadas;
- Avaliar a administração de medicamentos de uso contínuo;
- Avaliar a relação entre perfil nutricional e comportamental dos ACSs e seu local de atuação.

4. Hipóteses

Embora não tenham sido encontrados estudos comparando estilo de vida de acordo com o local de atuação (urbana e rural), acredita-se que os profissionais da zona rural apresentem hábitos de vida mais saudáveis e menores prevalências de excesso de peso.

5. Marco teórico

O Sistema Único de Saúde e o Agente Comunitário de Saúde

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi instituído no artigo 196 da Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988) e regulamentado em 1990 pela Lei 8.080 (BRASIL, 1990). Entre os objetivos do SUS, dispostos na Lei 8.080/90, está a assistência por meio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas (BRASIL, 1990). Assim, no Brasil foi aprovada em 2006 a primeira Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) pela portaria 648 GM/2006 (BRASIL, 2006) tendo duas atualizações, em 2011 (BRASIL, 2012) e 2017 (BRASIL, 2017).

De acordo com exposto na PNAB, a Atenção Básica procura a integralidade do cuidado impactando na autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes da saúde das coletividades desde a promoção e proteção da saúde até a detecção das situações e a recuperação por meio de ações realizadas em nível individual e populacional (BRASIL, 2012). Destacando assim, a Atenção Básica como uma das estratégias para se cumprir os objetivos do SUS.

No ano de 1994 o Ministério da Saúde publicou a Portaria 692 de 25 de março de 1994, como uma de suas metas a criação do Programa de Saúde da Família no país (BRASIL, 1994). Já em 2006, foi publicada a Portaria 648 de 28 de março de 2006, que por sua vez foi a primeira publicação da PNAB, que leva em consideração a ESF, a qual teve uma grande ampliação e tornou-se uma estratégia brasileira (BRASIL, 2006). Segundo a PNAB, estratégia de Saúde da Família (ESF) visa a nova organização da atenção primária no SUS (BRASIL, 2006).

Segundo a PNAB, as equipes de Saúde da Família devem ser compostas por médico, enfermeiro, auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde, podendo ainda contar com profissionais de saúde bucal e/ou técnico em saúde bucal (BRASIL, 2017). Além disso, nesta

atualização o agente de combate a endemias também poderia compor a ESF (BRASIL, 2017).

O ACS também pode estar presente na Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde (EACS), esta iniciada no início da década de 90 em forma de programa, porém foi instituída e regulamentada em 1997 (BRASIL, 2001b). Essa Regulamentação foi feita a partir da Portaria nº 1886/GM de 18 de dezembro de 1997 (BRASIL, 1997). A EACS é considerada uma estratégia de inserção gradual da Estratégia de Saúde da Família (ESF) na atenção primária ou como forma de integrar o agente com outras formas de orientação da Atenção Básica (BRASIL, 2017).

Cabe destacar que o ACS tem papel importante no acolhimento, sendo membro da equipe de saúde e residente na comunidade assistida, o que contribui para confiança e vínculo, facilitando o contato direto com a equipe, caracterizando esse profissional como o primeiro contato da população com a atenção primária.

De acordo com o que é acordado na PNAB, o desenvolvimento de ações de promoção da saúde e proteção de doenças e agravos é uma das atribuições do ACS. (BRASIL, 2017). Diante disto, no ano de 2009 o Ministério da Saúde publicou o manual “O Trabalho do Agente Comunitário de Saúde” (BRASIL, 2009b) e também o “Guia Prático do ACS” (BRASIL, 2009a). Assim, cabe destacar que os agentes devem promover a saúde, sendo necessário que eles tenham conhecimento atualizado e adequado sobre o tema e que sejam capazes de promover e manter a sua própria saúde como forma de garantir boa qualidade de vida e de atendimento à comunidade.

Consumo Alimentar

A Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) foi criada no ano de 1999, tendo como objetivos a garantia da qualidade dos alimentos colocados para consumo no Brasil, a promoção de práticas alimentares adequadas e a prevenção e controle de distúrbios relacionados à nutrição e indicação de às ações entre todos setores que forneçam acesso de forma universal aos alimentos (BRASIL, 2003). Em 2012, essa política foi atualizada,

tendo agora também o objetivo de melhorar aspectos de saúde, alimentação e nutrição do país, por meio de promoção de práticas alimentares adequadas e saudáveis, a vigilância alimentar e nutricional, a prevenção e o cuidado integral dos agravos relacionados à alimentação e nutrição (PNAN, 2012).

Considerando que todas as nove diretrizes da PNAN são importantes, cabe destacar a Vigilância Alimentar e Nutricional (VAN), segundo conceito indicado na PNAN a VAN possibilita a descrição contínua e a predição de tendências das condições de alimentação e nutrição da população e seus fatores determinantes (BRASIL, 2012). Em relação a vigilância alimentar, é necessário este diagnóstico para criar ações para os indivíduos e trazer melhorias no estado nutricional e alimentar (BRASIL, 2015).

No Brasil, em 2015, foram atualizadas as orientações para Avaliação de Consumo Alimentar na Atenção Básica, por meio de avaliação de marcadores de consumo alimentar e este podendo indicar o consumo de alimentos considerados saudáveis de acordo com os alimentos consumidos no dia anterior, o que diminui a possibilidade de esquecimento do paciente sobre o alimento e é uma forma de que todo profissional da atenção primária realize a aplicação deste questionário e de forma mais contínua (BRASIL, 2015).

No Brasil, a Política Nacional de Promoção de Saúde (PNPS), teve a alimentação adequada e saudável como um de seus temas abordados (BRASIL, 2010). O MS publica em 2011 o Plano de Ações Estratégicas das DCNT no Brasil de 2011-2022 que teve como objetivo promover políticas públicas que busquem o controle e prevenção de doenças crônicas entre 2011 e 2022, tentando cumprir metas do país para diminuir prevalência da obesidade e seus fatores de risco na população, sendo a alimentação inadequada um destes (BRASIL, 2011b).

Em 2006 foi elaborado o Guia Alimentar para a População Brasileira (BRASIL, 2006) e sua segunda edição divulgada no ano de 2014. Essa publicação é um instrumento para buscar alimentação saudável e também como forma de propiciar ações, políticas e programas que visem a segurança em nível de alimento e nutrição e também promoção e apoio à saúde (BRASIL, 2014). Além disso, em 2002 foi criado o documento “Alimentos regionais

brasileiros” (BRASIL, 2002), atualizado em 2015, o qual teve como objetivo favorecer conhecimento sobre tipos de frutas, hortaliças, leguminosas, tubérculos, cereais, ervas, entre outros encontrados no Brasil e também fornecer capacidade culinária e desenvolvimento, afirmando como importante o preparo de alimentos e valorização do ato de cozinhar, tornando o hábito de comer um momento agradável e prazeroso (BRASIL, 2015).

Em relação aos estudos que avaliaram consumo alimentar no cenário nacional, a Pesquisa de Orçamento Familiar (POF) 2008-2009 que analisou o consumo alimentar de brasileiros em uma subamostra, identificou o consumo de alimentos tradicionais no país como arroz e feijão em conjunto com alto consumo de alimentos com valor calórico elevado e baixa concentração de nutrientes (IBGE, 2011). Estudo publicado por Louzada e colaboradores (2015), analisando os resultados da POF 2008-2009, mostrou que o consumo de ultraprocessados apresentou aumento no aporte calórico, quantidade de açúcar na sua forma livre e gorduras (tanto totais, quanto *trans* e saturadas). Além disso, apresentou menor concentração de proteínas e alguns micronutrientes como fibras, potássio e sódio (LOUZADA *et al.*, 2015).

Esses mesmos autores, em 2017, verificaram que 58,1% da amostra consumia alimentos in natura ou com o mínimo de processamento, 10,9% consumiram ingredientes utilizados no preparo de alimentos, que sofreram processamento, 10,6% relataram consumo de alimentos que sofreram processamento e 20,4% consumiram alimentos ultraprocessados. Além disso, após análise ajustada para fatores de confusão, os dados mostraram que os valores de dois padrões considerados saudáveis (um com menor teor de açúcar e maior teor de proteínas, vitaminas e minerais e outro padrão com maior teor de fibras, minerais e menor teor de açúcar) tiveram associação inversa ao consumo de alimentos com ultraprocessamento, enquanto o padrão não saudável (maior consumo de lipídeos e menor teor de fibras) teve associação positiva com consumo de ultraprocessados (LOUZADA *et al.*, 2017).

De acordo com os dados da Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL) 2017, a prevalência

de consumo de cinco ou mais frutas e hortaliças ao dia foi de 34,6% (BRASIL, 2018). 59,5% dos indivíduos declararam consumo de feijão em cinco ou mais dias da semana (BRASIL, 2018). Em relação a alimentos não saudáveis, a prevalência de consumo de cinco mais dias de refrigerante foi de 14,6% (BRASIL, 2018). Como alguns indicadores avaliados em 2016, não foram exposto na versão de 2017 do VIGITEL, cabe destacar alguns dados deste estudo anterior (BRASIL, 2017). Em 2017, 32,0% da amostra informou consumir a carne sem retirar a gordura aparente, 54,8% consumiam o leite em sua forma integral. Além disso, 18,0% apresentava consumo frequente de cinco ou mais de doces ao dia, 13,9% faziam a troca de almoço e jantar por lanches em sete ou mais vezes na semana e o consumo de leite na sua forma integral, foi de 54,8% (BRASIL, 2017).

Muitos são os estudos que avaliam o consumo alimentar de populações e grupos específicos, porém foram poucas pesquisas encontradas sobre o consumo alimentar de ACSs. Avaliando 163 ACSs de 40 Unidades de Saúde da Família do Distrito Sanitário II do município de João Pessoa os pesquisadores encontraram consumo regular de leguminosas (1 porção), cereais (6 porções), carnes e ovos (1 porção), porém houve um consumo regular de alimentos fritos e embutidos (1 porção) e doces e refrigerantes (1 porção), e consumo não regular de leite e derivados (3 porções) e hortaliças (3 porções), além disso apresentou associação estatística entre consumo não regular de frutas e excesso de peso ($p = 0,002$) (BARBOSA; LACERDA, 2017).

Estudo realizado em São Paulo, com 88 ACSs de cinco unidades básicas de Saúde da Família avaliando o consumo alimentar, identificou consumo diário de arroz, feijão, pão com margarina ou manteiga, e baixo consumo de leite e seus derivados, frutas, verduras e legumes. Em relação aos doces, frituras e embutidos sua prevalência de consumo diário foi de 12,8%, 16,3% e 10,6%, respectivamente (FREITAS; MARCOLINO; SANTOS, 2008).

Estado Nutricional

De acordo com uma das nove diretrizes da PNAN, merece destaque o Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) (BRASIL, 2012) com enfoque para o termo “nutricional”. No Brasil, existem orientações de

Protocolos do SISVAN, onde se utiliza o ponto de corte recomendado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) (WHO, 2005) de índice de massa corporal (IMC), calculado pela fórmula: $IMC = \text{peso (kg)} / \text{altura (m)}^2$ para a classificação do estado nutricional (BRASIL, 2011^a).

A obesidade é considerada uma epidemia mundial, pois ao longo do tempo a prevalência de obesidade tem apresentado grande aumento, tanto em países desenvolvidos, quanto em desenvolvimento (COUTINHO, 1999). Resultados da POF 2008-2009 descrevem que 12,5% dos homens e 16,9% das mulheres, acima de 20 anos, apresentavam obesidade. Já em relação ao excesso de peso, 50,1% e 48,0% de homens e mulheres tinham excesso de peso, respectivamente (IBGE, 2011). Na região Sul, 15,9% e 19,6% de homens e mulheres apresentaram obesidade, respectivamente (IBGE, 2011). Segundo o VIGITEL de 2017, houve 54% de excesso de peso na amostra (sobrepeso e obesidade) A obesidade isoladamente, teve uma prevalência de 18,9% no momento da pesquisa Em Porto Alegre, capital do Rio Grande do Sul, mais da metade da amostra tinha excesso de peso (55,1%) e a obesidade teve prevalência de 19,0% (BRASIL, 2018).

Em Pelotas, estudo publicado em 2010, avaliando o efeito do estilo de vida contemporâneo e situação socioeconômica na síndrome metabólica em adultos da coorte de 1982, encontrou prevalência de 20,6% de sobrepeso e 8,3% de obesidade (SILVEIRA *et al.*, 2010). No ano de 2015, na mesma coorte, aos 15 anos, os indivíduos apresentavam 23,2% de excesso de peso e 7,1% de obesidade, enquanto que aos 30 anos, esses valores aumentaram para 57,6% de excesso de peso e 23,0% de obesidade (LIMA *et al.*, 2015).

Em relação ao estado nutricional de ACSs, estudo feito em São Paulo, com 88 ACSs de cinco unidades de Saúde da Família identificou que 52,3% deles estavam eutróficos. Entretanto, 46,6% apresentavam excesso de peso (FREITAS; MARCOLINO; SANTOS, 2008). Avaliando 163 ACSs de 40 Unidades de Saúde da Família do Distrito Sanitário II, os pesquisadores encontraram 37,4% de sobrepeso e 33,7% de obesidade entre os profissionais (BARBOSA; LACERDA, 2017).

Atividade Física

No Brasil, buscando a prevenção e o controle das DCNT e seus fatores de risco foram criadas as metas para reduzir as DCNT de 2011 a 2022, onde uma delas é a de aumentar a prevalência de atividade física no lazer (BRASIL, 2011b). Com o objetivo de aumentar as práticas corporais e a atividade física, foi criado pela Portaria 719 de 07 de abril de 2011 (BRASIL, 2011c) o Programa Academia da Saúde, com o propósito de auxiliar a busca pela promoção da saúde da população, este por meio de construção de pólos com infraestrutura, equipamentos e quadro de pessoal qualificado para a orientação de práticas corporais e atividade física e de lazer e hábitos saudáveis na vida (BRASIL, 2011c). Para avaliação do nível de atividade física optou-se por utilizar o Questionário Global de Atividade Física criado pela Organização Mundial da Saúde (BULL; MASLIN; ARMSTRONG, 2009).

Em estudo realizado em 2008 pela Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), apenas 22,5% de pessoas com 18 anos ou mais praticavam nível ideal de atividade física no lazer por semana (150 minutos de intensidade leve ou moderada ou 75 minutos de atividade vigorosa). Já em relação a atividade física no trabalho, 14,0% eram considerados ativos, sendo 12,9% na zona urbana e 21,1% na zona rural (IBGE, 2013). No deslocamento 31,9% praticavam ao menos 30 minutos ao dia de deslocamento, o que é o recomendado e 12,1% praticavam pelo menos 150 minutos em atividades domésticas (IBGE, 2013).

Segundo o Inquérito Vigitel de 2017 realizado em capitais brasileiras, 37,0% faziam exercícios no seu tempo livre de forma moderada e 13,4% realizavam prática regular de atividade física no deslocamento (BRASIL, 2018). Já 46,0% da amostra não tinha atividade física suficiente (BRASIL, 2018). Em Pelotas, estudo com adultos de 20 anos ou mais mostrou que 75,6% da amostra tinha inatividade física no lazer (MUNIZ *et al.*, 2012).

Estudo avaliando fatores associados à qualidade de vida em ACSs na cidade de Jequié, Bahia em 2011, identificou que 62,3% dos agentes apresentavam prática de atividade física suficiente (MASCARENHAS; PRADO; FERNANDES, 2013).

Tabagismo

Em relação ao tabagismo, no Brasil, o Plano de Controle das DCNT de 2011 a 2022 tem como um de seus objetivos reduzir a prevalência do mesmo (BRASIL, 2011b). A lei 9.294 de 15 de julho de 1996, proíbe a utilização de cigarro e outros itens de fumo em lugares privados, coletivos e públicos. Além disso, foi vedada a propaganda comercial destes, exceto à exposição nos locais de venda e as embalagens de cigarros devem conter advertências sobre seus riscos para a saúde (BRASIL, 1996). Esta foi regulamentada pelo decreto 2.018 de 1 de outubro de 1996 (BRASIL, 1996). Sendo esta última alterada pelo Decreto 8.262 de 31 de maio de 2014 (BRASIL, 2014).

No tocante aos cuidados em saúde promovidos por órgãos governamentais, o MS criou o Manual “Abordagem e tratamento do fumante” em 2001 com parceria com o Instituto Nacional do Câncer em 2001 (BRASIL, 2001a). Já em 2015, foi lançado pelo MS, o Caderno de Atenção Básica: Estratégias para o cuidado com a pessoa com doença crônica: o cuidado da pessoa tabagista (BRASIL, 2015).

A Pesquisa Nacional de Amostra de Domicílios (PNAD) publicada em 2008 com edição especial sobre tabagismo, indicou uma prevalência 17,5% de usuários de tabaco (fumado ou não-fumado) com 15 anos ou mais de idade, com a maior prevalência de fumo identificada na região Sul (19,0%) (IBGE, 2009).

