

Ficha antropométrica nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família: potencialidades e obstáculos

Anthropometric record to be used in Centers for Family Health Support: possibilities and obstacles

Camila Fabiana Rossi Squarcini¹
Gilmar Mercês de Jesus²
Edio Luiz Petroski³

Resumo – Um modelo de ficha antropométrica foi proposto na literatura para ser usado no Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), apresentando a logística de utilização. O estudo objetivou discutir tal proposta, apresentando as potencialidades e os obstáculos no seu uso. Assim, pôde-se observar que, para adultos, a medida de triagem (Índice de Massa Corporal e o Perímetro da Cintura) para determinar o risco para desenvolvimento de doenças cardiovasculares e metabólicas pode ser considerado um potencial do estudo, entretanto, esta mensuração já ocorre na Atenção Básica à Saúde. Já a avaliação complementar (Dobras Cutâneas e Perímetros) seria outra potencialidade, se não fosse pelo tempo despendido pelo profissional em realizar esta avaliação e pela ausência de estudos sobre o custo-benefício dessas técnicas antropométricas. De tal modo, a ficha antropométrica proposta é um instrumento importante, de vanguarda, para melhorar a qualidade dos serviços prestados aos usuários do SUS, entretanto, alguns reajustes, como a retirada das dobras cutâneas na Atenção Primária, podem ser levados em consideração.

Palavras-chave: Antropometria; Atenção primária à saúde; Atividade física; Saúde pública.

Abstract – A model of an anthropometric record to be used in the Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Centers for Family Health Support) in Brazil has been proposed in the literature, showing the logistics of use. The aim of this study was to discuss the anthropometric record, showing the potential and obstacles of its use. It was observed that, for adults, the screening measures (body mass index and waist circumference) for the determination of the risk of cardiovascular and metabolic diseases can be considered promising, although the Basic Health Care network already uses these measures. Nevertheless, the supplementary assessment (skinfold thickness and body circumferences) could be another potential possibility, except for the time spent to perform this assessment and the lack of studies of the cost-benefit of these anthropometric techniques. It was concluded that the anthropometric record proposed is an important instrument for improving the quality of the service provided to users of the Basic Health Care System; however, some adjustments, such as the removal of skinfold measurements as part of primary care, should be taken into consideration.

Key words: Anthropometry; Physical activity; Primary health care; Public health.

1 Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia. Jequié, BA. Brasil

2 Universidade Estadual de Feira de Santana. Feira de Santana, BA. Brasil

3 Universidade Federal de Santa Catarina. Grupo de Pesquisa em Cineantropometria e Desempenho Humano. Florianópolis, SC. Brasil

Recebido em 29/01/2014
Aprovado em 21/07/2014



Licença
Creative Commons

INTRODUÇÃO

A Antropometria é um conjunto de procedimentos empregado tanto na avaliação do estado nutricional quanto na identificação do risco cardiovascular e metabólico, por ser um método simples, de baixo custo, não invasivo, de fácil aplicação, com resultados fáceis de serem obtidos e disponíveis imediatamente. Todavia, embora sua acurácia tenha sido amplamente avaliada¹, há controvérsia na literatura quanto à sua especificidade. Por exemplo, de Onis² reportou como a principal desvantagem a baixa especificidade.

Apesar disso, a Antropometria tem sido bastante utilizada para determinar avaliações individuais em todo o ciclo da vida ou ainda, averiguar o estado de saúde em relação às condições socioeconômicas de uma população^{3,4}.

Com isso, o Ministério da Saúde Brasileiro tem indicado a utilização do Índice de Massa Corporal (IMC – para todas as faixas etárias) e o Perímetro da Cintura (PC – para os adultos) como indicadores antropométricos para avaliar o perfil nutricional, acompanhar o crescimento e desenvolvimento infantil e, no caso dos adultos, avaliar o risco de desenvolvimento de doenças cardiovasculares e metabólicas^{2,5}.

Na Atenção Básica à Saúde (ABS), as Equipes de Saúde da Família são as responsáveis por realizarem estas avaliações e por acompanharem o perfil nutricional no dia a dia da assistência.

Assim, ao considerar todas as ações e serviços possíveis de serem ofertados na ABS, e as que efetivamente compõem a rotina de trabalho dos profissionais que trabalham na Estratégia de Saúde da Família (ESF), o Ministério da Saúde criou os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) com o objetivo de amparar a inserção da ESF na rede de serviços de saúde e ampliar as ações da ABS (aumento e reforço da resolubilidade, dos processos de territorialização e de regionalização em saúde).

Os NASF são constituídos por equipes multiprofissionais que devem estar implicadas na transformação da atuação e das atitudes dos profissionais da Saúde da Família, incluindo ações intersetoriais e interdisciplinares, para a promoção, prevenção, reabilitação da saúde e cura; humanização de serviços, educação permanente e promoção da integralidade.

Esse contexto tem gerado a demanda pela formulação de propostas que orientem a intervenção do profissional em Educação Física na ABS, como forma de legitimá-la no campo da saúde, assim como de dirigir as ações dos profissionais da área engajados no NASF às reais necessidades de saúde da população, bem como às exigências e características do sistema público de saúde brasileiro. Foi nesse sentido que Gomes et al.⁶ propuseram um modelo de ficha antropométrica para o NASF e demonstraram como seria a logística de sua aplicação, pois a inserção da ficha antropométrica tornará a avaliação do profissional de educação física mais efetiva, no que se refere à detecção de fatores de risco à saúde e à educação em saúde.

