

Estado nutricional e fatores determinantes de (in) segurança alimentar e nutricional de Agentes de Combate a Endemias do município de Chapecó, SC

Nutritional status and determining factors of (in) food and nutritional security of Agentes de Combate a Endemias in the municipality of Chapecó, SC

Estado nutricional y determinantes de la (in)seguridad alimentaria y nutricional de los Agentes de Combate a Endemias del municipio de Chapecó, SC

Recebido: 25/05/2022 | Revisado: 12/06/2022 | Aceito: 12/06/2022 | Publicado: 22/06/2022

Paula Fernanda Jung dos Santos

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7608-6814>
Universidade Comunitária da Região de Chapecó, Brasil
E-mail: paulajung.gerencial@gmail.com

Mara Beatriz Soares Carneiro

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7407-7989>
Universidade Comunitária da Região de Chapecó, Brasil
E-mail: mara.c@unochapeco.edu.br

Ester Ximendes Dias de Oliveira

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4044-0249>
Universidade Comunitária da Região de Chapecó, Brasil
E-mail: e.ximendes@unochapeco.edu.br

Junir Antônio Lutinski

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0149-5415>
Universidade Comunitária da Região de Chapecó, Brasil
E-mail: junir@unochapeco.edu.br

Roberta Lamonatto Taglietti

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3814-6326>
Universidade Comunitária da Região de Chapecó, Brasil
E-mail: rotagli@unochapeco.edu.br

Carla Rosane Paz Arruda Téo

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1534-6261>
Universidade Comunitária da Região de Chapecó, Brasil
E-mail: carlateo@unochapeco.edu.br

Elizene Lara da Silveira

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7540-2512>
Secretaria de Saúde do Município de Chapecó, Brasil
E-mail: nutricao@chapeco.sc.gov.br

Resumo

A transição epidemiológica dos agravos em saúde na população brasileira tem como característica a redução das doenças infecciosas e o aumento das doenças crônicas não transmissíveis. O Agente de Combate às Endemias (ACE) é um trabalhador do Sistema Único de Saúde (SUS) que atua de modo a fortalecer as ações de vigilância em saúde junto às equipes de Saúde da Família. Este estudo visou conhecer o perfil nutricional de Agentes de Combate a Endemias (ACE), avaliando o seu estado nutricional, seus hábitos alimentares e buscar fatores que determinem a (in) segurança alimentar e nutricional deste público. Trata-se de um estudo transversal e quantitativo realizado com 52 ACE do município de Chapecó, Santa Catarina. Os participantes responderam a um questionário semiestruturado, contemplando dados sociodemográficos, anamnese nutricional (histórico de saúde e alimentar e Escala Brasileira de Insegurança Alimentar (EBIA)). Para avaliação do estado nutricional foi realizada a antropometria. Evidenciou-se a predominância de excesso de peso em 76,9% dos participantes. Quanto às preferências e ingestão alimentar, verificou-se um consumo regular de cereais, leguminosas, carnes e ovos. O consumo de frituras, gorduras e doces se apresentou de forma reduzida e a ingestão de frutas, hortaliças, leite e derivados também indicou um baixo consumo. Ao todo, 53,8% dos ACE se encontram em estado de insegurança alimentar e nutricional. Constatou-se hábitos alimentares em desequilíbrio sendo mais regulares em alimentos ricos em proteínas e carboidratos.

Palavras-chave: Preferência alimentar; Promoção de Saúde; Trabalhadores da saúde.

Abstract

The epidemiological transition of health problems in the Brazilian population has as a characteristic of reduction of infectious diseases and the increase of chronic non transmissible diseases. The Agente de Combate à Endemias (ACE)

is a worker of Sistema Único de Saúde (SUS) that acts in order to strengthen health surveillance actions among the Family Health teams. This study aimed to know the nutritional profile of Agente de Combate à Endemias, evaluating their nutritional status, their eating habits and looking for factors that determine the food and nutritional (in) security of this public. It is a cross-sectional and quantitative study carried out with 52 ACE from Chapecó municipality, Santa Catarina. Participants responded to a semi-structured questionnaire, including socio-demographic data, nutritional history (health and food history and Brazilian Food Insecurity Scale (EBIA), and anthropometry. The consumption of fried foods, fats and sweets was reduced. Fruits, vegetables, milk and dairy products also indicated a low consumption. In all, 53.8% of the ACEs are in a state of food and nutritional insecurity. We found food habits in imbalance being more regular in foods rich in proteins and carbohydrates.

Keywords: Food Preference; Health promotion; Health workers.