Segundo a PNS de 2013, avaliando o uso de tabaco em pessoas com 18 anos ou mais, a prevalência foi de 14,7% no país. Dados do Vigitel 2017 mostram que a prevalência de pessoas que fumavam no momento da coleta de dados foi de 10,1% (BRASIL, 2018). No mesmo documento, no Rio Grande do Sul, a prevalência foi de 12,5% na capital representante do estado no Inquérito (BRASIL, 2018). Em Pelotas, em estudo que estimou a prevalência e identificando fatores associados ao acúmulo de comportamentos de risco para doenças cardiovasculares entre adultos com 20 anos ou mais da zona urbana em 2010, encontrou uma prevalência de 21,3% de tabagismo (MUNIZ *et al.*, 2012). Também em Pelotas, estudo feito com adultos até 35 anos, mostrou que 21,7% da amostra utilizava tabaco diariamente (NASSER *et al.*, 2016).

Em relação ao hábito de fumar entre agentes, estudo em Jequié-Bahia, identificou que 83,5% nunca fumaram (MASCARENHAS; PRADO; FERNANDES, 2013). Já em estudo publicado em 2015, mostrou que em ACSs de uma amostra representativa brasileira a prevalência de tabagismo foi de 7,4% (FLORINDO *et al.*, 2015).

Consumo de álcool

Dentre as metas do Plano para Enfrentamento de Doenças Crônicas de 2011 a 2022 está a redução do consumo abusivo de álcool (BRASIL, 2011b). Na PNS publicada em 2013 a prevalência de pessoas de 18 anos ou mais que consumiram uma ou mais doses de álcool durante a semana foi de 24,0%, na região Sul foi de 28,4% (BRASIL, 2014). Segundo o VIGITEL de 2017, o consumo abusivo de álcool (quatro doses ou mais para mulheres e cinco doses ou mais para os homens em uma vez nos últimos 30 dias) foi de 19,1%, já em Porto Alegre foi de 14,5% (BRASIL, 2016).

Estudo com adultos de até 35 anos da cidade de Pelotas, identificou abuso de álcool em 9,6% deles (NASSER *et al.*, 2016). Em uma coorte de nascimentos de Pelotas de 1982 com adultos de 22 a 23 anos, encontrou prevalência de 23,0% de indivíduos que consumiam mais de uma dose de álcool ao dia e 44,6% consumiam até uma dose ao dia (SILVEIRA *et al.*, 2010). Na Bahia, pesquisa sobre fatores associados à qualidade de vida em ACSs identificou que 61,4% deles não consumiam nenhum tipo de bebida alcoólica (MASCARENHAS; PRADO; FERNANDES; 2013). Não foi encontrado nenhum estudo avaliando consumo de álcool de ACSs em Pelotas, mostrando a importância de avaliar este indicador.

Saúde: autopercepção, doenças e uso medicamentos

Segundo exposto na Pesquisa Nacional de Saúde a avaliação do estado de saúde consiste na autopercepção dos indivíduos sobre sua saúde (BRASIL, 2013). Ainda segundo a PNS (2013), 66,1% de adultos com 18 anos ou mais consideravam sua saúde boa ou muito boa, essa prevalência foi de 69,5% na região Sul (BRASIL, 2013). Segundo o VIGITEL 2017, 4,1% teve autopercepção de saúde ruim ou muito ruim, já em Porto Alegre essa

autopercepção foi de 3,3% (BRASIL, 2018). Na cidade de Pelotas, um estudo avaliando usuários adultos e idosos da atenção básica identificou 41,6% de autopercepção negativa de saúde (LINDEMANN *et al.*, 2017). Cerca de 60,0% dos ACSs informaram ter autopercepção negativa de sua saúde no momento da entrevista em estudo realizado na Bahia (MASCARENHAS; PRADO; FERNANDES, 2013).

O Plano de Ações Estratégicas para Enfrentamento de Doenças Crônicas Não Transmissíveis de 2011 a 2022, cita entre as doenças, a deficiente produção de insulina, níveis pressóricos elevados, neoplasias malignas, acidente vascular cerebral e doenças respiratórias crônicas (BRASIL, 2011). Além disso, estudo avaliando dados sobre uso de medicamentos para tratamento de doenças questionadas na Política Nacional de Saúde, houve uma alta prevalência de uso de medicamentos para tratamento de diabetes, asma, depressão e hipertensão (TAVARES *et al.*, 2015). Em estudo com 88 ACSs em São Paulo, 87,5% destes referiram não ter doença crônica, porém, 9,1%, 2,3% e 1,1% informaram ter hipertensão, dislipidemia e diabetes, respectivamente (FREITAS *et al.*, 2008).

6. Revisão de Literatura

A revisão de literatura teve como objetivo identificar estudos desenvolvidos com ACSs e analisando fatores de saúde e comportamentais. A revisão foi feita nas bases de dados Pubmed, e Scielo utilizando como Descritores em Ciências da Saúde (DeCS): *Community Health Workers*, *Nutritional Status*, *Food Consumption* e *smoking*, bem como, as palavras *physical activity*, *alcohol consumption* e *perception of health* (figura 1). Não foi utilizado nenhum critério de exclusão. Na busca foram encontrados 2602 (116 na base Scielo e 2486 na Pubmed), sendo que 350 foram excluídos por serem duplicatas. Dos 2252 títulos selecionados, mostraram adequação à proposta da revisão, apenas 18 resumos. Destes, cinco artigos foram lidos na íntegra. Além disso, dois artigos foram encontrados no site Google Acadêmico. O critério de busca em referências citadas nos artigos selecionados foi utilizado, entretanto o único artigo encontrado já constava na revisão. Sendo assim, os principais achados estão descritos na figura 2.

Bases de dados	
SciELO	
Descritores	Número de títulos
Community Health Workers and Nutritional Status	01
Community Health Workers and Food Consumption	03
Community Health Workers and smoking	15
Community Health Workers and physical activity	14
Community Health Workers and perception of health	79
Community Health Workers and alcohol consumption	04
Pubmed	
Community Health Workers and Nutritional Status	241
Community Health Workers and Food Consumption	189
Community Health Workers and smoking	651
Community Health Workers and physical activity	569
Community Health Workers and perception of health	624
Community Health Workers and alcohol consumption	212
Total	2602

Figura 1. Quadro de combinações de descritores utilizados na revisão de literatura.

Autor principal (Local, ano)	Tipo de estudo	Amostra	Objetivo	Principais resultados
Colombo P.A.R. (Colíder, 2008)	Transversal	33 ACSs	identificar a presença de sobrepeso e/ou obesidade, hábitos alimentares e de atividade física em ACSs do município de Colider – MT.	12 sobrepeso e cinco obesos 9 com prática frequente de atividade Maioria consumiu feijão e saladas cruas nos últimos sete dias 16 consumiram até 3 porções de legumes e verduras Maioria não consumiu hambúrguer e embutidos e batata frita nos últimos dias 12 consumiram bolachas/biscoitos salgados ou de pacote e refrigerantes até três vezes na última semana 14 não consumiram bolacha ou biscoito doce e 13 consumiram até três dias nos últimos sete dias
Freitas A.C. (São Paulo, 2008)	Descritivo, exploratório e quantitativo	88 ACSs	Caracterizar o perfil sociodemográfico, o estado nutricional, DCNT e o consumo alimentar em cinco Unidades de Saúde da Família da Zona Leste do Município de São Paulo.	52,3% eutróficos; 46,6% excesso de peso 1,1% desnutrição 87,5% sem doença crônica referida 9,1% hipertensão; 2,3% dislipidemia; 1,1% diabetes mellitus consumo diário alto: arroz, feijão, pão e margarina ou manteiga e baixo de: frutas, verduras, leites e derivados Doces: 53,5% uma a três vezes/semana e 12,8% diariamente. Frituras: 34,9% de duas ou três vezes na semana e 16,3% diariamente. Embutidos: 10,6% diariamente.

Autor principal (Local, ano)	Tipo de estudo	Amostra	Objetivo	Principais resultados
Siqueira F.C.V. (Sul e Nordeste, 2009)	Transversal	3347 profissionais de saúde de atenção tradicional e com ESF (incluindo ACS)	Prevalência de sedentarismo em profissionais de saúde da atenção básica nas regiões Sul e Nordeste e fatores associados	Dados de todos os Profissionais 33,0% ACS Nordeste e Sul 25,9% ACS Sul 27,5% sedentarismo Nordeste e Sul 28,2% sedentarismo Sul 11,5% tabagistas Nordeste e Sul 16,0% tabagistas Sul 63,2% autopercepção boa de saúde Sul e Nordeste e 63,9% no Sul 12,4% autopercepção muito boa de saúde Nordeste e Sul e 17,0% no Sul.
Mascarenhas, C.H.M. (Jequié, 2013)	Transversal	316 ACSs	Identificar associações de fatores sociodemográficos, ocupacionais, de comportamentos de risco e de saúde com o comprometimento da qualidade de vida	74,7% na zona urbana 83,5% nunca fumaram 61,4% não consumiam bebida alcoólica 62,3% atividade física suficiente 58,9% percepção negativa de saúde
Florindo, A.A. (Brasil, 2015)	Transversal	269 ACSs	Descrever o comportamento pessoal, atividade física, consumo de frutas e vegetais e estado nutricional de ACSs, além de avaliar associação entre conhecimento, orientação preventiva e comportamentos pessoais	79,9% autopercepção boa ou muito boa de saúde 7,4% tabagismo 92,6% não fumavam 64,9% atividade física regular no lazer e transporte; 6,4% menos de 10 minutos de atividade/semana 26,2% consumo de cinco ou mais porções de frutas e vegetais 47,8% eutrofia

Autor principal (Local, ano)	Tipo de estudo	Amostra	Objetivo	Principais resultados
Hidalgo, K.D. (Brasil, 2016)	Transversal	268 ACSs + 182 médicos e 347 enfermeiros	Determinar as práticas de promoção da saúde e os comportamentos do estilo de vida pessoal dos profissionais de saúde	Dados sobre os Agentes de Saúde 7,4% tabagismo 52,1% inativos 45,7% autopercepção saúde boa 47,8% eutróficos 34,3% sobrepeso 14,2% obesidade 8,8% mais de quatro horas de televisão/dia 3,4% consumo de mais de sete doses de álcool no último mês 26,2% cinco ou mais porções de frutas e vegetais/dia
Barbosa, A.M. (João Pessoa, 2017)	Transversal	163 ACS nas 40 unidades de Saúde da Família do Distrito II	Analisar a associação entre consumo alimentar e estado nutricional	37,5% sobrepeso 33,7% obesidade 28,8% sem excesso ↑ consumo regular: cereais, leguminosas, carnes e ovos, doces e refrigerantes, frituras e embutidos ↑ consumo não regular: frutas, hortaliças, leites e derivados Associação entre consumo não regular de frutas e excesso de peso (p = 0,002)

Figura 2. Quadro da revisão de literatura sobre agentes comunitários de saúde, estado nutricional e fatores comportamentais.

7. Materiais e métodos

Estudo observacional do tipo transversal. Serão considerados elegíveis todos os ACSs do município de Pelotas, RS atuantes na ESF, incluindo zona urbana e rural do município que estiverem em pleno exercício de suas atividades no momento da pesquisa. Serão consideradas perdas e/ou recusas os participantes que não forem encontrados ou não aceitarem participar até o fim da coleta de dados. Seriam também incluídos na pesquisa os ACSs da EACS, porém não há nenhuma UBS no município. Na figura a seguir está o organograma das UBSs de Pelotas, estas sendo distribuídas em zona urbana e rural e aquelas com ESF (figura 3).

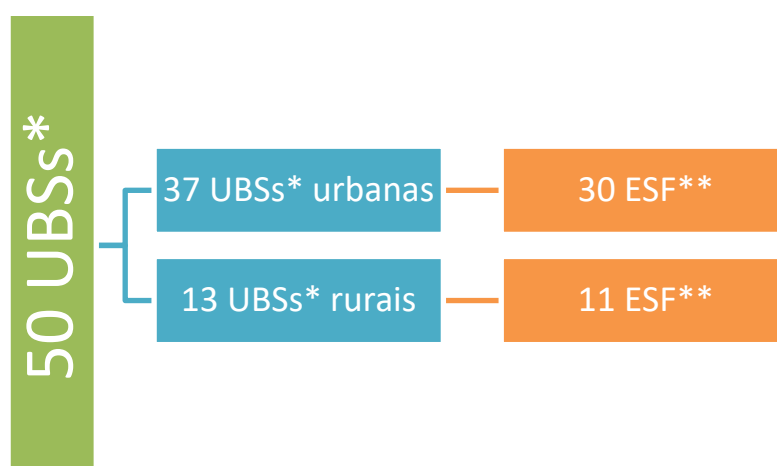


Figura 3. Organograma de Unidades Básicas de Saúde do Município de Pelotas.

* Unidades Básicas de Saúde ** Estratégia de Saúde da Família

Os desfechos da presente pesquisa são o estado nutricional, consumo alimentar, prática de atividade física, tabagismo, consumo de álcool, autopercepção de saúde atual, presença de doença diagnosticada e administração de medicamento de uso contínuo. Também será realizada a descrição dos desfechos, considerando como exposição a zona de localização dos ACSs: urbana ou rural. Os participantes do estudo responderão a um questionário em forma de entrevista (Apêndice A) e terão seu peso e altura aferidos.

Para a realização do trabalho de campo, as UBSs serão contatadas previamente para informar sobre a pesquisa e buscar um momento adequado para encontrar os profissionais.

Para determinação do estado nutricional será utilizado o índice de massa corporal (IMC) calculado pelo peso (kg) dividido pela altura ao quadrado (metros) de acordo com a Organização Mundial da Saúde, onde $IMC < 18,5 \text{ kg/m}^2$ corresponde a baixo peso, $IMC \geq 18,5 \text{ kg/m}^2$ e $< 25 \text{ kg/m}^2$ eutrofia, $IMC \geq 25 \text{ kg/m}^2$ e $< 30 \text{ kg/m}^2$ sobrepeso e $\geq 30 \text{ kg/m}^2$ a obesidade (WHO, 1995). O peso e a altura serão aferidos, pela mestrandas e entrevistadoras treinadas e padronizadas, segundo as recomendações do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) (BRASIL, 2011a), onde para aferição de altura o indivíduo deve permanecer sem sapatos, em posição reta, cabeça erguida e olhando para ponto fixo na altura dos olhos e sem enfeites na cabeça e braços ao longo do corpo, as pernas devem estar em posição simultânea, sua parte interna não precisam se encostar, porém os pés devem estar em ângulo reto com as pernas (BRASIL, 2011a).

Na aferição do peso, o indivíduo deverá estar parado no centro do equipamento, descalço, com o mínimo de roupas possível, posição ereta, braços ao longo do corpo e pés juntos (BRASIL, 2011). Para a aferição dessas medidas serão utilizadas balança digital da marca Tanita®, com capacidade máxima de 150 kg e precisão de 100 gramas e estadiômetro portátil da marca Seca 213 com capacidade de medição de até 205 cm e precisão de 0,1 cm. Além do treinamento, as pesquisadoras receberão um manual do entrevistador para esclarecimentos de possíveis dúvidas durante o trabalho de campo (Apêndice B).

O consumo alimentar será avaliado mediante questionário do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) (BRASIL, 2015), onde este será anexado como parte do questionário criado para a pesquisa. Este questionário contém marcadores de consumo do dia anterior de alimentos considerados saudáveis como feijão, frutas, verduras e/ou legumes e ultraprocessados considerados não saudáveis, como hambúrguer e/ou embutidos, bebidas adoçadas, macarrão instantâneo, salgadinhos de pacote ou biscoitos salgados e biscoito recheado, doces ou guloseimas consumidos no dia anterior à entrevista (BRASIL, 2015).

A prática de exercícios será analisada a partir do Questionário Global de Atividade Física (GPAQ), um instrumento criado pela Organização Mundial da Saúde para avaliar a prática de atividade física (BULL; MASLIN; ARMSTRONG,

2009). Para este questionário são considerados três domínios de atividade física como atividade por pelo menos dez minutos no trabalho, deslocamento e lazer, além de conter questão específica para sedentarismo. Para avaliação da atividade física serão considerados 150 minutos de atividade física, onde as atividades moderadas serão contadas através do tempo de cada atividade multiplicada pelo número de dias da semana e as atividades intensas serão feitas pelo mesmo cálculo e após isso, o resultado é multiplicado por dois.

Para definição de hábito de fumar será questionado se já teve costume de fumar, se atualmente fuma ou não e em resposta positiva, quantos cigarros fuma por dia. Para avaliar o consumo de álcool será avaliado em quantos dias nos últimos 30 dias consumiu pelo menos um copo (dose) de bebidas contendo álcool, quantas doses ou copos consumiu nos últimos 30 dias e se bebeu que tipo de bebida consumiu na maioria das vezes (COUTINHO *et al.*; 2015). Além disso, será avaliada a autopercepção de saúde (ruim, regular, boa, muito boa ou excelente), presença de doença diagnosticada por médico (não ou sim e se sim, qual ou quais doenças) e administração de medicamento de uso contínuo (sim ou não, se sim, qual ou quais medicamentos).

Além dos dados referentes aos desfechos, serão coletadas as seguintes variáveis demográficas e socioeconômicas: sexo (masculino/feminino), cor da pele autorreferida (branca, negra, parda, amarela e indígena), data de nascimento para cálculo da idade (idade em anos completos, categorizada em 18-29, 30-39, 40-49, $\geq$ 50 anos), estado civil (solteiro(a), casado(a), divorciado(a) ou viúvo(a)), escolaridade (fundamental completo, médio incompleto, médio completo, superior completo, técnico (se sim, qual?), superior completo (se sim, qual) ou pós-graduação (se sim, qual) e tempo de trabalho como ACS (em anos e meses) e o nome da UBS onde trabalha.

O estudo piloto será realizado em uma cidade próxima a Pelotas, a fim de avaliar o instrumento de pesquisa (questionário).

Apenas participarão do estudo aqueles profissionais que entregarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice C) assinado. Este que por sua vez, segue normas e diretrizes da Resolução 466/12 que regulamentam pesquisas com seres humanos (BRASIL, 2012).

Ao finalizar coleta de dados, os mesmos serão duplamente digitados, por pessoas distintas, no programa Epidata 3.1 e analisados no programa Stata 12.0. A análise estatística será feita com o Teste de qui-quadrado de Pearson com Intervalo de Confiança de 95% (IC95), nível de significância de 5% ($p < 0,05$). Como serão incluídos no estudo todos os agentes, caracterizando-se como um censo, não será necessário o cálculo de tamanho de amostra.

Após a qualificação do projeto e devidas adequações no mesmo, foi solicitado à Secretária Municipal de Saúde a autorização para realização do projeto no município (Apêndice D). Na sequência, o projeto será cadastrado na Plataforma Brasil e enviado para um dos Comitês de Ética da Universidade Federal de Pelotas. Além disso, também foi solicitada autorização na Secretaria Municipal de Saúde da cidade escolhida para o Projeto Piloto (Apêndice E). Os resultados obtidos na pesquisa serão, após a defesa de dissertação, submetidos para publicação em periódico científico e enviados no formato de relatório para a Secretaria Municipal de Saúde de Pelotas.

7.1 Quadro de Variáveis

Variável	Características	Tipo de Variável
Nome do entrevistado	Nome completo	
Nome da UBS		Qualitativa politômica nominal
Data da entrevista	Em dia, mês e ano	Data
Data de nascimento	Em dia, mês e ano	Data
Sexo	Masculino, feminino	Qualitativa dicotômica
Estado Civil	Solteiro, casado, divorciado, viúvo	Qualitativa politômica nominal
Cor da pele ou etnia:	Branca, preta, parda, amarela ou indígena	Qualitativa politômica nominal
Escolaridade	Fundamental completo, médio incompleto, médio completo, superior completo (curso), técnico (curso), pós-graduação (curso)	Qualitativa politômica ordinal
Tempo de trabalho como ACS	Anos e meses	Quantitativa contínua
Situação saúde	Ruim, regular, boa, muito boa, excelente	Qualitativa politômica ordinal
Diagnóstico médico de doença	Não, sim Nome da doença	Qualitativa dicotômica Qualitativa politômica nominal
Uso contínuo de medicamento	Não, sim Nome do medicamento	Qualitativa dicotômica Qualitativa politômica nominal
Consumo de feijão	Não, sim, não sei	Qualitativa politômica nominal
Consumo frutas frescas	Não, sim, não sei	Qualitativa politômica nominal
Consumo verduras e/ou legumes	Não, sim, não sei	Qualitativa politômica nominal
Consumo hambúrguer e/ou embutidos	Não, sim, não sei	Qualitativa politômica nominal
Consumo bebidas adoçadas	Não, sim, não sei	Qualitativa politômica nominal
Consumo macarrão instantâneo, salgadinhos de pacote ou biscoitos salgados	Não, sim, não sei	Qualitativa politômica nominal
Consumo biscoito recheado, doces ou guloseimas	Não, sim, não sei	Qualitativa politômica nominal
Já teve costume de fumar	Não, sim	Qualitativa dicotômica
Fuma atualmente	Não, sim	Qualitativa dicotômica
Cigarros fumados ao dia	Resposta aberta para números inteiros	Quantitativa discreta
Quantos dias nos últimos 30 dias consumiu bebida alcoólica	Resposta aberta para número de dias	Quantitativa discreta
Quantas doses contendo álcool consumiu nos últimos 30 dias	Resposta aberta para número inteiros	Quantitativa discreta
Que tipo de bebida consumiu	Resposta aberta para tipo	Qualitativa politômica nominal

na maioria das vezes	de bebida	
Atividade física no trabalho		
O trabalho envolve atividades físicas intensas como [carregar grandes pesos, capinar, trabalhar com enxada ou trabalhar com construção, fazer serviços domésticos dentro de casa ou no quintal] por pelo menos 10 minutos seguidos	Não, sim	Qualitativa dicotômica
Em uma semana normal, em quantos dias realiza atividades físicas intensas como parte do seu trabalho	Número de dias da semana	Quantitativa discreta
Quanto tempo passa realizando atividades físicas intensas em um dia normal de trabalho	Número de horas Número de minutos	Quantitativa discreta Quantitativa discreta
O trabalho envolve atividades de intensidade média como caminhar em ritmo rápido [ou carregar pesos leves, atividades domésticos dentro de casa ou no quintal como varrer, aspirar, ou cortar a grama] por pelo menos 10 minutos seguidos	Não, sim	Qualitativa dicotômica
Em uma semana normal, quantos dias realiza atividades de intensidade moderada como parte do trabalho	Número de dias da semana	Qualitativa dicotômica
Quanto tempo passa realizando atividades de intensidade moderada em um dia normal de trabalho	Número de horas Número de minutos	Quantitativa discreta Quantitativa discreta
Atividade física como meio de transporte		
Caminha ou utiliza bicicleta por pelo menos 10 minutos seguidos para ir de um lugar para outro	Não, sim	Qualitativa dicotômica
Em uma semana normal, em quantos dias caminha ou anda de bicicleta por pelo menos 10 min seguidos para ir de um lugar a outro	Número de dias da semana	Quantitativa discreta
Quanto tempo passa caminhando ou andando de bicicleta para ir de um lugar a	Número de horas Número de minutos	Quantitativa discreta Quantitativa discreta

outro em um dia normal		
Atividades de lazer		
Realiza algum esporte, exercício físico ou atividade recreativa intensa como correr ou praticar esportes intensos como ginástica aeróbica, futebol, pedalar rápido de bicicleta, basquete, vôlei, musculação, lutas por pelo menos 10 min seguidos	Não, sim	Qualitativa dicotômica
Em uma semana normal, em quantos dias realiza esportes, exercícios físicos ou atividades recreativas intensas	Número de dias da semana	Quantitativa discreta
Quanto tempo passa realizando esportes, exercícios físicos ou atividades recreativas intensas em um dia normal	Número de horas Número de minutos	Quantitativa discreta Quantitativa discreta
Realiza algum esporte, exercício físico ou atividade recreativa de intensidade média como [caminhar rápido, pedalar devagar a bicicleta, nadar, ginástica, yoga, pilates, jogar esportes recreativos] por pelo menos 10 min seguidos	Não, sim	Qualitativa dicotômica
Em uma semana normal, em quantos dias realiza esportes, exercícios físicos ou atividades recreativas de intensidade média	Número de dias da semana	Quantitativa discreta
Quanto tempo passa realizando esportes, exercícios físicos ou atividades recreativas de intensidade média em um dia normal	Número de horas Número de minutos	Quantitativa discreta Quantitativa discreta
Comportamento Sedentário		
Quanto tempo costuma ficar sentado ou reclinado em um dia de semana normal	Número de horas Número de minutos	Quantitativa discreta Quantitativa discreta
Estado Nutricional		
Peso	Quilogramas	Quantitativa contínua
Altura	Centímetros e milímetros	Quantitativa contínua

Figura 4. Quadro de variáveis e sua classificação.

8. Resultados esperados

Espera-se que os agentes que atuam na zona rural tenham hábitos/comportamentos de saúde mais adequados/saudáveis e melhor qualidade de vida do que os ACS da zona urbana.

9. Cronograma

	2017					2018										2019									
ATIVIDADES	A	S	O	N	D	J	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	J	F	M	A	M	J	J	A
Revisão da literatura																									
Elaboração projeto																									
Qualificação																									
Comitê de ética																									
Seleção de pesquisadores																									
Contato UBSs																									
Estudo piloto																									
Coleta de dados																									
Digitação																									
Análises																									
Redação do artigo																									
Defesa																									

Figura 5: Quadro do cronograma de atividades.

10. Orçamento

O projeto de pesquisa resultará em custos com cópias de questionários, TCLE e manuais de instruções para os entrevistadores, além de canetas, e pranchetas para preenchimento dos questionários. Além disso, serão necessários gastos com passagens para deslocamento até as UBSs da zona urbana e rural. Também serão utilizadas balanças e estadiômetros da Faculdade de Nutrição da Universidade Federal de Pelotas mediante autorização para utilização destes em campo.

Material	Quantidade	Valor unitário	Valor total
Caneta	30	0,95	28,50
Cópias	2500	0,12	300,00
Crachá identificação	5	1,25	6,25
Grampos 26/06 (caixa)	5000	3,83	3,83
Grampeador 26/06	1	12,0	12,0
Prancheta	20	4,50	90,00
Vale-transporte	160	3.35	536,00
Total	-----	-----	R\$ 976,58

Figura 6: Quadro de custos e gastos.

Referências

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. Promulgada em 5 de outubro de 1988. Brasília, DF, Senado, 1988.

BARBOSA, A.M.; LACERDA, D.A.L.; 2017. Associação entre estado nutricional e consumo alimentar em agentes comunitárias de saúde. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, v. 21, n.3, p.189-196, 2017.

BRASIL. Decreto 2.018 de 1º de outubro de 1996. Regulamenta a Lei nº 9.294, de 15 de julho de 1996, que dispõe sobre as restrições ao uso e à propaganda de produtos fumígenos, bebidas alcoólicas, medicamentos terapias e defensivos agrícolas, nos termos do § 4º do art. 220 da Constituição. Brasília, DF, out. 1996.

BRASIL. Decreto 8.262 de 31 de maio de 2014. Altera o Decreto nº 2.018, de 1º de outubro de 1996, que regulamenta a Lei nº 9.294, de 15 de julho de 1996. Brasília, DF, mai. 2014.

BRASIL. Lei 9.294 de 15 de julho de 1996. Dispõe sobre as Restrições ao Uso e à propaganda de produtos fumígenos, bebidas alcoólicas, medicamentos, terapias e defensivos agrícolas, nos termos do § 4º do art. 220 da Constituição Federal. Brasília, DF, jul. 1996.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Lei Orgânica da Saúde. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, set. 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer - INCA. Coordenação de Prevenção e Vigilância (CONPREV). Prevenção e Vigilância (CONPREV). Abordagem e Tratamento do Fumante - Consenso 2001. Rio de Janeiro: INCA, 2001a. 38p. il.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.886, de Dezembro de 1997. Aprova as Normas e Diretrizes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e do Programa de Saúde da Família.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 692, de 25 de março de 1994. Dispõe sobre a criação, enquanto metas do MS, do PISUS (Programa de Interiorização do Sistema Único de Saúde) e do PSF (Programa de Saúde da Família). Diário Oficial da União, Brasília, DF, 29 mar. 1994.

BRASIL. 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/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Coordenação-Geral da Política de Alimentação e Nutrição. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 210p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política nacional de alimentação e nutrição/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 2. ed. rev. – Brasília: Ministério da Saúde, 2003.48 p. – (Série B. Textos Básicos de Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Alimentação e Nutrição/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – 1. ed., 1. reimpr. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 84 p.: il.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Orientações para avaliação de marcadores de consumo alimentar na atenção básica [recurso eletrônico]/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015. 33 p.: il.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Guia alimentar para a população brasileira/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 2. ed., 1. reimpr. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 156 p.: il.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Alimentos regionais brasileiros/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015. 484 p.: il.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: o cuidado da pessoa tabagista/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015. 154 p.: il. (Cadernos da Atenção Básica, n. 40).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Orientações para a coleta e análise de dados antropométricos em serviços de saúde: Norma Técnica do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional - SISVAN/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011a. 76 p.: il. – (Série G. Estatística e Informação em Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Guia prático do agente comunitário de saúde/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009a. 260 p.: il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. O trabalho do agente comunitário de saúde/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009b. 84 p.: il. – (Série F. Comunicação e Educação em Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política nacional de atenção básica/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 60 p. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Série Pactos pela Saúde 2006, v. 4).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica/Ministério da Saúde.

Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 110 p.: il. – (Série E. Legislação em Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Online. Acesso em jul. 2018. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação-Geral da Política de Alimentação e Nutrição. Alimentos regionais brasileiros/Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Coordenação-Geral da Política de Alimentação e Nutrição. – 1. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2002.140 p.: il. – (Série F. Comunicação e Educação em Saúde; n. 21).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. Vigitel Brasil 2017: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2017 / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2018. 130.: il.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. Vigitel Brasil 2015: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2015 [recurso eletrônico]/Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2016. 160p.: il.

BRASIL. 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/Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011b. 160 p.: il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde/Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – 3. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 60 p. – (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Série Pactos pela Saúde 2006; v. 7).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva Programa agentes comunitários de saúde (PACS)/Ministério da Saúde, Secretaria Executiva. – Brasília: Ministério da Saúde, 2001b. 40 p.: il.

BRASIL. Portaria nº 719 de 07 de abril de 2011: Institui o Programa Academia da Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF, Senado, 2011c.

BRASIL. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprovar as seguintes diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: Diário Oficial da União, 12 dez. 2012.

BULL, F.C.; MASLIN, T.S.; Armstrong, T. Global physical activity questionnaire (GPAQ): nine country reliability and validity study. **Journal of Physical Activity Health**, v.6 p.790-804, 2009.

COLOMBO, P.A.R.; DERQUIN, E.S. Avaliação antropométrica (índice de massa corporal – IMC), hábitos alimentares e atividade física, em agentes comunitárias de saúde (ACS) do município de Colider – MT. **Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento**, São Paulo v.2, n.11, p.490-497, Set/Out. 2008.

COUTINHO, E.S.F. *et al.* ERICA: padrões de consumo de bebidas alcoólicas em adolescentes brasileiros. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 50, n. 1, p.1-9, 2016.

COUTINHO, W. Consenso latino-americano de obesidade. **Arquivo Brasileiro Endocrinologia e Metabolismo**, São Paulo, v. 43, n. 1, p. 21-67, Fev. 1999.

FLORINDO, A.A. *et al.* Association of knowledge, preventive counseling and personal health behaviors on physical activity and consumption of fruits or vegetables in community health Workers. **BMC Public Health**, v. 15, n. 1, Apr. 2015.

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. **Revista Brasileira de Promoção da Saúde**, v.21, n.1, p.3-12, 2018.

HIDALGO, K.D. *et al.* Health promoting practices and personal lifestyle behaviors of Brazilian health professional. **BMC Public Health**, v16, n.1, 2016.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional de Saúde 2013: percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas. Rio de Janeiro: IBGE, 2014.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. IBGE Cidades. 2010. Disponível em: <<http://www.cidades.ibge.gov.br>>. Acesso em: 10 jun. 2018.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa de orçamentos familiares 2008-2009: análise do consumo alimentar pessoal no Brasil/IBGE, Coordenação de Trabalho e Rendimento. - Rio de Janeiro: IBGE, 2011. 150 p.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional por amostra de domicílio: tabagismo-2008. Rio de Janeiro: 2009. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios: Tabagismo 2008. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2009.

LIMA, N.P. *et al.* Evolução do excesso de peso e obesidade até a idade adulta, Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil, 1982-2012. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 9, p. 2017-25, Set. 2015.

LINDEMANN, I.L. *et al.* Autopercepção da saúde entre adultos e idosos usuários da Atenção Básica de Saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Fev. 2017. Online. Acesso

em jul. 2018. Disponível em:

<http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/autopercepcao-da-saude-entre-adultos-e-idosos-usuarios-da-atencao-basica-de-saude/16104?id=16104>

LOUZADA, M.L.C. *et al.* The share of ultra-processed foods determines the overall nutritional quality of diets in Brazil. **Public Health Nutrition**. v.21 n.1, p.94–102. 2017.

LOUZADA, M.L.C. *et al.* Alimentos ultraprocessados e perfil nutricional da dieta no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 49 n.38, 2015.

MASCARENHAS, C.H.M.; PRADO, F.O.; FERNANDES, M.H. Fatores associados à qualidade de vida de Agentes Comunitários de Saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 5, p. 1375-1386, Mai. 2013.

MASCARENHAS, C.H.M.; PRADO, F.O.; FERNANDES, M.H. Fatores associados à qualidade de vida de Agentes Comunitários de Saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 5, p. 1375-86, Mai. 2013.