Resumen

La transición epidemiológica de los problemas de salud en la población brasileña se caracteriza por la reducción de las enfermedades infecciosas y el aumento de las enfermedades crónicas no transmisibles. El Agente de Combate de Endemias (ACE) es un trabajador del Sistema Único de Salud (SUS) que trabaja para fortalecer las acciones de vigilancia de la salud con los equipos de Salud de la Familia. Este estudio tuvo como objetivo conocer el perfil nutricional de los Agentes de Combate à Endemias (ACE), evaluando su estado nutricional, sus hábitos alimentarios y buscando factores que determinen la (in)seguridad alimentaria y nutricional de este público. Se trata de un estudio transversal y cuantitativo realizado con 52 ACE del municipio de Chapecó, Santa Catarina. Los participantes respondieron un cuestionario semiestructurado, que cubría datos sociodemográficos, anamnesis nutricional (historial de salud y alimentación y Escala Brasileña de Inseguridad Alimentaria (EBIA)). Se realizó antropometría para evaluar el estado nutricional. El predominio del sobrepeso se evidenció en el 76,9% de los participantes. En cuanto a las preferencias y la ingesta de alimentos, hubo un consumo regular de cereales, legumbres, carnes y huevos, el consumo de frituras, grasas y dulces se presentó de forma reducida y la ingesta de frutas, verduras, leche y derivados también indicó un consumo bajo. las ACE se encuentran en situación de inseguridad alimentaria y nutricional, encontrándose hábitos alimentarios desequilibrados más frecuentes en alimentos ricos en proteínas y carbohidratos.

Palabras clave: Preferencia alimentaria; Promoción de la salud; Trabajadores de la salud.

1. Introdução

A Política Nacional de Alimentação e Nutrição – PNAN (Brasil, 2013) indica que a alimentação adequada e saudável é aquela que é equilibrada quanto aos aspectos biológicos e socioculturais dos indivíduos e ao uso sustentável do meio ambiente. Portanto, deve estar de acordo com cada fase da vida, atender às especificidades culturais, considerando sexo, raça e etnia, acessibilidade, prezando pela harmonia entre quantidade e qualidade produzida de forma sustentável e com o mínimo possível de agentes contaminantes.

A transição epidemiológica dos agravos em saúde na população brasileira tem como característica a redução das doenças infecciosas e o aumento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT). Este processo está associado com uma transição nutricional, marcada pela diminuição da desnutrição e pelo aumento da frequência de obesidade (Jaime & Santos, 2014). Esse movimento se intensificou diante de aspectos como melhora no perfil econômico da população, acesso facilitado aos alimentos industrializados, aumento do consumo de produtos calóricos e sedentarismo (Xavier et al., 2017). Segundo Souza et al. (2013), a Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF) de 2008-2009 apontou alguns aspectos importantes sobre o consumo alimentar no Brasil (IBGE, 2010). A dieta básica do brasileiro tem se caracterizada pelo consumo de café, pão de sal, arroz, feijão, carne bovina, bebidas açucaradas e pelo baixo consumo de frutas e hortaliças.

Pedroso (2006) e Moratoya et al. (2013) afirmam que a alimentação humana, assim como o estado nutricional, configura-se como um indicador essencial de qualidade de vida e estado de saúde, além de afetar os indivíduos de diversas formas. É importante identificar a situação alimentar e nutricional dos indivíduos e da coletividade, uma vez que este diagnóstico representa um recurso de monitorização do Direito Humano à Alimentação Adequada (DHAA), da promoção da soberania e da segurança alimentar e nutricional (Brasil, 2015a).

O instrumento mais utilizado para a investigação da presença de Insegurança Alimentar (IA) é a Escala Brasileira de Insegurança Alimentar (EBIA), por se tratar de um método direto, de fácil aplicação, baixo custo e alta confiabilidade (Ribeiro et al., 2017). A EBIA tem a capacidade de revelar o acesso familiar aos alimentos, além de dimensões psicológicas e sociais da

insegurança alimentar (Brasil, 2014a). O Guia Alimentar para a População Brasileira publicado em 2014 destaca a importância do consumo de alimentos *in natura* e minimamente processados e da redução do consumo de alimentos processados e ultraprocessados, levando sempre em consideração as várias dimensões do indivíduo que refletem em suas escolhas alimentares, como cultura, condição socioeconômica, aspectos religiosos, entre outros (Brasil, 2014b).

Corrêa (2018) destaca a relação entre o excesso de peso e a insegurança alimentar e nutricional no mundo todo. A prevalência da obesidade triplicou desde 1975 em todas as faixas etárias e econômicas, tanto em países desenvolvidos quanto naqueles em desenvolvimento, sendo consenso a multicausalidade (social, econômica, ambiental, cultural e biológica) dessa epidemia. A insegurança alimentar nos domicílios, como reflexo da busca dos indivíduos por alimentação barata, rápida, palatável e com elevado valor energético, especialmente em situações em que os recursos financeiros já se encontram escassos, contribui na gênese da obesidade e de suas morbidades, além das carências nutricionais (Corrêa, 2018).

O Agente de Combate às Endemias (ACE) é um trabalhador do Sistema Único de Saúde (SUS), regulamentado pela Lei 11.350/2006 (Brasil, 2006). Foi inserido na Atenção Primária em Saúde (APS) a partir da publicação da Portaria GM/MS n 1.007/2010 (Brasil, 2010), de modo a fortalecer as ações de vigilância em saúde junto às equipes de Saúde da Família. No exercício de suas funções, esse trabalhador executa vistoria de residências, criadouros de vetores, terrenos baldios e estabelecimentos comerciais em busca de focos de endemias e realiza a inspeção em depósitos de água, bem como aplica produtos químicos sintéticos para o controle de vetores (Kuczmainski, 2016). Ainda, exerce atividades de educação e promoção em saúde (Evangelista et al., 2017). Neste contexto, este estudo visa contribuir com informações a respeito da inserção do ACE no SUS, já que são limitados os trabalhos publicados sobre esta categoria de trabalhadores. Faz-se necessário investigar aspectos como hábitos e frequências alimentares e determinar os fatores de vulnerabilidade associados à (in) segurança alimentar e nutricional a que esses agentes possam estar expostos. Assim, os objetivos foram a) conhecer o perfil nutricional dos ACE que atuam no município de Chapecó, Santa Catarina; b) avaliar o estado nutricional e os hábitos alimentares destes trabalhadores do SUS e; c) identificar fatores que podem estar relacionados com a condição de (in) segurança alimentar e nutricional deste público.

2. Metodologia

Delimitação do estudo

Trata-se de um estudo transversal e quantitativo, desenvolvido com os ACE lotados na Secretaria Municipal de Saúde de Chapecó, Santa Catarina. Chapecó destaca-se como o principal polo econômico do oeste catarinense e representa a maior cidade da região. Com população de 213.279 habitantes, o município possui área de 626,06 km², está localizado a 555 km de distância da capital do estado e a 670m de altitude (Ibge, 2017). Localiza-se na latitude 26°05'45"S e longitude 52°37'04"W. Possui um quadro de aproximadamente 96 ACE lotados no setor de Vigilância em Saúde Ambiental (Chapecó, 2018).

Coleta de dados

Uma amostra aleatória foi selecionada com base na estrutura física disponível e na agenda de atividades dos trabalhadores. Do total de ACE cadastrados no período da coleta de dados (n=96), 52 participaram do estudo. A partir de uma carta de Ciência e Concordância do gestor do serviço, foi elaborado um cronograma com horários previamente definidos para coleta de dados. Foram excluídos da pesquisa os ACE que não se fizeram presentes na data e horários definidos, que se encontravam em atestado médico, licença ou férias. Ainda, aqueles que não concordaram em participar do estudo, por meio da assinatura de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Os dados foram coletados no mês de outubro de 2017. A estrutura do Setor de Alimentação e Nutrição da Secretaria Municipal de Saúde de Chapecó foi utilizada para a aplicação de questionários e para a tomada de medidas antropométricas.

Individualmente, foram apresentados os objetivos e procedimentos da pesquisa e, havendo concordância, coletou-se a assinatura do TCLE. A coleta de dados foi realizada em duas etapas: na primeira, a coleta das variáveis antropométricas; na segunda, a aplicação de questionários semiestruturados, com duração aproximada de 40 minutos ao todo por ACE.

A avaliação antropométrica objetivou avaliar o estado nutricional dos ACE, sendo coletados dados de peso, estatura, circunferência da cintura, circunferência abdominal e circunferência do quadril. O peso foi aferido com o uso de duas balanças digitais plataforma da marca Balmak®, com capacidade para 200 kg e precisão aproximada de 100g e duas balanças digitais portáteis da marca Wiso, com capacidade para 180 kg e precisão aproximada de 100g. Esta medida foi aferida com o indivíduo em pé, ereto, descalço, sem objetos nos bolsos, com roupas leves e com os braços estendidos ao longo do corpo.

Na mensuração da estatura utilizou-se dois estadiômetros portáteis da marca *Wood Portátil Compact* (WCS), com tolerância de 1 mm a 2100mm e dois estadiômetros portáteis da marca Caumaq com tolerância de 1 mm a 2100mm, que foram posicionado em uma superfície plana, com o ACE em pé, ereto, descalço, sem adornos na cabeça, olhos fixados na linha horizontal e braços estendidos ao longo do corpo. Com uma fita métrica inelástica de 150 cm de comprimento (precisão aproximada de 0,1 cm), foi aferida a circunferência da cintura (CC), considerando o ponto médio entre o bordo inferior da última costela e a crista ilíaca. A circunferência abdominal (CA) foi tomada no nível da cicatriz umbilical e ao final do movimento expiratório. A circunferência do quadril (CQ) foi aferida na maior medida da circunferência no nível dos quadris e nádegas.

A segunda etapa foi composta pela aplicação de questionários semiestruturados, com perguntas fechadas e abertas, contendo: dados sociodemográficos (sexo, idade, estado civil, escolaridade), anamnese nutricional (histórico de saúde e alimentar) adaptada do questionário do curso de nutrição da Unochapecó, além da EBIA. Este último instrumento é composto por 14 questões que retratam, nos últimos três meses, situações que correspondam à preocupação diante da possibilidade ou propriamente da insuficiência de alimentos, em residências com adultos e menores de 18 anos (Cervato-Mancuso et al., 2015).

Análise dos dados

As informações foram tabuladas em um banco de dados construído no programa *Microsoft Excel*® (Microsoft Inc., 2016), compiladas em tabelas e gráficos. Após análise exploratória de frequências, utilizou-se os resultados que melhor responderam aos objetivos propostos. Para o cálculo do índice de massa corporal (IMC, Kg/m²) foi separada a amostra em adultos e idosos, uma vez que possuem parâmetros diferentes de avaliação. Após aferição de peso e estatura foi realizado o cálculo do IMC. O resultado é obtido através da divisão do peso do indivíduo pela altura ao quadrado. O ponto de corte para adultos do IMC ≥ 25 kg/m² para excesso de peso e ≥ 30 kg/m² para obesidade (ANS, 2017). Para indivíduos com 60 anos ou mais, o critério de classificação do IMC utilizado foi o de Lipschitz (1994) que considera ≥ 27 kg/m² como excesso de peso devido à perda de massa magra e diminuição do peso com o passar da idade (Abeso, 2016).