MUNIZ, L.C. *et al.* Fatores de risco comportamentais acumulados para doenças cardiovasculares no sul do Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 46, n. 3, p. 534-542, Jun. 2012.

NASSER, R.L. *et al.* Atividade física de lazer e uso de substâncias lícitas em uma amostra populacional de adultos jovens. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 63-70, jan. 2016.

PRETTO, A.D.B.; PASTORE, C.A.; ASSUNCAO, M.C.F. Comportamentos relacionados à saúde entre profissionais de ambulatórios do Sistema Único de Saúde no município de Pelotas-RS. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 23, n. 4, p. 635-44, Dez. 2014.

SILVEIRA, V.M.F. *et al.* Metabolic syndrome in the 1982 Pelotas cohort: effect of contemporary lifestyle and socioeconomic status. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabolismo**, São Paulo, v. 54, n. 4, p. 390-397, June 2010.

SIQUEIRA, F.C.V. *et al.* Atividade física em profissionais de saúde do Sul e Nordeste do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 9, p. 1917-28, Set. 2009.

TAVARES, N.U.L. *et al.* Uso de medicamentos para tratamento de doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 24, n. 2, p. 315-323, jun. 2015.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Physical status: the use and interpretation of anthropometry. Geneva, Switzerland: WHO, 1995. (WHO Technical Report Series, n. 854).

ALTERAÇÕES NO PROJETO DE PESQUISA

Após a qualificação, foi realizado estudo piloto na Cidade do Capão do Leão, mas como a Unidade Básica de Saúde com Agente Comunitário de Saúde tinha apenas um profissional, foi feito o estudo piloto com o restante da equipe da Estratégia de Saúde da Família.

Para melhor compreensão e análise dos marcadores de consumo alimentar, estes foram categorizados de acordo com o número de alimentos não saudáveis e saudáveis que o indivíduo consumiu no dia anterior à entrevista.

Autopercepção de saúde foi inserida aos objetivos após a qualificação do projeto.

Por razão de inconsistência de dados nos domínios de atividade física no trabalho e deslocamento, esses dados foram excluídos da análise, sendo avaliada a atividade física no lazer nos profissionais.

Por questões de logística, o artigo não apresentou a descrição das doenças diagnosticadas, os medicamentos utilizados e o tipo de bebidas consumidas.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
Faculdade de Nutrição
Programa de Pós-Graduação em Nutrição e Alimentos



Relatório de Trabalho de Campo

**Perfil nutricional e comportamental de agentes comunitários de saúde do
município de Pelotas, RS.**

Letícia Willrich Brum

Pelotas, 2019

1. INTRODUÇÃO

O trabalho de pesquisa foi realizado na área de nutrição do Programa de Pós-graduação em Nutrição e Alimentos da Universidade Federal de Pelotas (UFPel) cujo objetivo principal foi avaliar o estado nutricional e perfil comportamental de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) do município de Pelotas, RS. Também foi incluída análise sobre presença de doença com diagnóstico médico, uso de medicamentos de forma contínua e autopercepção de saúde.

Estudo Piloto foi realizado na Cidade de Capão do Leão em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) com a devida autorização do Secretário de Saúde da cidade. Além disso, previamente a coleta de dados em Pelotas, também foi solicitada e deferida a autorização da Secretaria Municipal de Saúde de Pelotas para a realização do estudo no município. Esta Secretaria forneceu a lista das UBS de Pelotas que continha o número de telefone, endereço e número de agentes por unidade.

Após a autorização do local de estudo, a pesquisa foi cadastrada na Plataforma Brasil e o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da UFPel em setembro de 2018, sob o número: 2.897.370.

O presente relatório abordará as etapas transcorridas no trabalho de campo desta pesquisa, caracterizada por delineamento transversal.

2. POPULAÇÃO-ALVO

O estudo caracteriza-se por um censo de ACS que trabalham no município de Pelotas (zona rural e urbana) que estivessem atuando no momento da pesquisa. O critério de exclusão considerou os indivíduos que se encontravam em licença na data em que foram realizadas as primeiras entrevistas no local. Quando o agente estava em férias, era marcada uma nova visita à UBS no período provável do retorno do agente ao trabalho para a realização da entrevista.

Foram consideradas recusas aqueles que não aceitaram participar do estudo após três tentativas de convite. O ACS elegível e que, com o qual não foi possível contato, foi considerado como perda. A fim de reduzir as perdas, foi necessário a realização de mais de duas visitas nos locais, bem como, contato telefônico

diretamente com os profissionais que não foram encontrados na UBS em todas as tentativas durante o período de trabalho de campo realizado de novembro de 2018 a maio de 2019.

3. INSTRUMENTOS

As variáveis dependentes da pesquisa foram o estado nutricional e fatores comportamentais de saúde (consumo alimentar, tabagismo, consumo de bebidas alcoólicas e prática de atividade física) dos profissionais.

Peso e altura foram aferidos com balança e estadiômetro da Faculdade de Nutrição da UFPel. O estado nutricional dos participantes foi classificado pelo índice de massa corporal, conforme recomendação da OMS (WH, 1995). O consumo alimentar foi avaliado por meio de marcadores de consumo alimentar do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) (BRASIL, 2015), representado pelas questões fechadas 13 a 19 do questionário. A partir destes dados a variável foi operacionalizada da seguinte forma: alimentos não saudáveis 0 (consumo de nenhum alimento não saudável) a 4 (consumo de todos os alimentos não saudáveis) e alimentos saudáveis 0 (consumo de nenhum alimento saudável) a 3 (consumo de todos alimentos saudáveis).

O tabagismo foi avaliado por meio de duas questões fechadas (questão 20 e 21 do questionário) e uma aberta (questão 23 do questionário). Já em relação ao consumo de álcool, foram realizadas perguntas referentes a quantos dias e quantos copos de bebida alcoólica o participante consumiu nos últimos 30 dias, bem como, o tipo de bebida alcoólica consumida, mesmo instrumento utilizado por COUTINHO *et al.* (2015).

Em relação à atividade física, foi observada a prática de atividade física no lazer. Foi utilizado o Questionário Global de Atividade Física (GPAQ) (BULL; MASLIN; ARMSTRONG, 2009). Sendo considerado ativo aquele indivíduo que praticava 150 minutos ou mais de atividade de lazer por semana. As questões referentes à atividade de lazer foram as de 35 a 40 no questionário. Em relação à autopercepção de saúde, foi perguntado se no momento da pesquisa o entrevistado considerava sua saúde ruim, regular, boa, muito boa ou excelente (questão 10). Para o diagnóstico médico de doença foi inserida uma questão fechada (questão

11). Para o uso de medicamentos, utilizou-se uma questão fechada, onde foi perguntado se o indivíduo utilizava algum medicamento de uso contínuo no momento da entrevista (questão 12).

4. SELEÇÃO E TREINAMENTO DOS ENTREVISTADORES

Para auxílio no trabalho de campo, a mestranda obteve ajuda de cinco entrevistadoras dos cursos de graduação e mestrado da Faculdade de Nutrição da UFPel. A divulgação da pesquisa informando a necessidade de entrevistadores foi realizada por meio de redes sociais. Após o processo de seleção, as acadêmicas participaram de uma reunião para esclarecimentos e informações sobre o estudo e um treinamento para aplicação do instrumento e aferição de medidas antropométricas, além disso, previamente a coleta de dados foi disponibilizado o manual do pesquisador para cada entrevistadora.

5. COLETA DE DADOS

5.1 Estudo Piloto

O estudo Piloto foi realizado em agosto de 2018, com objetivo de avaliação do instrumento de pesquisa. O estudo foi feito com uma Equipe de Saúde da Família de uma UBS na cidade de Capão do Leão. Uma Agente de Saúde foi entrevistada pela mestranda e os outros três profissionais fizeram o preenchimento de seu questionário. A escolha da UBS considerou a proximidade com cidade de Pelotas. O agendamento foi feito mediante contato telefônico prévio com a Unidade.

Análises e considerações a respeito da confiabilidade do instrumento, foram utilizadas para pequenos ajustes no questionário, a fim de possibilitar melhor compreensão por parte do público-alvo.

5.2 Logística do trabalho de campo

A mestranda, através de contato telefônico, identificava-se e apresentava a pesquisa a fim de proceder o agendamento das entrevistas, conciliando os horários disponíveis dos entrevistadores e do local de estudo. Neste primeiro contato buscava-se confirmar o número de ACS da unidade básica e a linha de transporte coletivo para chegar ao local. Apenas em três locais foi necessário agendar

pessoalmente. Esse agendamento era feito para a mesma semana ou semana seguinte.

Durante as entrevistas estas eram realizadas em sala designada para reunião da equipe, porém em algumas UBSs foi inviável a entrevista nestes locais, sendo utilizado outro local da unidade.

Para aqueles ACSs que não estavam na UBS no momento combinado previamente, foi perguntado o motivo de sua falta, dias em que o profissional estaria presente no local de trabalho ou o contato pessoal deste. Para encontrar todos os indivíduos elegíveis, no decorrer da pesquisa, houve o retorno mínimo de uma e máximo de sete vezes a mesma UBS.

Em uma UBS não foi possível contato telefônico para ir novamente ao posto devido transferência da UBS para local provisório, assim a mestrande foi até o local e recebeu informações de moradores próximos para identificar o novo endereço da UBS.

Ao final das entrevistas em cada UBS, todos os questionários foram armazenados pela mestrande em conjunto com os termos de consentimento livre e esclarecido.

6. SUPORTE TÉCNICO E CONTROLE DE QUALIDADE

Além da realização de treinamentos, ao longo da coleta a mestrande entrou em constante contato com orientadora e coorientadora para resolução de eventuais dúvidas.

Durante todo o trabalho de campo as balanças eram calibradas semanalmente com peso de 10 kg. Caso, constatado algum problema, a balança era trocada por outra de mesmo modelo e marca.

7. CODIFICAÇÃO E DIGITAÇÃO

O questionário apresentava espaço dedicado à codificação das variáveis, em coluna à direita do instrumento. Todos os questionários recebidos foram revisados pela mestrande, porém em algumas questões houve dados faltantes.

Para estruturação do banco de dados, foi utilizado o programa EpiData 3.1 e realizado o processo de dupla digitação. Após checar as inconsistências e limpeza do banco foi organizado o banco de dados final.

A análise estatística foi conduzida no programa Stata 12, onde foi feita análise descritiva (frequência relativa, frequência absoluta e intervalo de confiança) e análise estatística (teste qui-quadrado de Pearson com nível de significância de 5% entre os desfechos e zona de atuação).

O quadro abaixo apresenta a população do estudo por UBS, total de participantes, perdas, recusas e os que se encaixavam no critério de exclusão.

Unidade de Saúde	Entrevistados	Recusas	Perdas	Licenças
Arco Íris	6	0	0	0
Areal I	4	0	0	0
Areal Leste	11	0	0	1
Barro Duro	9	0	0	1
Bom Jesus	18	1	0	0
Caic Pestano	9	0	0	0
Cerrito Alegre	4	0	0	2
Cohab Fragata	6	0	0	2
Cohab Guabiroba	9	0	0	0
Cohab Pestano	6	0	0	0
Colônia Maciel	4	0	0	0
Colônia Osório	4	0	0	0
Colônia Trinfo	5	0	0	1
Colônia Z3	5	0	0	0
Corrientes	3	0	0	0
Cordeiro de Farias	4	0	0	0
CSU Areal	4	0	0	0
Dom Pedro I	15	0	0	0
Dunas	17	1	0	0
Fátima	9	0	0	1
Getúlio Vargas	13	0	0	0
Grupelli	4	0	1	2
Laranjal	4	0	0	0
Leocádia	2	0	0	1
Loteamento Osório	4	0	0	0
Monte Bonito	5	0	0	0
Navegantes	13	4	0	1
Obelisco	13	0	1	1
Pedreiras	4	0	0	0
Py Crespo	14	1	0	0
Sanga Funda	4	0	0	0
Sansca	8	0	0	1
Santa Terezinha	7	0	0	0
Simões Lopes	15	0	0	1
Sítio Floresta	11	0	0	0

União de Bairros	4	0	0	0
Vila Municipal	3	0	0	1
Vila Nova	6	0	0	0
Vila Princesa	7	0	0	0
Vírgilio Costa	12	0	0	0
Total	305	7	2	16

8. Divulgação dos Resultados

Os resultados serão submetidos a um periódico científico e um relatório será enviado a Prefeitura Municipal de Pelotas. Além disso, os dados serão disponibilizados aos profissionais que tiverem interesse mantendo-se o sigilo das informações individuais.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
Faculdade de Nutrição
Programa de Pós-Graduação em Nutrição e Alimentos



Artigo

**Perfil nutricional e comportamental de agentes comunitários de saúde do
município de Pelotas, RS.**

Letícia Willrich Brum

Pelotas, 2019

Perfil nutricional e comportamental de agentes comunitários de saúde do município de Pelotas, RS.

Nutritional and behavioral profile of community health workers in the city of Pelotas, RS.

Perfil de agentes comunitários de saúde.

Profile of community health workers.

LETÍCIA WILLRICH BRUM¹, FRANCINE SILVA DOS SANTOS², GICELE COSTA MINTEM³

¹Discente do Programa de Pós-Graduação em Nutrição e Alimentos. Universidade Federal de Pelotas – Pelotas (RS), Brasil

²Discente do Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia. Universidade Federal de Pelotas – Pelotas (RS), Brasil

³Docente da Faculdade de Nutrição. Universidade Federal de Pelotas – Pelotas (RS), Brasil.

Correspondência: Letícia Willrich Brum. Programa de Pós-Graduação em Nutrição e Alimentos da Universidade Federal de Pelotas. Rua: Gomes Carneiro, 01, Centro, Pelotas-RS, Brasil – 96010-610. E-mail: leticia.brum94@hotmail.com

O artigo foi elaborado de acordo com as normas da revista Ciência & Saúde Coletiva. (disponível em <http://www.scielo.br/revistas/csc/iinstruc.htm>).

Resumo

O estudo avaliou estado nutricional, consumo alimentar, tabagismo, atividade física no lazer, consumo de álcool, autopercepção de saúde, consumo de medicamentos de uso contínuo e diagnóstico médico de doença entre Agentes Comunitários de Saúde em Pelotas, RS. Foi feito estudo transversal, tipo censo nas zonas rural e urbana. Estado nutricional foi avaliado pelo índice de massa corporal. As demais variáveis foram obtidas mediante questionário. Análises estatísticas realizadas no STATA 12.0 Observou-se prevalência de 41,7% de sobrepeso (IC95% 35,9; 47,4) e a obesidade em 38,2% (IC95% 32,5; 43,8) dos profissionais. 70,7% de inatividade física no lazer. Dois ou mais alimentos saudáveis e não saudáveis foram consumidos no dia anterior à entrevista por 75,7% e 49,6% dos participantes, respectivamente. Cerca de 15,0% fumava atualmente e 54,8% consumiram bebida alcoólica nos últimos 30 dias. Mais da metade dos entrevistados reportou autopercepção de saúde positiva, tiveram diagnóstico de doença e usavam medicamentos de forma contínua. Necessidade de elaboração e execução de ações voltadas para promoção de saúde desses profissionais, incluindo zona rural e urbana, visto que foi observada semelhança nas prevalências de comportamentos de risco e perfil de saúde.

Palavras-chave: agentes comunitários de saúde, estado nutricional, fatores de risco, doença crônica.

ABSTRACT

The study evaluated nutritional status, food consumption, smoking, leisure-time physical activity, alcohol consumption, health self concept, consumption of drugs for continuous use and medical diagnosis of disease among Community Health Workers in Pelotas, RS. A census-type cross-sectional study was conducted in rural and urban areas. Nutritional status was assessed by body mass index. The other variables were obtained through a questionnaire. Statistical analyzes performed in STATA 12.0 There was a prevalence of 41.7% of overweight (95%CI 35.9; 47.4) and obesity in 38.2% (95%CI 32.5; 43.8) of professionals. 70.7% of physical inactivity in leisure. Two or more healthy and unhealthy foods were consumed the day before the interview by 75.7% and 49.6% of participants, respectively. About 15.0% currently smoked and 54.8% consumed alcohol in the last 30 days. More than half of the respondents reported positive self-rated health, were diagnosed with the disease and used medications on an ongoing basis. Need to elaborate and execute actions aimed at health promotion of these professionals, including rural and urban areas, since similarities were observed in the prevalence of risk behaviors and health profile.

Keywords: community health agents, nutritional status, risk factors, chronic disease.

INTRODUÇÃO

No Brasil, a Estratégia de Saúde da Família (ESF) é definida como a principal estratégia para atenção de saúde¹. Segundo a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), a ESF é formada por equipes de saúde da família, sendo o Agente Comunitário de Saúde (ACS), um profissional obrigatório nas equipes¹. Além disso, o ACS faz parte da Estratégia de Agentes Comunitários (EAC), Programa regulamentado pela Portaria nº 1.886, de dezembro de 1997².