Já para classificação da circunferência abdominal e da cintura, os valores atribuídos como ponto de corte pela Organização Mundial da Saúde (OMS), para homens são ≥ 90 (risco aumentado) e ≥ 102 (risco aumentado substancialmente); para mulheres ≥ 80 (risco aumentado) e ≥ 88 (risco aumentado substancialmente), (NCEP – ATP III, 2001). E por fim relação cintura-quadril, os critérios de classificação foram obtidos dividindo o perímetro do quadril (PQ) pelo o perímetro da cintura (PC). O ponto de corte para mulheres é 0,85 e para homens 1,0, onde resultados acima desses valores apontam risco e desenvolvimento de doenças cardiovasculares (Cuppari, 2014).

A realização da pesquisa deu-se mediante aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa da Unochapecó, de acordo com o Parecer CONEP n° 2.306.132.

3. Resultados

O quadro de ACE do município de Chapecó é composto predominantemente pelo sexo feminino (82,7%), na faixa etária de 30 a 49 anos (63,5%), casadas (53,8%) e com escolaridade de ensino médio completo (65,4%) (Tabela 1).

Tabela 1 - Perfil sociodemográfico dos Agentes de Combate a Endemias do município de Chapecó, SC, participantes da pesquisa, 2017.

Sexo	ACE (n)	%
Feminino	43	82,7
Masculino	9	17,3
Faixa etária	ACE (n)	%
20-29	8	15,4
30-39	13	25,0
40-49	20	38,5
50-59	8	15,4
60-69	2	3,8
70-79	1	1,9
Estado civil	ACE (n)	%
Casado	28	53,8
Divorciado	3	5,8
Solteiro	10	19,2
União estável	11	21,2
Escolaridade	ACE (n)	%
Fundamental completo	10	19,2
Médio completo	34	65,4
Superior completo	7	13,5

Fonte: Elaboração dos autores (2022).

Sobre o estado nutricional, os valores obtidos na antropometria demonstraram que a maioria (75%) dos ACE possui peso inferior a 80 kg. Quanto ao IMC, 76,9% dos participantes apresentaram esta relação acima dos valores de eutrofia. Ao todo, 26,9% dos adultos apresentaram obesidade grau I, 5,8% obesidade grau II e 7,7% obesidade grau III. Um total de 71,1% dos ACE apresentaram circunferência da cintura acima do normal (para mulheres <80cm, para homens <94cm), 80,8% circunferência abdominal acima do normal (para mulheres <80cm, para homens <94cm) e 32,7% classificação de alto risco para doenças cardiovasculares, segundo a relação cintura-quadril (para mulheres <0,85cm, para homens <1cm) (Tabela 2).

A maioria dos ACE (67,3%) afirmou estar insatisfeita com o seu próprio peso corporal (Figura 1).

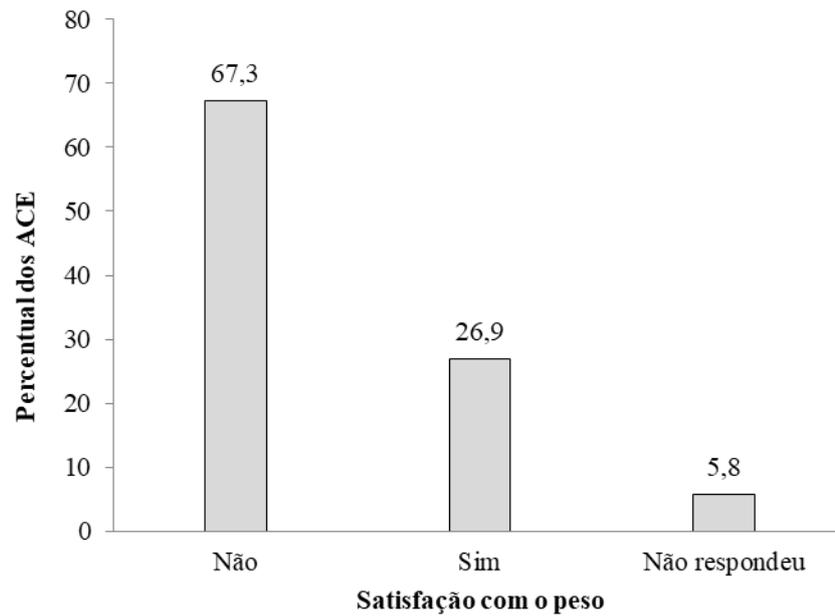
Nas preferências alimentares os ACE apontaram consumo reduzido de óleos e gorduras (17,3%), açúcares (13,5%) e preferência pelos grupos alimentares formados pelos cereais e tubérculos (80,8%), carnes e ovos (53,8%) e feijões e leguminosas (44,2%). Ao todo, 69,2% dos ACE relataram que realizam suas refeições em casa e, em 46,2% dos casos, o preparo é feito pelo próprio ACE (Tabela 3).

Tabela 2 - Perfil antropométrico dos Agentes de Combate a Endemias do município de Chapecó, SC, participantes da pesquisa, 2017.

Peso (kg)	ACE (n)	%
<80	39	75
>80-90	5	9,6
>90-100	4	7,7
>100-110	1	1,9
>130-140	2	3,8
Não avaliado	1	1,9
IMC (adultos)	ACE (n)	%
Baixo peso	1	1,9
Levemente acima do peso	17	32,7
Obesidade grau I	14	26,9
Obesidade grau II	3	5,8
Obesidade III	4	7,7
Peso ideal	9	17,3
Não avaliado	1	1,9
IMC (idosos)		
Levemente acima do peso	2	3,8
Peso normal	1	1,9
Circunferência da cintura (CC)	ACE (n)	%
Aumentado substancialmente	23	44,2
Aumentado	14	26,9
Normal	14	26,9
Não avaliado	1	1,9
Circunferência abdominal (CA)	ACE (n)	%
Aumentado substancialmente	34	65,4
Aumentado	8	15,4
Normal	9	17,3
Não avaliado	1	1,9
Relação cintura – quadril (RCQ)	ACE (n)	%
Alto risco	17	32,7
Risco moderado	10	19,2
Baixo risco	19	36,5
Ideal	4	7,7
Não avaliado	2	3,8

Fonte: Elaboração dos autores (2022).

Figura 1 - Percepção dos Agentes de Combate à Endemias do município de Chapecó, SC, participantes do estudo, sobre o peso corporal, 2017.



Fonte: Elaboração dos autores (2022).

Tabela 3 - Preferências e hábitos alimentares dos Agentes de Combate a Endemias do município de Chapecó, SC, participantes da pesquisa, 2017.

Grupos alimentares preferidos	ACE (n)	%
Açúcares	7	13,5
Carnes e ovos	28	53,8
Cereais e tubérculos	42	80,8
Feijões e leguminosas	23	44,2
Frutas	9	17,3
Laticínios	3	5,8
Óleos e gorduras	9	17,3
Verduras e legumes	16	30,8
Alimentos de que não gosta	ACE (n)	%
Alimentos minimamente processados	2	3,8
Carnes	6	11,5
Condimentos e/ou temperos	2	3,8
Doces	2	3,8
Frutas e/ou hortaliças	17	32,7
Industrializados	1	1,9
Miúdos/vísceras	7	13,5
Nenhum	10	19,2
Peixes e/ou frutos do mar	5	9,6
Local das refeições	ACE (n)	%
Casa	36	69,2
Fora de Casa	16	30,8
Quem prepara as refeições	ACE (n)	%
Cônjuge	7	13,5
Próprio ACE	24	46,2
Outros	5	9,6

Fonte: Elaboração dos autores (2022).

A maioria 57,7% (n=30) dos ACE relatam sentir desconforto, alergia ou algum tipo de intolerância alimentar, como quando há o consumo de alimentos gordurosos, condimentos, derivados de leite, entre outros. Quanto à qualidade do sono, os participantes referiram ter sono regular 36,5% (n=19) ou irregular 25% (n=13), enquanto 38,5% (n= 20) não responderam. A maioria 59,6% (n=31) informou dormir entre sete a oito horas por noite, 34,6% (n=18) menos de sete horas e 5,8% (n=3) mais de oito horas.

A EBIA apontou que 28 ACE (53,8%) foram classificados em algum estágio de insegurança alimentar, leve, moderada ou grave (Tabela 4).

Tabela 4 - Classificação EBIA para insegurança alimentar dos Agentes de Combate a Endemias do município de Chapecó, SC, participantes da pesquisa, 2017.

Classificação EBIA	n	Pontos menores de			Percentual
		Pontos adultos	18 anos	Soma dos pontos	
Leve	21	37	2	39	40,4
Moderada	6	25	2	27	11,5
Grave	1	6	4	10	1,9
Segurança	24	0	0	0	46,2

Fonte: Elaboração dos autores (2022).

4. Discussão

Neste estudo foi possível identificar características sociodemográficas, aspectos de saúde e de segurança alimentar e nutricional dos ACE (n= 52) participantes, entre os quais houve predomínio de profissionais do sexo feminino, casadas ou em união estável, escolaridade ensino médio completo e faixa etária economicamente ativa. Estes resultados se assemelham aos reportados em pesquisa realizada na região oeste de Santa Catarina por Kuczmainski (2016). O Programa de Combate a Endemias do município de Chapecó foi criado com base na Lei complementar n. 320/2007 e, atualmente, conta com um contingente de 96 ACE (Chapecó, 2018).

Quanto ao estado nutricional do ACE, os dados antropométricos apontaram para excesso de peso e obesidade, além de riscos associados às circunferências abdominal, da cintura e do quadril. A pesquisa realizada por Gonçalves & Souza (2016) também apontou a predominância de mulheres, com excesso de peso, hábitos alimentares inadequados e predisposição a doenças cardiovasculares.