O ACS deve fazer parte da comunidade em que atua³, pois representa o elo entre a população e a atenção básica. A realização de registros das famílias e/ou indivíduos que estão sob cobertura de seu território, incluindo agravos à saúde faz parte de suas atribuições, assim como o planejamento e acompanhamento de ações de promoção e proteção da saúde. Além disso, o ACS deve realizar visitas domiciliares com períodos de intervalo definidos¹.

No que se refere às ações de saúde, os ACSs atuam de acordo com a necessidade da população e o preconizado pelo Ministério da Saúde (MS). No Brasil, as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) representam uma alta carga de doenças e, consequentemente, aumentam a necessidade de atendimentos às pessoas acometidas por essas doenças. Com o objetivo de promover políticas públicas que buscam o controle e prevenção de doenças crônicas entre 2011 e 2022, foram propostas pelo MS, metas nacionais para redução da prevalência da obesidade na população e de diversos fatores de risco para as DCNT, por meio do Plano de Ações Estratégicas das DCNT no Brasil 2011- 2022⁴. No país, a Política Nacional de Promoção de Saúde (PNPS), tem como temas prioritários para a prevenção de DCNT a alimentação adequada e saudável, práticas corporais e atividades físicas, enfrentamento ao tabagismo e o enfrentamento ao uso abusivo de álcool⁵. Além disso, a obesidade configura um fator de risco metabólico para doenças cardiovasculares⁶. A pesquisa

mais atual de abrangência nacional apresentou prevalências elevadas, de excesso de peso (sobrepeso e obesidade) de 55,7%, sendo que a prevalência de obesidade foi de 19,8% no momento da pesquisa⁷.

No Brasil, o estudo de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL) de 2018, observou uma prevalência de consumo de cinco ou mais frutas e hortaliças ao dia de 33,9%⁷. Em relação a alimentos não saudáveis, a prevalência de consumo de cinco mais dias de refrigerante foi de 14,4%⁷. Em relação ao exercício físico, apenas 38,1% dos indivíduos faziam exercícios no seu tempo livre de forma moderada⁶. Além disso, a prevalência de tabagismo foi 9,3% e a de consumo abusivo de álcool (quatro doses ou mais para mulheres e cinco doses ou mais para os homens em uma vez nos últimos 30 dias) foi de 17,9%⁷.

Apesar do papel primordial do ACS na promoção e proteção da saúde na atenção básica, poucos estudos têm investigado questões referentes aos comportamentos de risco em saúde desses profissionais. A literatura encontrada sugere que ACSs apresentam prevalências elevadas de comportamentos de risco para DCNT^{8,9,10,11,12,13,14}.

Diante do exposto, uma descrição não só do perfil nutricional, bem como, a avaliação de hábitos de vida desse profissional de saúde, parece fundamental para que a partir desses dados se tenha conhecimento de algumas características relativas à sua saúde, visto que sua principal atribuição é a promoção da saúde na comunidade em que vive e atua¹. Ademais, não foram identificados estudos que realizaram essa avaliação no município de Pelotas. Cabe destacar a importância de estudos descritivos, principalmente quando um censo pode ser realizado, não somente para comparação com outros municípios brasileiros com características semelhantes, mas também na elaboração de ações de prevenção de doenças e de promoção e cuidado com a saúde da população^{15,16,17}.

Sendo assim, o objetivo do estudo foi avaliar o estado nutricional e comportamental (consumo alimentar, prática regular de exercício físico, tabagismo e consumo de bebida alcoólica), bem como presença de doença diagnosticada por médico, consumo de medicamentos de uso contínuo e autopercepção de saúde de ACS da zona urbana e rural do município de Pelotas-RS.

METODOLOGIA

Pelotas é um município localizado na região Sul do Brasil, no estado de Rio Grande do Sul. Segundo fontes do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a população era de 328.275 habitantes no Censo de 2010, com estimativa de 342.405 habitantes no ano de 2019¹⁸.

O estudo teve delineamento transversal e caracterizado como um censo. A coleta de dados ocorreu de novembro de 2018 a maio de 2019. Todos os ACS da zona urbana e rural de Pelotas que estavam em pleno exercício de suas atividades laborais no período de coleta dos dados foram elegíveis para a pesquisa.

Os desfechos foram o estado nutricional e comportamento de saúde (consumo alimentar, tabagismo, consumo de bebidas alcoólicas e prática de atividade física) dos ACS. Informações sobre presença de doença diagnosticada por médico, consumo de medicamentos de uso contínuo e autopercepção de saúde, também foram variáveis avaliadas no presente estudo. Na coleta dados foi aplicado questionário padronizado contendo perguntas abertas e fechadas, e as medidas antropométricas (peso e altura) foram aferidas.

Um estudo piloto foi realizado com uma equipe da ESF da cidade de Capão do Leão-RS, com a finalidade de avaliar o questionário para possíveis adequações. Os dados foram coletados por acadêmicas de graduação e pós-graduação da Faculdade de Nutrição da

Universidade Federal de Pelotas (UFPel) que foram previamente treinadas para aplicação do questionário e aferição das medidas antropométricas.

O estado nutricional foi avaliado pelo índice de massa corporal (IMC), obtido pelo cálculo do peso (kg) dividido pela altura (metros) ao quadrado. Os participantes foram classificados de acordo com recomendação da OMS¹⁹. O peso foi aferido com balança digital Tanita® com capacidade máxima de 150 kg e estadiômetro da marca Seca 213 com estatura máxima de 210 cm.

O consumo alimentar foi identificado a partir de protocolo do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) por meio de questões fechadas contendo alternativas “sim”, “não” ou “não sei” para o consumo de grupos de alimentos no dia anterior à entrevista. Quando o dia anterior se tratava de domingo ou feriados, foi perguntado sobre o último dia útil. Os grupos de alimentos considerados saudáveis foram verduras e/ou legumes, frutas frescas e feijão, já os alimentos não saudáveis foram hambúrguer e/ou embutidos, bebidas adoçadas, macarrão instantâneo, salgadinhos de pacote ou biscoitos salgados e biscoito recheado, doces ou guloseimas (balas, pirulitos, chiclete, caramelo, gelatina)²⁰. Os marcadores de consumo alimentar não saudável foram categorizados em 0, 1, 2, 3 ou 4 e os marcadores saudáveis em 0, 1, 2 ou 3 de acordo com o número de alimentos consumidos no dia anterior à entrevista.

O tabagismo foi avaliado por meio de três questões: duas fechadas: “Você já teve costume de fumar ao menos uma vez por semana?” (não,sim) e para aqueles que já fumaram foi feita as seguintes perguntas: “Você fuma atualmente?” (não,sim) e uma aberta: “Em média quantos cigarros você fuma por dia?”. A variável foi categorizada em < 20 cigarros ou ≥ 20 cigarros.

As questões referentes ao consumo de bebida alcoólica foram baseadas em publicação prévia²¹. O consumo de bebida alcoólica foi identificado a partir de três questões abertas: “Nos últimos 30 dias quantos dias você bebeu pelo menos um copo (dose) de bebida alcoólica)?” categorizada em nenhum dia, 1-10 dias e > 10 dias. Para aqueles que consumiram foi perguntado: “Nos últimos 30 dias em quantos dias você bebeu pelo menos um copo de bebida alcoólica?” e posteriormente, categorizada em 1-10 copos, 11-20 copos, 21-30 copos e > 30 copos.

A atividade física foi avaliada por meio do Questionário Global de Atividade Física (GPAC)²², sendo considerado para o presente estudo apenas o domínio de lazer. Para o cálculo, as atividades físicas de intensidade moderada tiveram o tempo (minutos) multiplicado pelo número de dias da semana. O mesmo procedimento foi conduzido para atividades de intensidade vigorosa, nas quais o resultado final foi multiplicado por dois. Somando-se os resultados das intensidades moderada e vigorosa, os participantes que relataram no mínimo 150 minutos de atividade física de lazer foram considerados como ativos. Além disso, este instrumento apresenta uma questão sobre comportamento sedentário, a partir do tempo que o indivíduo fica sentado ou deitado, exceto quando estiver dormindo (horas e minutos), assim, após a coleta os indivíduos foram classificados em < 150 minutos ao dia ou ≥ 150 minutos ao dia.

O uso de medicamentos foi avaliado a partir de questão fechada, perguntando se o profissional fazia uso de medicamentos de forma contínua (não, sim). Os ACSs também foram questionados se apresentavam doença diagnosticada por médico (não, sim).

A autopercepção de saúde atual foi avaliada por meio de questão fechada: “Como você considera sua saúde atualmente?” (ruim, regular, boa, muito boa ou excelente)²².

Além dos dados referentes aos desfechos, foram coletadas variáveis demográficas e socioeconômicas: sexo (masculino, feminino); cor da pele autorreferida (branca, negra, parda, amarela e indígena), dicotomizada em branca e não branca; idade em anos completos (categorizada em 22-30, 31-40, ≥ 41 anos); estado civil (solteiro(a), casado(a), divorciado(a) ou viúvo(a), dicotomizado em com/sem companheiro; escolaridade (fundamental completo, médio completo, superior completo, técnico ou pós-graduação) e tempo de trabalho como ACS (em anos e meses), categorizado em até três anos, de quatro a nove anos e dez ou mais anos.

Os dados foram duplamente digitados no programa Epidata 3.1 e analisados no programa Stata 12.0. Na análise estatística foi utilizado o teste qui-quadrado de Pearson com Intervalo de Confiança de 95% (IC95%).

A coleta de dados iniciou após aprovação da Secretária Municipal de Saúde e do Comitê de Ética em pesquisa da Faculdade de Medicina da UFPel por meio de protocolo 2.897.370. Todos os participantes assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE). Assim, o trabalho seguiu as normas e diretrizes da Resolução 466/12 que regulamenta pesquisas com seres humanos.

RESULTADOS

Dos 330 agentes do município, 314 eram elegíveis para o estudo, destes foram entrevistados 305 (97,2%), ocorrendo sete recusas (2,2%) e duas perdas (0,6%), sendo todas as recusas e uma das perdas na zona urbana. Dos 16 profissionais que estavam em licença saúde no período da pesquisa, cinco eram da zona rural e onze da zona urbana. Na avaliação antropométrica ocorreram seis recusas, todas na zona urbana e duas perdas. Na análise do estado nutricional foram excluídas sete gestantes, totalizando 288 participantes para essa variável.

A Tabela 1 descreve a população estudada. Mais de 80,0% dos ACSs atuavam na zona urbana e eram do sexo feminino (84,9%), com idade entre 31 e 40 anos (44,6%) e cor da pele branca (73,4%). Ensino médio completo foi reportado por aproximadamente 60,0% dos entrevistados, mais da metade dos ACSs (55,6%) viviam sem companheiro e exerciam a profissão no período de quatro a nove anos (64,9%).

Na Tabela 2 são apresentados os desfechos, de acordo com a área de atuação dos agentes. O sobrepeso foi observado em 41,7% sobrepeso (IC95% 35,9; 47,4) e a obesidade em 38,2% (IC95% 32,5; 43,8) dos profissionais. Ao avaliar o consumo alimentar de acordo com os marcadores não saudáveis foi possível observar que metade da população consumiu dois ou mais alimentos não saudáveis. Em relação aos alimentos saudáveis, três quartos da população consumiram dois ou mais alimentos saudáveis no dia anterior à entrevista.

No que diz respeito à prática de atividade física no lazer, mais de 70,0% dos ACSs relataram ser inativos, além de permanecerem 150 minutos ou mais sentados ou deitados ao longo do dia. Quanto ao tabagismo, 45 (14,9%) foram classificados como fumantes no momento da entrevista, destes cerca de 70,0% fumava menos que 20 cigarros por dia. Mais da metade informou ter consumido bebida alcoólica entre um e dez dias no mês, sendo que o maior consumo foi de um a dez copos nos últimos 30 dias (80,4%).

Na análise realizada de acordo com a zona de atuação (Tabela 2) foi observada diferença estatisticamente significativa para aqueles que já haviam fumado, sendo maior na zona urbana 35,0% (IC95% 29,1; 40,9) ($p= 0,03$). No consumo de bebida alcoólica nos últimos 30 dias ($p= 0,02$), com maior proporção na zona rural 68,8% (IC95% 55,1; 82,4), referente ao consumo de um até dez dias no mês anterior à entrevista.

Em relação ao consumo de medicamentos de uso contínuo e diagnóstico médico de doença, na população avaliada, os percentuais foram de 57,0% e 50,8%, respectivamente. A

percepção de saúde relatada por cerca de 70,0% dos ACS variou entre boa, muito boa e excelente. Ainda na tabela 3, pode-se observar que, para o consumo de medicamentos de uso contínuo e diagnóstico médico de doença houve diferença estatisticamente significativa ($p=0,01$), onde a prevalência de ambos foi maior na zona urbana 60,3% (IC95% 54,3; 66,3) e 54,1% (IC95% 48,0; 60,2), respectivamente.

DISCUSSÃO

Os resultados mostram uma realidade preocupante, principalmente em relação ao estado nutricional e prática de atividade física, onde mais de 70,0% dos profissionais apresentaram excesso de peso e eram inativos no lazer. No que diz respeito aos fatores comportamentais de saúde e estado nutricional, houve diferença entre zona rural e urbana apenas para fumo e consumo de bebidas alcoólicas, onde acredita-se que por serem profissionais da saúde responsáveis por promoção e proteção da saúde da comunidade, principalmente aqueles com atuação na zona rural, seriam identificados fatores de risco à saúde mais satisfatórios em relação a população em geral. Porém, os dados mostram que os profissionais são acometidos pelos mesmos fatores de risco e possuem problemas de saúde semelhantes à comunidade, inclusive com semelhanças entre zona rural e urbana.

A prevalência observada no presente estudo para excesso de peso (41,7% de sobrepeso e 38,2% de obesidade) foram superiores as reportadas em outras pesquisas conduzidas com ACSs. Colombo e colaboradores (2008) observaram 36,4% de sobrepeso e 15,2% de obesidade em uma amostra com 33 ACSs do sexo feminino⁸. Outra pesquisa encontrou 34,3% de sobrepeso e 14,2% de obesidade¹². Na Paraíba, estudo com agentes, encontrou 37,5% de sobrepeso e 33,7% de obesidade¹³. Em outro estudo, realizado em São Paulo com ACSs, o excesso de peso foi de 46,6%¹⁴. Pesquisa realizada com adultos na zona rural de Pelotas identificou que 29,5% dos adultos apresentaram obesidade²⁴, no presente estudo os ACS da

zona rural cerca de um terço dos entrevistados apresentava obesidade. De acordo com os demais resultados apresentados acredita-se que a alta prevalência de excesso de peso possa estar relacionada com o consumo de alimentos marcadores de alimentação não saudável²⁵ e inatividade física²⁶.

Quanto ao consumo alimentar, não foram identificados estudos com essa população-alvo que tivessem utilizado o mesmo instrumento. Pesquisa que avaliou o consumo alimentar de agentes na Paraíba, reportou consumo regular de cereais, leguminosas, carnes e ovos, doces e refrigerantes, frituras e embutidos, por outro lado, identificou o consumo não regular de hortaliças, leites e derivados¹³. Em relação à zona rural, acreditava-se que a agricultura fosse responsável por uma alimentação rica em alimentos saudáveis e baixo consumo de ultraprocessados, mas pesquisa com adultos da zona rural de Pelotas, verificou que havia a presença de alimentos básicos na alimentação, porém, elevada ingestão de ultraprocessados como refrigerantes, sucos artificiais e doces²⁷. Esse resultado corrobora com o verificado no presente artigo, tendo em vista que se observou a presença de alimentos marcadores de consumo saudável, bem como, alimentos não saudáveis, independente da zona de atuação dos ACSs.

Em relação à atividade física, a maioria dos participantes reportou ser inativa. Este resultado é semelhante ao encontrado em estudo com 33 ACS, no qual, foi identificado apenas 27,3% de atividade física regular⁸. Ao avaliar inatividade física outro estudo encontrou resultado de 52,1%¹². Todavia, também foram identificadas na literatura elevadas frequências desse fator comportamental em ACSs de distintos município brasileiros, sendo 62,3% de atividade física regular¹⁰ e 64,9% de atividade física regular no lazer e transporte¹¹. Deve ser considerado que a presente pesquisa reporta os resultados apenas para o domínio de atividade física de lazer e foi utilizado um instrumento diferente dos artigos citados anteriormente, mas preconizado pela OMS²⁸ e com estudo prévio de validação para zona rural de Pelotas²⁹. Em

relação ao tempo elevado que os profissionais relataram permanecer sentados/deitados, tem-se como uma hipótese que durante as visitas domiciliares o profissional possa permanecer sentado, além disso, estes desempenham atividades administrativas, tais como, preenchimento de formulários e relatórios, elaboração de ações em saúde e participação nas reuniões de equipe. Também, cabe destacar que a questão se refere ao tempo sentado ou deitado durante todo o dia, incluindo o período fora do ambiente de trabalho.

Em relação ao tabagismo, a prevalência de fumo atual ao considerar toda a população em estudo é de 14,9%, resultado similar a pesquisa com ACS e outros profissionais de saúde da atenção básica, cuja proporção de tabagismo foi de 16,0% na região Sul⁹, mas superior aos 7,4% verificado por outro estudo com ACS¹². Em pesquisa realizada na zona rural de Pelotas 16,6% de adultos entrevistados eram tabagistas³⁰, resultados semelhantes aos deste estudo, onde os profissionais da zona rural tiveram uma prevalência de tabagismo de 11,1%.

Nos últimos 30 dias, 54,8% dos profissionais consumiram bebida alcoólica, resultado superior ao encontrado em um único estudo brasileiro com ACSs que avaliou essa variável, no qual 61,4% da amostra de ACSs não consumiu bebida alcoólica no momento da pesquisa¹⁰. Acredita-se que o maior consumo de bebidas alcoólicas possa ter sido relatado porque a coleta de dados incluiu o período de festas de fim de ano e verão, fato justificado pelos agentes como motivo para o maior consumo. Já ao comparar a zona de atuação, a maior prevalência foi identificada na zona rural ($p=0,02$).

O consumo de medicamentos de uso contínuo e presença de doença diagnosticada por médico teve maior prevalência entre profissionais da zona urbana. Acredita-se que esses resultados estejam de acordo com a maior dificuldade de acesso à saúde na zona rural³¹.

Aproximadamente 70,0% dos profissionais entrevistados apresentaram autopercepção de saúde positiva (boa, muito boa e excelente). Pesquisa realizada com adultos e idosos da

atenção básica da zona urbana de Pelotas identificou autopercepção negativa de saúde em 41,6% dos entrevistados³². De certa forma, por se tratar de um estudo com profissionais de saúde o resultado era esperado e na medida em que, quanto mais o profissional percebe sua saúde como positiva, melhor será o seu desempenho nas atividades de promoção de saúde na comunidade, principal atividade dos ACSs¹. Também é possível sugerir que os profissionais não tenham considerado, ao responder sobre percepção de saúde, os agravos relacionados ao excesso de peso, na medida em que alta prevalência de excesso de peso foi identificada na população estudada e que, se considerados, esses agravos poderiam influenciar na prevalência de autopercepção positiva. Além disso, a possibilidade do viés do trabalhador sadio não pode ser descartada, pois os profissionais que estavam com problemas mais graves de saúde se encontravam em licença no período do estudo.

Como limitação deve ser considerado que os dados para atividade física nos domínios de trabalho e deslocamento foram inconsistentes, inviabilizando a sua utilização nas análises. Além disso, por avaliar o consumo dos alimentos no dia anterior, não foi encontrado nenhum artigo que avaliasse consumo de marcadores com o mesmo instrumento. Outro aspecto a ser destacado é o uso do IMC para diagnóstico de estado nutricional, visto que este indicador não é o mais adequado para distinguir depósito de gordura e massa muscular. O que dificulta a sua utilização como marcador de adiposidade individual, mas é tido como um bom marcador de adiposidade total em populações.¹⁹ Dessa forma, alguns profissionais com elevado percentual de massa magra podem ter sido classificados com excesso de peso. Como pontos positivos, destaca-se que o presente estudo realizou uma coleta de dados primários em um censo de ACSs, incluindo zona rural e urbana de Pelotas, sendo assim, apresenta resultados válidos para municípios brasileiros com características similares. Os dados da zona rural têm especial relevância para literatura, na medida em que a maioria das pesquisas que avaliaram a saúde de

ACSs foram conduzidas apenas na zona urbana e o presente estudo permitiu a comparação dos desfechos em relação as duas localidades do município.

CONCLUSÃO

Por fim, pode-se observar com os achados que os ACSs, mesmo sendo profissionais de saúde apresentam estado nutricional e comportamentos de saúde similares à população geral e que configuram fatores de risco para DCNT, resultados preocupantes visto que são eles os responsáveis por ações de promoção e proteção da saúde da comunidade que está sob sua cobertura. Além disso, foi possível identificar semelhança de fatores de risco entre zona rural e urbana, achados que poderão servir de base para futuras ações de promoção de saúde com esses profissionais. Também a partir destes dados, gestores poderão identificar como está a saúde de seus profissionais e verificar novas formas de abordar esses fatores de risco, que em sua maioria são modificáveis.

AGRADECIMENTOS

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) – Código de Financiamento 001”.

COLABORADORES

LW Brum, FS Santos, GC Mintem participaram igualmente de todas as etapas envolvidas no desenvolvimento da pesquisa e na redação do artigo.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica/Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica - Brasília: Ministério da Saúde; 2017.

2. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.886, de Dezembro de 1997. Aprova as Normas e Diretrizes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e do Programa de Saúde da Família. Diário Oficial da União 1997; 18 dez.
3. Brasil. Lei Nº 13.595 de 5 de janeiro de 2018. Altera a Lei nº 11.350 de 5 de outubro de 2006. Dispõe sobre a reformulação das atribuições, a jornada e as condições de trabalho, o grau de formação profissional, os cursos de formação técnica e continuada e a indenização de transporte dos profissionais Agentes Comunitários de Saúde e Agentes de Combate às Endemias. *Diário Oficial da União* 2018; 5 jan.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022. Brasília; 2011.
5. Brasil. Portaria nº 2.446, de 11 de novembro de 2014. [homepage na Internet] Redefine a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS). [acessado 2019 nov. 25] Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt2446_11_11_2014.html
6. World Health Organization (WHO). Hearts Technical package for cardiovascular disease management in primary health care: healthy-lifestyle counselling. Geneva; 2018.
7. Brasil. Ministério da Saúde. VIGITEL Brasil 2018. Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2018. Brasília; 2019.
8. Colombo PAR, Derquin ES. Avaliação antropométrica (índice de massa corporal – IMC), hábitos alimentares e atividade física, em agentes comunitárias de saúde (ACS) do município de Colider – MT. *RBONE* 2008; 11(2): 490-97.

9. Siqueira FCV, Nahas MV, Facchini LA, Piccini RX, Tomasi E, Thumé E, Silveira DS, Hallal PC. Atividade física em profissionais de saúde do Sul e Nordeste do Brasil. *Cad Saúde Pública* 2009; 25(9): 1917-28.
10. Mascarenhas CHM, Prado FO, Fernandes MH. Fatores associados à qualidade de vida de Agentes Comunitários de Saúde. *Ciênc Saúde Colet* 2013; 18(5): 1375-86.
11. Florindo AA, Brownson RC, Mielke GI, Gomes GAO, Parra DC, Siqueira FV, Lobelo F, Simoes EJ, Ramos LR, Bracco MM, Hallal PC. Association of knowledge, preventive counseling and personal health behaviors on physical activity and consumption of fruits or vegetables in community health Workers. *BMC Public Health* 2015; 15(1): 344.
12. Hidalgo KD, Mielke GI, Parra DC, Lobelo F, Simões EJ, Gomes GO, Florindo AA, Bracco M, Moura L, Brownson RC, Pratt M, Ramos LR, Hallal PC. Health promoting practices and personal lifestyle behaviors of Brazilian health professional. *BMC Public Health* 2016; 16(1): 1114.
13. Barbosa AM, Lacerda DAL. Associação entre estado nutricional e consumo alimentar em agentes comunitárias de saúde. *Rev Bras Ciênc Saúde* 2017; 21(3):189-96.
14. Freitas AC, Marcolino FF, Santos IG. Agentes comunitários de saúde da zona leste do município de São Paulo: um olhar para seu estado nutricional e consumo alimentar. *Rev Bras Promoç Saúde* 2018; 21(1): 3-12.
15. Malta DC, Cezário AC, Moura L, Neto OLM, Junior JBS. A construção da vigilância e prevenção das doenças crônicas não transmissíveis no contexto do Sistema Único de Saúde. *Epidemiol Serv Saúde* 2006; 15(3): 47-65.
16. Ribeiro AG, Cotta RMM, Ribeiro SMR. A promoção da saúde e a prevenção integrada dos fatores de risco para doenças cardiovasculares. *Ciênc Saúde Colet* 2012; 17(1): 7-17.

17. Medina MG, Aquino R, Vilasbôas ALQ, Mota E, Júnior EPP, Luz LA, Anjos DSO, Pinto ICM. Promoção da saúde e prevenção de doenças crônicas: o que fazem as equipes de Saúde da Família?. *Saúde debate* 2014; 38: 69-82.
18. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). [homepage na Internet] IBGE-panorama cidades 2010. [acessado 2019 nov. 25]. Disponível em: <http://www.cidades.ibge.gov.br>.
19. World Health Organization (WHO). Physical Status: The Use and Interpretation of Anthropometry: Report of a WHO Expert Committee. Geneva; 1995.
20. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Orientações para avaliação de marcadores de consumo alimentar na atenção básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2015.
21. Coutinho ESF, Santos DF, Magliano ES, Bloch KV, Barufaldi LA, Cunha CF, Vasconcellos MTL, Szklo M. ERICA: padrões de consumo de bebidas alcoólicas em adolescentes brasileiros. *Rev Saúde Pública* 2016; 50(1):1-9.
22. Bull FC, Maslin TS, Armstrong T. Global physical activity questionnaire (GPAQ): nine country reliability and validity study. *J Phys Act Health* 2009; 6:790-804.
23. Reichert FF, Loch MR, Capilheira MF. Autopercepção de saúde em adolescentes, adultos e idosos. *Ciênc Saúde Colet* 2012; 17(12): 3353-62.
24. Silva TM, Mola CL, Vaz JS, Rodrigues LT. Obesidade geral e abdominal em adultos residentes em zona rural no Sul do Brasil. *Rev Saúde Pública* 2018; 52(Supl. 1): 7s.

25. Claro RM, Santos MAS, Oliveira TP, Pereira CA, Szwarcwald CL, Malta DC. Consumo de alimentos não saudáveis relacionados a doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. *Epidemiol Serv Saúde* 2015; 24(2): 257-65.
26. Juliana Barbosa Sarturi JB, Neves J, Peres KG. Obesidade em adultos: estudo de base populacional num município de pequeno porte no sul do Brasil em 2005. *Ciênc Saúde Colet* 2010; 15(1):105-13.
27. Fernandes MP, Bielemann RM, Fassa ACG. Fatores associados à qualidade da dieta de moradores da zona rural do Sul do Brasil. *Rev Saúde Pública* 2018; 52(Supl. 1): 6s.
28. World Health Organization (WHO). [homepage na Internet] Global Physical Activity Questionnaire (GPAQ). Analysis Guide. [acessado 2019 nov 25]. Disponível em: http://www.who.int/chp/steps/resources/GPAQ_Analysis_Guide.pdf
29. Martins RC, Silva ICM, Hallal PC. Atividade física na população rural de Pelotas, RS: prevalência e fatores associados. *Rev Saúde Pública* 2018; 52(Supl. 1): 9s.
30. Xavier MO, Del-Ponte B; Santos IS. Epidemiologia do tabagismo em zona rural de um município de médio porte no Sul do Brasil. *Rev Saúde Pública* 2018; 52(Supl. 1): 10s.
31. Arruda NM, Maia AG, Alves LC. Desigualdade no acesso à saúde entre as áreas urbanas e rurais do Brasil: uma decomposição de fatores entre 1998 a 2008. *Cad Saúde Pública* [periódico na Internet]. 2018 Mar-Abr [acessado 2018 Nov 25]; 34(6): [cerca de 12 p.]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v34n6/1678-4464-csp-34-06-e00213816.pdf>.
32. Lindemann IL, Reis NR, Mintem, GC, Mendoza-Sassi RA. Autopercepção da saúde entre adultos e idosos usuários da Atenção Básica de Saúde. *Ciênc Saúde Colet* 2019; 24(1): 45-52.

Tabela 1. Caracterização de Agentes Comunitários de Saúde do Município de Pelotas, Rio Grande do Sul.
Pelotas, 2019. (n= 305)

Variável	Total n (%)	Rural n (%)	Urbana n (%)
Sexo			
Masculino	46 (15,1)	7 (14,6)	39 (15,2)
Feminino	259 (84,9)	41 (85,4)	218 (84,8)
Idade (anos)*			
22 a 30	58 (19,1)	11 (23,4)	47 (18,4)
31 a 40	135 (44,6)	21 (44,7)	114 (44,5)
41 ou mais	110 (36,3)	15 (31,9)	95 (37,1)
Cor da pele**			
Não branca	81 (26,6)	5 (10,4)	76 (29,7)
Branca	223 (73,4)	43 (89,6)	180 (70,3)
Escolaridade			
Ensino fundamental	14 (4,6)	3 (6,3)	11 (4,3)
Ensino médio	180 (59,0)	34 (70,8)	146 (56,8)
Técnico	43 (14,1)	2 (4,2)	41 (16,0)
Graduação	56 (18,4)	9 (18,8)	47 (18,3)
Pós-graduação	12 (3,9)	-	12 (4,7)
Situação conjugal			
Com companheiro	135 (44,4)	24 (51,1)	111 (43,2)
Sem companheiro	169 (55,6)	23 (48,9)	146 (56,8)
Tempo de profissão (anos)			
≤ 3	72 (23,6)	10 (20,8)	62 (24,1)
4 - 9	198 (64,9)	34 (70,8)	164 (63,8)
≥ 10	35 (11,5)	4 (8,3)	31 (12,1)
Total (n)	305	48	257

*n=303 **n=304

Tabela 2. Estado nutricional e fatores comportamentais de saúde dos Agentes Comunitários de Saúde de Pelotas, RS, de acordo com a zona de atuação. Pelotas, 2019. (n= 305).

Variável	Total n (%)	n	Rural % (IC95%)	n	Urbana % (IC95%)	p*
Estado nutricional (n=288)						0,75
Baixo peso	1 (0,4)	0	-	1	0,4 (-0,4; 1,2)	
Eutrofia	57 (19,8)	10	21,3 (9,1; 33,4)	48	19,5 (14,5; 24,5)	
Sobrepeso	120 (41,7)	23	46,8 (32,0; 61,6)	101	40,7 (34,3; 46,9)	
Obesidade	110 (38,2)	15	31,9 (18,1; 45,7)	101	39,4 (33,2; 45,6)	
Consumo alimentar						
Marcador não saudável						0,09
0	66 (21,6)	13	27,1 (14,0; 40,1)	53	20,6 (15,6; 25,6)	
1	88 (28,9)	13	27,1 (14,0; 40,1)	75	29,2 (23,6; 34,8)	
2	88 (28,9)	8	16,7 (5,7; 27,6)	80	31,1 (25,4; 36,8)	
3	45 (14,8)	12	25,0 (12,3; 37,7)	33	12,8 (8,7; 17,0)	
4	18 (5,9)	2	4,2 (-1,7; 10,0)	16	6,2 (3,3; 9,2)	
Marcador saudável						0,44
0	15 (4,9)	1	21,1 (-2,1; 6,3)	14	5,5 (2,7; 8,2)	
1	59 (19,3)	7	14,6 (4,2; 24,9)	52	20,2 (15,3; 25,2)	
2	123 (40,3)	19	39,6 (25,2; 53,9)	104	40,5 (34,4; 46,5)	
3	108 (35,4)	21	43,8 (29,2; 58,3)	87	33,9 (28,0; 39,7)	
Atividade física no lazer						0,67
Inativo	215 (70,7)	32	68,1 (54,3; 81,9)	183	71,2 (65,6; 76,8)	
Ativo	89 (29,3)	15	31,9 (18,1; 45,7)	74	28,8 (23,2; 34,4)	
Tempo sentado ou deitado (minutos)						0,28
< 150	76 (24,9)	9	18,8 (7,3; 30,2)	67	26,1 (20,7; 31,5)	
≥ 150	229 (75,1)	39	81,6 (69,8; 92,7)	190	73,9 (68,5; 79,3)	
Tabagismo						
Fumo na vida (n=302)						0,03
Não	204 (67,6)	39	81,3 (69,8; 92,7)	165	65,0 (59,1; 70,9)	
Sim	98 (32,5)	9	18,8 (7,3; 30,2)	89	35,0 (29,1; 40,9)	
Fuma atualmente (n=98)						0,54
Não	53 (54,1)	4	44,4 (3,9; 85,0)	49	55,1 (44,5; 65,6)	
Sim	45 (45,9)	5	55,6 (15,0; 96,1)	40	44,9 (34,4; 55,5)	
Cigarros/dia (n=45)						0,56
< 20	32 (71,1)	3	60,0 (-8,0; 128,0)	29	72,5 (58,0; 87,0)	
≥ 20	13 (28,9)	2	40,0(-28,0; 108,0)	11	27,5 (13,0; 42,0)	
Bebida alcoólica						
Consumo nos últimos 30 dias (n=305)						0,02
Não consumiu	138 (45,3)	15	31,3 (17,6; 44,9)	123	47,9 (41,7; 54,0)	
1 a 10 dias	157 (51,5)	33	68,8 (55,1; 82,4)	124	48,3 (42,1; 54,4)	
>10 dias	10 (3,3)	0	-	10	3,9 (1,5; 6,3)	
Número de copos nos últimos 30 dias (n=167)						0,34
1 a 10	135 (80,4)	28	84,9 (71,9; 97,8)	107	79,9 (73,0; 86,7)	
11 a 20	20 (12,0)	5	15,2 (2,2; 28,1)	15	11,2 (5,8; 16,6)	
21 a 30	4 (2,4)	0	-	4	3,0 (0,0; 5,9)	
>30	8 (4,8)	0	-	8	6,0 (1,9; 10,0)	

* Valor-p: Qui-quadrado de Pearson

Tabela 3. Consumo de medicamentos de uso contínuo, presença de doença diagnosticada por médico e autopercepção de saúde dos Agentes Comunitários de Saúde de Pelotas, de acordo com a zona de atuação. Pelotas, 2019. (n=305)

Variável	Total n (%)	n	Rural % (IC95%)	n	Urbana % (IC95%)	p*
Medicamentos de uso contínuo						0,01
Não	131 (43,0)	29	60,4 (46,1; 74,8)	102	39,7 (33,7; 45,7)	
Sim	174 (57,0)	19	39,6 (25,2; 53,9)	155	60,3 (54,3; 66,3)	
Diagnóstico de doença						0,01
Não	150 (49,2)	32	66,7 (52,8; 80,5)	118	45,9 (39,8; 52,0)	
Sim	155 (50,8)	16	33,3 (19,5; 47,2)	139	54,1 (48,0; 60,2)	
Autopercepção saúde						0,07
Ruim	10 (3,3)	0	-	10	3,9 (1,5; 6,3)	
Regular	83 (27,2)	12	25,0 (12,3; 37,7)	71	27,6 (22,1; 33,1)	
Boa	158 (51,8)	23	47,9 (33,3; 62,6)	135	52,5 (46,4; 58,7)	
Muito boa	40 (13,1)	12	25,0 (12,3; 37,7)	28	10,9 (7,1; 14,7)	
Excelente	14 (4,6)	1	2,1 (2,1; 6,3)	13	5,1 (2,4; 7,8)	

*Valor-p: Qui-quadrado de Pearson

Apêndices

Apêndice A: Questionário do Agente Comunitário de Saúde

Universidade Federal de Pelotas
Programa de Pós-Graduação em Nutrição e Alimentos

PERFIL NUTRICIONAL E COMPORTAMENTAL DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE PELOTAS, RS.