O IMC revelou excesso de peso e obesidade na maioria (73,1%; n=38) da amostra adulta (20 a 59 anos) e 3,8 % para idosos (n=2). Segundo Rezende et al. (2018), 400 mil casos de câncer diagnosticados anualmente no Brasil são atribuíveis ao IMC elevado, especialmente em mulheres, devido aos tipos de câncer associados a obesidade e sobrepeso serem os de ovário, útero e mama. As maiores frações associadas às regiões Sul e Sudeste. A obesidade chama atenção por se tratar de indivíduos relativamente jovens e de meia idade. O casamento pode influenciar o ganho de peso, principalmente em mulheres. Entre os fatores interferentes, a redução no gasto energético e o aumento na ingesta calórica por alterações nos hábitos sociais e alimentares (Abeso, 2016).

A medida da circunferência da cintura e circunferência abdominal demonstraram risco de síndrome metabólica associada à obesidade. A gordura abdominal visceral, a qual traz maior risco à saúde, intensifica as alterações metabólicas, especialmente as relacionadas às lipoproteínas de baixa intensidade (LDL) e à hiperglicemia, que possuem potencial aterogênico (Cuppari, 2014). Quanto à relação cintura-quadril, foi identificado risco moderado e alto para desenvolvimento de doenças cardiovasculares os participantes. Estas medidas, em conjunto, são importantes indicadores de distribuição da gordura corporal, a qual se liga diretamente às morbidades crônicas, como diabetes, hipertensão, dislipidemias e câncer (Vieira & Pozzobon, 2013; Azevedo et al., 2014).

Quanto ao auto percepção com relação ao peso corporal, a maioria dos ACE (67,3%) afirmou estar insatisfeita. Abordar as questões de imagem corporal, de satisfação ou insatisfação, podem trazer à tona a pratica de dietas restritivas, medos, tabus ou compulsões que denotam transtornos alimentares. A insatisfação é considerada um distúrbio de imagem corporal, exacerbada pelos círculos e mídias sociais e padrões de beleza instituídos culturalmente (Alvarenga et al., 2015).

Fator positivo levantado no estudo aponta que a alimentação do ACE, de modo geral, é compatível com o que preconiza o Guia Alimentar da População Brasileira. Este, é um dos parâmetros para o enfrentamento do excesso de peso e da obesidade, por meio da promoção da alimentação saudável, ou seja, uma alimentação baseada em alimentos *in natura* e minimamente processados, preferencialmente preparada em casa (Brasil, 2014b). As preferências alimentares configuram-se como importante indicativo de estado nutricional. Os inquéritos alimentares empregados como ferramenta de investigação fazem a correlação entre dieta, risco nutricional e doença (Cuppari, 2009).

Vale destacar ainda que 32,7% dos participantes indicaram frutas e hortaliças como alimentos que não gostam. Isso aponta para a necessidade de fortalecimento do consumo deste grupo alimentar no controle de peso e na oferta de micronutrientes. Apesar dos inúmeros programas direcionados à ampliação da oferta de alimentos mais saudáveis à população, o consumo alimentar dos brasileiros está fortemente associado a alimentos processados e ultraprocessados, ricos em sódio, açúcar e gordura (Brasil, 2015b).

A maioria dos participantes realiza as principais refeições em suas residências, sendo eles mesmos os responsáveis pela preparação. O consumo se baseia em cereais, tubérculos, leguminosas, proteínas de alto valor biológico, além de baixo consumo de gorduras e açúcares. Por outro lado, ainda é baixo o consumo e a preferência por verduras, legumes e frutas, bem como pelos alimentos fonte de cálcio, como leite e derivados. Dados da POF (2008-2009) mostraram que a ingestão diária de frutas, legumes e verduras estava abaixo dos níveis recomendados pelo Ministério da Saúde (400g) para mais de 90% da população (Gomes et al., 2015).

Machado et al., (2016) demonstraram que, no período entre 2006 e 2014, houve aumento na prevalência de consumo adequado de frutas, verduras e legumes (FVL), tanto na população em geral quanto estratificada por gênero, idade e escolaridade, especialmente entre as mulheres e idosos. O baixo consumo de FVL está associado ao risco aumentado de obesidade, em mulheres adultas no Sul do Brasil, tais fatos podem se justificar, especialmente para as mais jovens, pelo fato da rotina de trabalho fora do lar, ambientes de trabalho que não favorecerem o consumo desses alimentos, como ocorre na rotina do ACE, que desenvolve seu trabalho em atividades de campo.

De acordo com Mendonça et al. (2018), o baixo consumo de produtos lácteos e derivados pode ser associado ao aumento de peso. O cálcio teria efeito “antiobesidade” ao diminuir a absorção dos lipídeos no intestino (Kristensen et al., 2017). Assim, o consumo de três a quatro porções de laticínios diariamente pode ser um adjuvante no controle do peso corporal (Ziegler & Kirsten, 2013; Ferreira et al., 2018).