A seguir você encontrará algumas questões referentes a seus dados pessoais.	
1. Qual o seu nome?	NE_ _ _
2. Qual o nome da UBS onde você trabalha?	NUBS_ _
3. Data da entrevista: _ / _ / 201_	DE _ / _ / _
4. Qual a data do seu nascimento? _ / _ / _	DN _ / _ / _
5. Sexo: () Masculino () Feminino	SEXO _
6. Qual o seu estado civil: () Solteiro(a) () Casado(a) () Divorciado(a) () Viúvo(a)	ECIV _
7. Cor da pele ou etnia: () Branca () Preta () Parda () Amarela () Indígena	COR _
8. Qual a sua escolaridade? (considerar nível mais elevado concluído): () Fundamental completo () Médio incompleto () Médio completo () Superior completo () Técnico. Se sim, qual? _____ () Superior completo. Se sim, qual? _____ () Pós-graduação. Se sim, qual? _____	ESC _ ESCQ _
9. Quanto tempo você trabalha como agente comunitário de saúde? _ anos _ meses	TACSA _ _ TACSM _ _
Agora queremos saber sobre sua saúde. Responda as próximas questões com apenas uma alternativa.	
10. Como você considera a sua saúde atualmente? () Ruim () Regular () Boa () Muito boa () Excelente	SAUD _
11. Você tem diagnóstico médico de alguma doença? () Não. () Se sim. Qual ou quais? _____ _____	
12. Você utiliza algum medicamento de uso contínuo? () Não. () Sim. Qual ou quais?	

Gostaríamos de saber sobre consumo alimentar. A seguir você encontrará grupos de alimentos e queremos saber se você consumiu esses alimentos.	
13. Ontem você consumiu Feijão? () Não () Sim () Não sei	CFEI_
14. Ontem você consumiu Frutas Frescas (não considerar sucos de frutas)? () Não () Sim () Não sei	CFRU_
15. Ontem você consumiu Verduras e/ou Legumes (não considerar batata, mandioca, aipim, macaxeira, cará e inhame)? () Não () Sim () Não sei	CVER_
16. Ontem você consumiu Hambúrguer e/ou Embutidos (presunto, mortadela, salame, linguiça, salsicha)? () Não () Sim () Não sei	CEMB_
17. Ontem você consumiu Bebidas Adoçadas (refrigerante, suco de caixinha, suco em pó, água de coco de caixinha, xaropes de guaraná/groselha, suco de fruta com adição de açúcar)? () Não () Sim () Não sei	CBEB_
18. Ontem você consumiu Macarrão instantâneo, salgadinhos de pacote ou biscoitos salgados? () Não () Sim () Não sei	CSAL_
19. Ontem você consumiu Biscoito Recheado, Doces ou Guloseimas (balas, pirulitos, chiclete, caramelo, gelatina)? () Não () Sim () Não sei	CGUL_
Agora gostaríamos de saber sobre hábito de fumar	
20. Você já teve o costume de fumar pelo menos uma vez por semana? () Não. Se não, passe para a questão 23. () Sim	JFUM_
21. Atualmente, você fuma? () Não. Se não fuma atualmente, passe para a questão 23. () Sim	AFUM_
22. Em média, quantos cigarros você fuma por dia? __	QFUM_
Agora gostaríamos de saber sobre consumo de álcool. Assinale apenas uma alternativa nas seguintes questões:	
23. Nos últimos 30 dias, em quantos dias você consumiu pelo menos um copo (dose) de bebida alcoólica? Número de dias: __ Se nenhum dia, pule para a questão 26.	FBEB_
24. Nos últimos 30 dias, em média quantos copos ou doses de bebida alcoólica você consumiu? Número de doses ou copos: __	QBEB_

25. Qual o tipo de bebida alcoólica você consumiu na maioria das vezes que bebeu nos últimos 30 dias? _ _	
Agora gostaríamos de saber algumas informações da sua prática de atividade física durante uma semana normal. Se você não se considera uma pessoa ativa, por favor, responda esse questionário mesmo assim.	
Para responder as questões, pense que: ATIVIDADES FÍSICAS INTENSAS são as que precisam de um grande esforço físico e que causam um grande aumento em sua respiração e batimentos do coração, e que ATIVIDADE FÍSICA MÉDIA é aquela que exige esforço físico médio e provocam um pequeno aumento em sua respiração e batimentos do coração.	
Queremos saber primeiro sua Atividade física apenas no trabalho	
26. O seu trabalho envolve atividades físicas intensas como [carregar grandes pesos, capinar, trabalhar com enxada ou trabalhar com construção, fazer serviços domésticos dentro de casa ou no quintal] por pelo menos 10 minutos seguidos? () Sim () Não. Se não, pule para a questão 29.	AISN _
27. Em uma semana normal, em quantos dias você realiza atividades físicas intensas como parte do seu trabalho? Número de dias: _	AFID _
28. Quanto tempo você passa realizando atividades físicas intensas em um dia normal de trabalho? Número de horas: _ _ Número de minutos: _	AFIH _ _ AFIM _ _
29. O seu trabalho envolve atividades de intensidade média como caminhar em ritmo rápido [ou carregar pesos leves, atividades domésticos dentro de casa ou no quintal como varrer, aspirar, ou cortar a grama] por pelo menos 10 minutos seguidos? () Sim () Não. Se não, pule para a questão 32.	AMSN _
30. Em uma semana normal, quantos dias você realiza atividades de intensidade moderada como parte do seu trabalho? Número de dias: _	AFMD _
31. Quanto tempo você passa realizando atividades de intensidade moderada em um dia normal de trabalho? Número de horas: _ _ Número de minutos: _	AFMD _ _ AFMM _ _
Por favor, não considere suas atividades durante o trabalho agora, pense sobre como você costuma se deslocar de um lugar para outro. Por exemplo, apenas para ir ao trabalho, shopping, supermercado, igreja, academia ou outros locais que você frequenta.	
32. Você caminha ou utiliza bicicleta por pelo menos 10 minutos seguidos para ir de um lugar para outro? () Sim () Não. Se não, pule para a questão 35	ADSN _
33. Em uma semana normal, em quantos dias você caminha ou anda de bicicleta por pelo menos 10 minutos seguidos para ir de	

um lugar a outro? Número de dias ____	AFDD_
34. Quanto tempo você passa caminhando ou andando de bicicleta para ir de um lugar a outro em um dia normal? Número de horas: __ __ Número de Minutos: __ __	AFDH_ __ AFDM_ __
Agora queremos saber sobre sua atividade física no lazer, <u>não considere as atividades físicas que você realiza no seu trabalho ou ao se deslocar de um lugar para o outro</u>, que você já mencionou anteriormente. Agora, por favor, pense sobre esportes, exercícios físicos e outras atividades recreativas como dançar, pedalar, que você faz em uma semana normal.	
35. Você realiza algum esporte, exercício físico ou atividade recreativa intensa como correr ou praticar esportes intensos como ginástica aeróbica, futebol, pedalar rápido de bicicleta, basquete, vôlei, musculação, lutas por pelo menos 10 minutos seguidos? () Sim () Não. Se não, pule para a questão 38.	ALSN_
36. Em uma semana normal, em quantos dias você realiza esportes, exercícios físicos ou atividades recreativas intensas? Número de dias: __	AFLD_
37. Quanto tempo você passa realizando esportes, exercícios físicos ou atividades recreativas intensas em um dia normal? Número de horas: __ __ Número de Minutos: __ __	AFLH_ __ AFLM_ __
38. Você realiza algum esporte, exercício físico ou atividade recreativa de intensidade média como [caminhar rápido, pedalar devagar a bicicleta, nadar, ginástica, yoga, pilates, jogar esportes recreativos] por pelo menos 10 minutos seguidos? () Sim () Não. Se não, pule para a questão 41.	ALMR_
39. Em uma semana normal, em quantos dias você realiza esportes, exercícios físicos ou atividades recreativas de intensidade média? Número de dias: __	ALMD_
40. Quanto tempo você passa realizando esportes, exercícios físicos ou atividades recreativas de intensidade média em um dia normal? Número de horas: __ __ Número de minutos: __ __	ALMH_ __ ALMM_ __
Comportamento Sedentário	
Agora, por favor, pense sobre o tempo que você passa sentado ou encostado na cadeira no seu local de trabalho, em casa, se deslocando de um lugar para outro ou com seus amigos, como por exemplo, o tempo que você passa sentado no escritório ou conversas com os amigos, ou ainda no carro, ônibus ou trem, ou ainda em casa lendo ou assistindo televisão. Por favor, não considere o tempo que você passa dormindo.	

41. Quanto tempo você costuma ficar sentado ou reclinado em um dia de semana normal? Número de horas: __ __ Número de Minutos: __ __	CSNH __ __ CSNM __ __
--	--------------------------

Aqui queremos saber sobre seu peso e altura. Você não precisa responder estas questões, pois a entrevistadora irá lhe pesar e medir.	
42. Peso: __ __ __, __	PESO __ __ __, __
43. Altura: __ __ __, __	ALT __ __ __, __

Apêndice B: Manual do Pesquisador

Você foi convidado para ser pesquisador do Projeto de Pesquisa denominado “Estado Nutricional e comportamental dos Agentes Comunitários de Saúde do Município de Pelotas, RS”.

Nesta pesquisa o entrevistado será o Agente Comunitário de Saúde, onde este questionário será feito por meio de entrevista. O peso e altura serão medidos pela entrevistadora, porém ao longo do preenchimento das questões os agentes poderão ter algumas dúvidas que podem ser esclarecidas por você. Além disso, se o profissional se sentir desconfortável com alguma questão não precisará respondê-la.

Devemos ter cuidado ao explicar as questões, pois devemos ser imparciais, tendo atenção para não induzirmos respostas e nem expressar alguma opinião sobre as respostas do participante. Agora vamos apresentar o questionário respondido pelos agentes e algumas informações necessárias para você, caso algum profissional possua dúvidas:

Primeiramente explique que você é um(a) aluno(a) da Universidade Federal de Pelotas, na área de Nutrição e que está participando como entrevistador de um projeto de pesquisa buscando conhecer o estilo de vida de Agentes Comunitários de Saúde de Pelotas, por isso estão sendo convidados para a pesquisa. Lembre-se também de falar que não é obrigatório participar da pesquisa e se aceitar a participar, em qualquer momento pode sair da pesquisa sem custos e também pode deixar de responder questões se sentir-se constrangido. Informe que para participar, o participante deve ler o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e que após ler este, se aceitar a participar deste estudo, deve preencher as duas vias, onde uma fica com o pesquisador e a outra com o participante.

Após a assinatura dos termos, você deverá iniciar a entrevista e não deve preencher os campos do lado direito da folha, onde há códigos, pois este preenchimento será feito pela pesquisadora. A seguir você encontra as questões do questionário e algumas coisas que precisa saber em caso de dúvida dos participantes:

1. Qual o seu nome?: aqui o entrevistado coloca seu nome.
2. Qual o nome da UBS que você trabalha?: essa questão refere-se a UBS que o profissional trabalha.
3. Data da entrevista: dia em que a entrevista foi realizada.
4. Qual a data do seu nascimento?: data de nascimento do participante.
5. Sexo: sexo do entrevistado.

6. Qual o seu estado civil?: estado civil do entrevistado.
7. Qual sua cor da pele ou etnia?: aqui é uma questão autorreferida, o participante deverá informar segundo sua percepção.
8. Qual sua escolaridade?: nesta questão o profissional considera o maior nível já concluído. Se o mais alto nível for graduação ou pós-graduação, responder qual curso realizado.
9. Quanto tempo você trabalha como Agente Comunitário de Saúde?: tempo em anos e meses que o profissional atua como agente comunitário de saúde.
10. Como você considera sua saúde atualmente?: aqui o participante assinala a alternativa que considera mais correta de como está sua saúde.
11. Você tem diagnóstico médico de alguma doença?: nesta questão o profissional informa se tem doença diagnosticada por médico e se sim, qual ou quais as doenças.
12. Você utiliza algum medicamento de uso contínuo?: aqui o profissional informa se utiliza algum medicamento de uso contínuo e se sim, informa qual ou quais utiliza.
13. Ontem você consumiu Feijão?: nesta questão o profissional assinala uma alternativa, se consumiu esse grupo de alimentos no dia anterior.
14. Ontem você consumiu Frutas Frescas (não considerar sucos de frutas)?: Nesta questão o profissional assinala uma alternativa, se consumiu esse grupo de alimentos no dia anterior.
15. Ontem você consumiu Verduras e/ou Legumes (não considerar batata, mandioca, aipim, macaxeira, cará e inhame)?: nesta questão o profissional assinala uma alternativa, se consumiu esse grupo de alimentos no dia anterior.
16. Ontem você consumiu Hambúrguer e/ou Embutidos (presunto, mortadela, salame, linguiça, salsicha)?: nesta questão o profissional assinala uma alternativa, se consumiu esse grupo de alimentos no dia anterior.
17. Ontem você consumiu Bebidas Adoçadas (refrigerante, suco de caixinha, suco em pó, água de coco de caixinha, xaropes de guaraná/groselha, suco de fruta com adição de açúcar)?: nesta questão o profissional assinala uma alternativa, se consumiu esse grupo de alimentos no dia anterior.
18. Ontem você consumiu Macarrão instantâneo, salgadinhos de pacote ou biscoitos salgados?: nesta questão o profissional assinala uma alternativa, se consumiu esse grupo de alimentos no dia anterior.

19. Ontem você consumiu Biscoito Recheado, Doces ou Guloseimas (balas, pirulitos, chiclete, caramelo, gelatina)? : nesta questão o profissional assinala uma alternativa, se consumiu esse grupo de alimentos no dia anterior.

20. Você já teve o costume de fumar pelo menos uma vez por semana? : nesta questão o participante deve informar se já teve o costume de fumar. Se nunca teve costume de fumar, deve passar para a questão 23.

21. Atualmente, você fuma? : nesta questão o profissional informa se atualmente fuma, se não fuma, passar para a questão 23. Se fuma, responder a questão 22.

22. Em média, quantos cigarros você fuma por dia? : se marcou “sim” na questão 21, o profissional deve informar em média quantos cigarros fuma ao dia. Se marcou “não” na questão 21, não precisa responder esta questão.

23. Nos últimos 30 dias, em quantos dias você consumiu pelo menos um copo (dose) de bebida alcoólica? : aqui o profissional escreve o número de dias nos últimos 30 dias que consumiu pelo menos um copo (dose) de bebida alcoólica. Se não consumiu, pular para a questão 26.