A Escala Brasileira de Insegurança Alimentar (EBIA) que apontou que mais da metade do grupo que participou deste estudo (53,8%) apresentou algum nível de insegurança alimentar (leve, moderada ou grave). A insegurança alimentar (IA) contempla o sentido de disponibilidade de alimentos em nível domiciliar. Já a insegurança nutricional (IN) engloba aspectos como ambiente, sociedade e alimentação. A relação com o excesso de peso se dá pela influência de outros determinantes, como escolhas nutricionalmente inadequadas, alimentos calóricos em excesso, falta de acesso à variedade de alimentos, baixa qualidade nutricional, alimentação monótona e com pouca diversidade (Nordin et al., 2013). Segundo Mazur e Navarro (2015) a obesidade é um importante indício de insegurança alimentar e nutricional (IAN), especialmente em mulheres de média e baixa renda.

5. Considerações Finais

O estudo demonstrou que o grupo de participantes é composto, predominantemente, por ACE do sexo feminino, que se encontram com excesso de peso e/ou obesidade, em condição de risco cardiovascular e para o desenvolvimento de síndrome metabólica, além de estado de insegurança alimentar e nutricional. A pesquisa também revelou fragilidades com relação aos hábitos e preferências alimentares, o que reflete direta e negativamente no estado nutricional.

O padrão de consumo alimentar, medidas antropométricas, dados sociodemográficos colaboram na determinação do estado nutricional dos agentes. Por meio desses dados, é possível desenvolver ações de promoção e prevenção, melhorando o perfil alimentar e nutricional desses indivíduos.

Dada à amplitude do tema e as variáveis avaliadas, indicamos estudos subsequentes acerca do estado nutricional e de saúde dos ACE, assim como sobre aspectos mais abrangentes quanto a Insegurança Alimentar e Nutricional. A implantação de práticas de educação alimentar e nutricional, com o objetivo de reduzir os casos de excesso de peso e o incentivo a adoção de hábitos alimentares saudáveis, são indicados para a promoção da saúde e a prevenção de agravos à saúde destes trabalhadores.

Agradecimentos

Ao Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica e ao Fundo de Apoio à Pesquisa da Unochapecó (PIBIC/FAPE), edital n.042/2017 e à Secretaria de Saúde de Chapecó.

Referências

- Abeso. (2016). Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica. *Diretrizes brasileiras de obesidade*. Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica, São Paulo.
- Alvarenga, M., Figueiredo, M., Timerman, F. & Antonaccio, C. M. A. (orgs). (2015). *Nutrição comportamental*. Manole. 576 p.
- ANS. (2017). Agência Nacional de Saúde Suplementar (Brasil). *Manual de diretrizes para o enfrentamento da obesidade na saúde suplementar brasileira* [recurso eletrônico]. Agência Nacional de Saúde Suplementar – Rio de Janeiro.
- Azevedo, E. C. C., Dias, F. M. R. S., Diniz, A. S. & Cabral, P. C. (2014). Consumo alimentar de risco e proteção para as doenças crônicas não transmissíveis e sua associação com a gordura corporal: um estudo com funcionários da área de saúde de uma universidade pública de Recife (PE), Brasil. *Ciência e Saúde Coletiva*, 19(5), 1613-1622.
- Brasil. (2006). Lei n. 11.350 de 5 de outubro de 2006. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, Brasília, 06 out. 2006.
- Brasil. (2010). Portaria n. 1.007 de 4 de maio de 2010. Ministério da Saúde. *Diário Oficial da União*. Brasília, DF, 5 mai. 2010.
- Brasil. (2013). *Política Nacional de Alimentação e Nutrição*. Ministério da Saúde (MS), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília.
- Brasil. (2014a) *Escala Brasileira de Insegurança Alimentar – EBIA: análise psicométrica de uma dimensão da Segurança Alimentar e Nutricional*. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Secretaria de Avaliação e Gestão da Informação. Brasília.
- Brasil. (2014b). *Guia alimentar para a população brasileira*. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília.
- Brasil. (2015a). *Marco de referência da vigilância alimentar e nutricional na atenção básica*. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília.
- Brasil. (2015b). *Relatório final 5ª Conferência Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional*. Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional. Brasília, 145p.
- Cervato-Mancuso, A. M., Fiore, E. G. & Redolfi, S. C. S. (2015). *Guia de segurança alimentar e nutricional*. [S. l: s.n.].
- Chapecó, Prefeitura Municipal. (2018). Vigilância em Saúde: Conheça os setores e suas responsabilidades. *Prefeitura Municipal de Chapecó*, Chapecó, SC.
- Corrêa, A. M. S. (2018). *Excesso de peso e obesidade como expressão de insegurança alimentar e nutricional no Brasil*. Observatório Brasileiro de Hábitos Alimentares – OBHA.
- Cuppari, L. (Coord.). (2009). *Nutrição: nas doenças crônicas não-transmissíveis*. Manole. 515p.
- Cuppari, L. (Coord.). (2014). *Guia de nutrição: nutrição clínica no adulto*. (3a ed.), Manole. 569p.
- Evangelista, J. G., Flisch, T. M. P. & Pimenta, D. N. (2017). A formação dos agentes de combate às endemias no contexto da dengue: análise documental das políticas de saúde. *Revista Eletrônica de Comunicação, Informação & Inovação em Saúde*, 11(1), 1-13.
- Ferreira, C. C. D., Monteiro, G. T. R. & Simões, T. C. (2018). Estado nutricional e fatores associados em idosos: evidências com base em inquérito telefônico. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*, 31(1), 1-10.
- Gomes, A. A., Pereira, R. A. & Yokoo, E. M. (2015). Caracterização do consumo alimentar de adultos por meio de questionário simplificado: contribuição para os estudos de vigilância alimentar e nutricional. *Cadernos Saúde Coletiva*, 23 (4), 368-373.
- Gonçalves, C. C. Z. & Souza, L. B. (2016). Estado nutricional e consumo alimentar dos Agentes de Combate a Endemias no município de Campo Grande (MS). *Editora UFMS*. Campo Grande, MS.