24. Nos últimos 30 dias, quantas doses ou copos contendo álcool consumiu em média? : aqui deve-se escrever em média quantos copos consumiu nos últimos 30 dias. Se nenhum dia na questão 23, não precisa responder esta questão.

25. Qual o tipo de bebida que consumiu na maioria das vezes nos últimos 30 dias? : aqui deve-se escrever qual a bebida mais consumida nos últimos 30 dias. Se nenhum dia na questão 23, não precisa responder esta questão.

26. O seu trabalho envolve atividades físicas intensas como [carregar grandes pesos, capinar, trabalhar com enxada ou trabalhar com construção, fazer serviços domésticos dentro de casa ou no quintal] por pelo menos 10 minutos seguidos? : aqui o participante marca apenas uma alternativa, se marcar a opção “não”, deve pular para a questão 29.

27. Em uma semana normal, em quantos dias você realiza atividades físicas intensas como parte do seu trabalho? : aqui o participante responde em quantos dias realiza as atividades da questão 26, se marcar a opção “não” na questão 26, não responder esta questão.

28. Quanto tempo você passa realizando atividades físicas intensas em um dia normal de trabalho: aqui o participante escreve quantas horas e dias pratica as atividades descritas na questão 26. Se marcar a opção “não” na questão 26, não responder esta questão.

29. O seu trabalho envolve atividades de intensidade média como caminhar em ritmo rápido [ou carregar pesos leves, atividades domésticos dentro de casa ou

no quintal como varrer, aspirar, ou cortar a grama] por pelo menos 10 minutos seguidos?: aqui o participante marca apenas uma alternativa, se marcar a opção “não”, deve pular para a questão 32.

30. Em uma semana normal, quantos dias você realiza atividades de intensidade moderada como parte do seu trabalho?: aqui o participante escreve em quantos dias realizou as atividades da questão 29. Se marcar a opção “não” na questão 29, não responder esta questão.

31. Quanto tempo você passa realizando atividades de intensidade moderada em um dia normal de trabalho?: aqui o participante informa quantas horas e minutos pratica atividades referentes a questão 29. Se marcar a opção “não” na questão 29, não responder esta questão.

32. Você caminha ou utiliza bicicleta por pelo menos 10 minutos seguidos para ir de um lugar para outro?: aqui o participante marca apenas uma alternativa, se marcar “não”, deve pular para a questão 35. Nessa questão não considerar o exercício no trabalho, somente para ir ao trabalho (UBS).

33. Em uma semana normal, em quantos dias você caminha ou anda de bicicleta por pelo menos 10 minutos seguidos para ir de um lugar a outro?: aqui o participante escreve o número de dias que pratica as atividades referentes a questão 32. Se marcou “Não” na questão 32, não responder esta questão. Nessa questão não considerar o exercício no trabalho, somente para ir ao trabalho (UBS).

34. Quanto tempo você passa caminhando ou andando de bicicleta para ir de um lugar a outro em um dia normal?: aqui deve-se descrever número de horas e minutos que pratica as atividades referentes a questão 32. Se marcou “Não” na questão 32, não responder esta questão. Nessa questão não considerar o exercício no trabalho, somente para ir ao trabalho (UBS).

35. Você realiza algum esporte, exercício físico ou atividade recreativa intensa como correr ou praticar esportes intensos como ginástica aeróbica, futebol, pedalar rápido de bicicleta, basquete, vôlei, musculação, lutas por pelo menos 10 minutos seguidos?: deve-se marcar apenas uma alternativa, se não praticar alguns desses exercícios, pular para a questão 38. Não considerar atividades físicas que realiza no trabalho ou ao se deslocar de um lugar para o outro.

36. Em uma semana normal, em quantos dias você realiza esportes, exercícios físicos ou atividades recreativas intensas?: deve-se escrever o número de dias que pratica as atividades da questão 35. Não considerar atividades físicas que realiza no trabalho ou ao se deslocar de um lugar para o outro. Se marcou “não! Na questão 35, não responder esta questão

37. Quanto tempo você passa realizando esportes, exercícios físicos ou atividades recreativas intensas em um dia normal?: deve-se escrever quantas

horas e minutos praticou exercícios da questão 35. Não considerar atividades físicas que realiza no trabalho ou ao se deslocar de um lugar para o outro. Se marcou “não” na questão 35, não responder esta questão.

38. Você realiza algum esporte, exercício físico ou atividade recreativa de intensidade média como [caminhar rápido, pedalar devagar a bicicleta, nadar, ginástica, yoga, pilates, jogar esportes recreativos] por pelo menos 10 minutos seguidos?: deve-se marcar uma única alternativa. Se marcar “não”, pular para a questão 41. Não considerar atividades físicas que realiza no trabalho ou ao se deslocar de um lugar para o outro.

39. Em uma semana normal, em quantos dias você realiza esportes, exercícios físicos ou atividades recreativas de intensidade média?: deve-se escrever o número de dias da semana que pratica as atividades da questão 35. Se marcou “não” na questão 38, não responder esta questão. Não considerar atividades físicas que realiza no trabalho ou ao se deslocar de um lugar para o outro.

40. Quanto tempo você passa realizando esportes, exercícios físicos ou atividades recreativas de intensidade média em um dia normal?: deve-se escrever o número de horas e número de dias por dia que pratica os exercícios da questão 38. Se marcou “não” na questão 38, não responder esta questão. Não considerar atividades físicas que realiza no trabalho ou ao se deslocar de um lugar para o outro.

41. Quanto tempo você costuma ficar sentado ou reclinado em um dia de semana normal?: nesta questão deve-se escrever o número de horas e dias que passa sentado.

42 e 43 : Aferição de peso e altura:

Aqui o entrevistado não informa seu peso, ele será pesado e medido pelo entrevistador, se o profissional não quiser ser pesado ou medido, não pode ser obrigado. Aqui você pesquisador irá fazer aferição de peso e altura com instrumentos da faculdade de nutrição.

Para aferição de altura: peça para o indivíduo permanecer descalço em posição ereta, cabeça erguida e olhando para ponto fixo na altura dos olhos e livre de adereços, braços ao longo do corpo e pés unidos em cima do estadiômetro e de costas para a parte móvel do estadiômetro, após o profissional se posicionar corretamente, você deve erguer a parte móvel até a cabeça do participante, de modo que fique bem no centro da cabeça. Após posicionar bem a parte móvel, deve-se fazer a aferição de altura. Depois disto, anote os dados no questionário do participante.

Para aferição do peso: coloque a balança em lugar com piso sem irregularidades e reto e peça para que o indivíduo suba na balança e fique

parado no centro do equipamento, descalço, com o mínimo de roupas possível, posição ereta, braços ao longo do corpo e pés juntos. Após subir na balança, verifique o peso indicado no visor. Anote esta informação no questionário do profissional. Se a participante for gestante (não perguntar diretamente, apenas observar), anote abaixo de suas medidas.

Incluir que o pesquisador deve conferir se todas as questões do questionário foram preenchidas pelo ACS antes de se retirar da UBS.

Apêndice C: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS

FACULDADE DE NUTRIÇÃO

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM NUTRIÇÃO E ALIMENTOS

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado para participar, como voluntário (a), da pesquisa **“PERFIL NUTRICIONAL E COMPORTAMENTAL DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE PELOTAS, RS”** coordenada pela professora Gicele Costa Mintem, telefones: (53) 3284 3834 e (53) 999835468. Se concordar em participar do estudo você precisa assinar este documento. A sua participação não é obrigatória e, a qualquer momento, você pode desistir de participar da pesquisa.

A seguir você encontra algumas informações importantes sobre o projeto e ao final você pode escolher participar da pesquisa:

SELEÇÃO PARA A PESQUISA: você foi convidado para participar da pesquisa pois é Agente Comunitário de Saúde que atua na Estratégia de Saúde da Família de Pelotas ou na Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde de Pelotas, RS.

JUSTIFICATIVA: é muito importante conhecer o estado nutricional, realidade e os fatores que influenciam a saúde dos Agentes Comunitários de Saúde, que são profissionais necessários na atenção básica. Além disso, esses dados podem ser utilizados para promover ações de promoção da saúde que visem prevenir e controlar problemas de saúde, não só com o profissional em si, mas também possibilitando mais informações e orientações adequadas para que possam desempenhar de forma mais efetiva seu trabalho com a comunidade. Também é importante destacar a importância de se realizar o estudo na zona rural, levando em consideração todos os profissionais, não só os da zona urbana.

OBJETIVO DA PESQUISA: Avaliar o perfil nutricional e comportamental de agentes comunitários de saúde da zona urbana e rural do município de Pelotas.

FORMA DE PARTICIPAÇÃO NA PESQUISA: se você aceitar participar do projeto responderá a um questionário sobre seus dados, consumo de alimentos, atividade física, consumo de álcool e tabagismo, sua percepção sobre como está sua saúde, presença de doenças diagnosticadas por médico e utilização de medicamentos de uso contínuo. Após o preenchimento do questionário as entrevistadoras irão medir seu peso e sua altura.

RISCOS E DESCONFORTOS: apresenta risco ou desconforto mínimo ao entrevistado, por motivos de constrangimento ao responder algumas das questões ou em medir seu peso e altura, mas salientamos que se houver algum constrangimento ou desconforto em alguma questão, esta não precisa ser respondida e se não quiser medir peso e altura, você não é obrigado a participar desta etapa do estudo.

BENEFÍCIOS: os resultados deste trabalho possibilitarão descrever o estado nutricional bem como, outras informações sobre a saúde dessa população específica de trabalhadores, sobre a qual não existem estudos realizados com todos os Agentes Comunitários de Saúde nas zonas urbana e rural do município com esse mesmo objetivo. Além disso, será elaborado e entregue material sobre hábitos alimentares e de vida saudáveis para você.

CUSTO/REEMBOLSO PARA O PARTICIPANTE: você não terá nenhum gasto ou custo na participação da pesquisa, pois todos materiais para a pesquisa serão fornecidos pelas entrevistadoras e você participará da pesquisa em seu ambiente de trabalho, onde já foi feita solicitação na Secretaria Municipal de Saúde para realização desta pesquisa e também não receberá nenhuma quantia por participar do estudo.

CONFIDENCIALIDADE DA PESQUISA: garantimos o sigilo sobre sua participação e os dados obtidos serão confidenciais.

Este trabalho respeita os aspectos éticos segundo a Resolução Brasileira e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Pelotas. Diante do que foi dito anteriormente, se você concordar em participar da pesquisa, assinar os dois termos grampeados no questionário. Um deverá ser entregue ao pesquisador e o outro deverá ficar com você.

Destacamos que a equipe estará disponível para contato dos entrevistados a todo momento e que em qualquer momento você poderá deixar de participar da pesquisa, sem nenhum custo.

Eu, _____ declaro que fui informado(a), de forma clara e detalhada, dos objetivos, da justificativa e da forma de trabalho desta pesquisa, através de encontro individual e livre de qualquer forma de constrangimento ou intimidação.

Assinatura: _____

Data: __ / __ / __

Pesquisadora responsável: _____

Gicele Costa Mintem

Pesquisadores executantes: _____

Letícia Willrich Brum

e-mail: leticia.brum94@hotmail.com

Telefone: (53) 981275883

Endereço: R. Gomes Carneiro, 01

Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de _____:

Telefone:

**Apêndice D: Solicitação de autorização à Secretária Municipal de Saúde
para realização do Projeto de Pesquisa nas Unidades Básicas de Saúde
de Pelotas**

Pelotas, __ de _____ de 2018.

Secretaria Municipal de Saúde de Pelotas

Eu, Letícia Willrich Brum, aluna do Programa de Pós- graduação em nutrição e alimentos da Universidade Federal de Pelotas, sob orientação da Prof^a. Dr^a. Gicele Costa Mintem venho, por meio deste solicitar, através da Coordenação de Saúde Pública, autorização, para realizar pesquisa com os agentes comunitários de saúde da atenção básica de saúde da zona urbana e rural do município de Pelotas/RS, com o objetivo de estudar o estado nutricional e fatores comportamentais destes, como consumo alimentar, hábito de fumar, consumo de álcool, atividade física, autopercepção de saúde, presença de doenças diagnosticadas e administração de medicamentos de uso contínuo dos profissionais. Após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa, a coleta de dados deste projeto será iniciada, atendendo todas as solicitações desta coordenação.

Contando com a autorização desta comissão, coloco-me a disposição para qualquer esclarecimento.

Atenciosamente,

Letícia Willrich Brum

Gicele Costa Mintem

Coordenação de Saúde Pública

Letícia Willrich Brum - Telefone para contato (53) 981275883; e-mail: leticia.brum94@hotmail.com

Gicele Costa Mintem – email: giceleminten.epi@gmail.com

**Solicitação de autorização à Secretária Municipal de Saúde para
realização do Projeto de Pesquisa nas Unidades Básicas de Saúde de
Pelotas**

Pelotas, 06 de agosto de 2018

Secretaria Municipal de Saúde de Pelotas

Eu, Letícia Willrich Brum, aluna do Programa de Pós-graduação em Nutrição e Alimentos da Universidade Federal de Pelotas, sob orientação da Profª. Drª. Gicele Costa Mintem venho, por meio deste solicitar, através da Coordenação de Saúde Pública, autorização, para realizar pesquisa com os Agentes Comunitários de Saúde da atenção básica de saúde da zona urbana e rural do município de Pelotas/RS, com o objetivo de estudar o estado nutricional e fatores comportamentais destes, tais como: consumo alimentar, hábito de fumar, consumo de álcool, atividade física e de saúde dos profissionais. Após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Pelotas, a coleta de dados deste projeto será iniciada, atendendo todas as solicitações desta coordenação.

Contando com a autorização desta comissão, coloco-me a disposição para qualquer esclarecimento.

Atenciosamente,

Letícia Willrich Brum

Letícia Willrich Brum

Gicele Costa Mintem

Gicele Costa Mintem

Elzéides de F. Ribeiro

Coordenação de Saúde Pública

Elzéides de F. Ribeiro
Diretora de Ações em Saúde
- S.M.S.
Matrícula: 8192

Letícia Willrich Brum - Telefone para contato (53) 981275883; e-mail:
leticia.brum94@hotmail.com

Gicele Costa Mintem - email: gicelemintem.epi@gmail.com

Cidade de Capão do Leão

Data: __ / __ / 2018

Secretaria Municipal de Saúde

Eu, Letícia Willrich Brum, aluna do Programa de Pós- graduação em nutrição e alimentos da Universidade Federal de Pelotas, sob orientação da Profª. Drª. Gicele Costa Mintem venho, por meio deste solicitar, através da Coordenação de Saúde Pública, autorização, para realizar pesquisa em uma Unidade Básica de Saúde para verificação da validade de um questionário construído sobre hábitos de vida dos Agentes Comunitários de Saúde, com o objetivo de identificar o estado nutricional e fatores comportamentais destes, como consumo alimentar, hábito de fumar, consumo de álcool, atividade física, autopercepção de saúde, presença de doenças diagnosticadas e administração de medicamentos de uso contínuo dos profissionais da cidade de Pelotas, RS. O Projeto de pesquisa será enviado ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Pelotas para realização da pesquisa na cidade de Pelotas.

Atenciosamente,

Letícia Willrich Brum

Gicele Costa Mintem

Coordenação de Saúde Pública

Letícia Willrich Brum - Telefone para contato (53) 981275883; e-mail: leticia.brum94@hotmail.com

Gicele Costa Mintem – email: giceleminten.epi@gmail.com

**Solicitação de autorização à Secretária Municipal de Saúde para
realização do Projeto Piloto em uma Unidade Básica de Saúde da cidade
de Capão do Leão**

Data: 14 / 08 / 2018

Secretaria Municipal de Saúde

Eu, Letícia Willrich Brum, aluna do Programa de Pós- graduação em Nutrição e Alimentos da Universidade Federal de Pelotas, sob orientação da Profª. Drª. Gicele Costa Mintem venho, por meio deste solicitar, através da Coordenação de Saúde Pública, autorização, para realizar pesquisa em uma Unidade Básica de Saúde para verificação da validade de um questionário construído sobre hábitos de vida dos Agentes Comunitários de Saúde, com o objetivo de identificar o estado nutricional e fatores comportamentais destes, como consumo alimentar, hábito de fumar, consumo de álcool, atividade física, autopercepção de saúde, presença de doenças diagnosticadas e administração de medicamentos de uso contínuo dos profissionais do município de Pelotas, RS. O Projeto de pesquisa será enviado ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Pelotas para realização da pesquisa em Pelotas.

Atenciosamente,

Letícia Willrich Brum

Letícia Willrich Brum

Gicele Costa Mintem

Gicele Costa Mintem

Wolke Luiz A. Rodrigues

Secretaria Municipal de Saúde

Capão do Leão - RS

Coordenação de Saúde Pública

Letícia Willrich Brum - Telefone para contato (53) 981275883; e-mail:
leticia.brum94@hotmail.com

Gicele Costa Mintem – email: giceleminten.epi@gmail.com

Referido em 14/08/18

Wolke Luiz A. Rodrigues
Secretaria Municipal de Saúde
Capão do Leão - RS