- Jaime, P. C. & Santos, L. M. P. (2014). Transição nutricional e a organização do cuidado em alimentação e nutrição na atenção básica em saúde. *Revista Divulgação em Saúde para Debate*, 51, 72-85.
- Kristensen, M., Juul, S. R., Sorensen, K. V., Lorenzen, J. K. & Astrup, A. (2017). Supplementation with dairy calcium and/or flaxseed fibers in conjunction with orlistat augments fecal fat excretion without altering ratings of gastrointestinal comfort. *Nutrition & Metabolism*, 7, 13-14.
- Kuczmański, A. G. (2016). *Agentes de combate às endemias e sua contribuição na promoção de ambientes favoráveis à saúde*. Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade Comunitária da Região de Chapecó. Dissertação de Mestrado. 96p.
- Lipschitz, D. A. (1994). Screening for nutritional status in the elderly. *Primary care*, 21(1), 55-67.
- Ibge. (2010). *Pesquisa de orçamentos familiares 2008-2009: despesas, rendimentos e condições de vida*. IBGE.
- Ibge. (2017). *Estimativas populacionais 2016*. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Brasília.
- Machado, R. H. V., Feferbaum, R. & Leone, C. Consumo de frutas no Brasil e prevalência de obesidade. *Journal of Human Growth and Development*, 26(2), 243-252.
- Mazur, C. E. & NAVARRO, F. (2015). Insegurança alimentar e obesidade em adultos: Qual a relação? *Saúde (Santa Maria)*, 41(2), 35-44.
- Mendonça, J. L. S., Santos, P. B., Santos, R. P. & Rocha, V. S. (2018). Consumo de grupos de alimentos em adultos com excesso de peso. *RBONE-Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento*, 12(70), 245-252.
- Microsoft Inc. (2016). *Pacote Office, Excel 2016*.
- Moratoya, E. E., Carvalhaes, G. C., Wander, A. E. & Almeida, M. M. C. (2013). Mudanças no padrão de consumo alimentar no Brasil e no mundo. *Revista de Política Agrícola*, 22(1), 72-84.
- NCEP. (2001). Expert Panel on Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults. Executive summary of the Third Report of the National Cholesterol Education Program (NCEP) Expert Panel on Detection, Evaluation and Treatment of High Cholesterol. *JAMA*, 285, 2486-2497.
- Nordin, S. M., Boyle, M. & Kemmer, T. M. (2013). Position of the Academy of Nutrition and Dietetics: Nutrition Security in Developing Nations: Sustainable Food, Water, and Health. *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics*, 113(4), 581-595.
- Pedroso, L. G. R. (2006). *Indicadores de Segurança Alimentar e Nutricional de Famílias Residentes em Piracicaba/SP: 2 – Avaliação do Estado Nutricional (Ano 2)*. Universidade Metodista de Piracicaba, UNIMEP.
- Rezende, L. F. M., Arnold, M., Rabacow, F. M., Levy, R. B., Claro, R. M., Giovannucci, E. & Eluf-Neto, J. (2018). A crescente carga de câncer atribuível ao alto índice de massa corporal no Brasil. *Epidemiologia do Câncer*, 54, 63-70.
- Ribeiro, A. A., Pessoa, M. T. G., Azevedo, S. M. U., Oliveira, V. T. L. & Meireles, A. L. (2017). Caracterização socioeconômica, estado nutricional e prevalência de insegurança alimentar em idosos usuários do restaurante popular de um município do nordeste brasileiro. *Revista Ciência Plural*, 2(3), 59-71.
- Souza, A. M., Pereira, R. A., Yokoo, E. M., Levy, R. B. & Sichieri, R. (2013). Alimentos mais consumidos no Brasil: Inquérito nacional de alimentação 2008-2009. *Revista de Saúde Pública*, 47, 190-199.
- Vieira, A. & Pozzobon, M. E. (2013). *Perfil do estilo de vida e antropometria em trabalhadores da indústria metalúrgica*. 2013. 1 CD-ROM Monografia (especialização em educação física) - Universidade Comunitária da Região de Chapecó.
- Xavier, E., Marreira, J. A. L., Oliveira, A., Malta, M., Moura, E., Costa, K. B. & Santos, M. (2017). Transição Nutricional em escolares da Zona da Mata e Agreste de Pernambuco segundo indicadores antropométricos do estado nutricional. *Revista Mundo Saúde*, 41(3), 306-314.
- Ziegler, A. R. & Kirsten, V. R. (2013). Influências do cálcio no emagrecimento: uma revisão. *Disciplinarum Scientia Saúde*, 14(1), 79-91.