Assim, o presente trabalho objetiva discutir a proposta feita por Gomes et al.⁶, apresentando suas potencialidades e os obstáculos a serem vencidos para que tal proposta seja efetivamente realizada.

O NASF e o papel do profissional Educação Física

O NASF foi criado pela portaria do Ministério da Saúde e teve como objetivo apoiar as atividades desenvolvidas pela ESF para um atendimento regionalizado e de qualidade na ABS em todo território nacional⁷. Ele é composto por três modalidades, de acordo com o número de equipes de saúde atendidas, o número de profissionais de saúde contratados e a carga horária de trabalho mínima de toda a equipe e de cada profissional⁸.

Cada modalidade pode contar com profissionais de saúde de diversas ocupações, dependendo do interesse da região, como: médico clínico, profissional de educação física, nutricionista, fisioterapeuta, psicólogo, assistente social, etc.⁹

Estes profissionais engajam-se em diversas estratégias de ação estabelecidas entre as quais a atividade física, um dos espectros da atuação do profissional de educação física. Neste caso, conforme as Diretrizes do NASF, tal profissional deverá abordar os elementos da cultura corporal de movimento, não apenas no âmbito fisiológico, mas, levando em consideração, também, os aspectos da sociologia e da psicologia, de maneira que este corpo seja visto em seu momento histórico de forma respeitada e singular a fim de promover saúde, prevenir e tratar as doenças que mais acometem a população brasileira¹⁰. Sob este prisma, a intenção é apresentar para a sociedade que, para além das conhecidas caminhadas de 30 minutos sem supervisão, existem formas de exercícios físicos mais eficazes para melhorar a saúde, que será monitorada por um profissional quanto à intensidade, à duração e à frequência. Assim, cabe ao profissional de educação física, em parceria, propor a construção de grupos para que seja possível desenvolver atividades como: atividades coletivas, jogos populares e esportivos, jogos de raciocínio, dança folclórica, brincadeiras etc, independente da faixa etária, do gênero ou nível socioeconômico.

Fica evidente que o desafio é maior do que se imagina, pois o profissional de educação física deverá atuar com o tratamento das doenças crônico-degenerativas, aumentar o nível de atividade física da população em geral, e ainda, oferecer atividades que contemplem os elementos da cultura corporal de movimento como um todo.

Com toda essa diversidade de trabalho no NASF, o profissional de educação física só saberá se a atividade que ele está desenvolvendo é eficaz se realizar uma avaliação. Neste caso, a avaliação antropométrica é um recurso bastante utilizado na área da Educação Física para acompanhar os padrões físicos/fisiológicos antes e após a atuação do profissional. Por tal importância, Gomes et al.⁶ propuseram um modelo de ficha antropométrica para que os profissionais, em especial os da Educação Física, possam utilizar no NASF.

Ficha antropométrica de Gomes et al.⁶: potencialidades e os obstáculos

A proposta da ficha antropométrica é utilizar uma ficha de avaliação que será dividida em dois momentos definidos conforme o local onde será realizado (ver Figura 1). A primeira parte será realizada no domicílio e será

feita pelo Agente Comunitário de Saúde (ACS)⁶. Esta etapa é denominada pelos autores de triagem e tem como finalidade traçar o perfil dos usuários do SUS, no que diz respeito ao risco de desenvolvimento de doenças cardiovasculares e metabólicas. Neste caso, o próprio ACS será responsável por aferir o peso e a altura para traçar o IMC e o PC. Com estas informações, será determinado, no mesmo momento, o risco que o usuário tem associado ao excesso de peso e a distribuição de gordura.

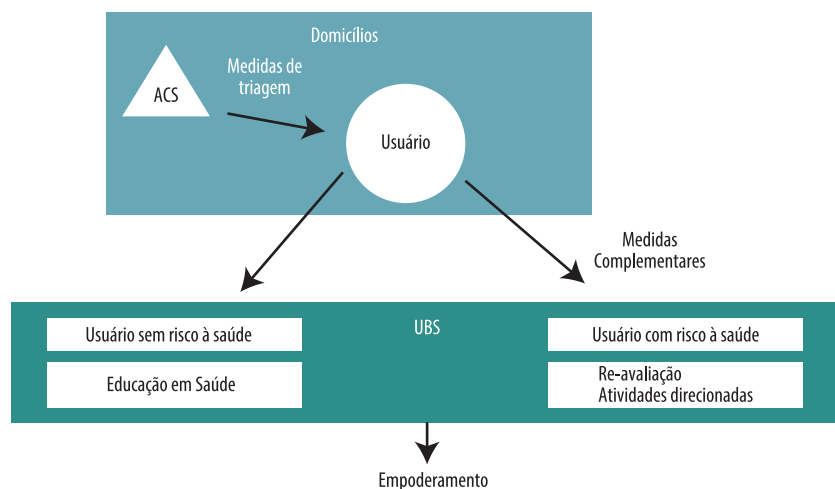


Figura 1. Logística no NASF para avaliação antropométrica – adaptado de Gomes et al.⁶.

Para os usuários que não apresentarem riscos associados, os autores sugerem que estes sejam convidados para participar de momentos de educação em saúde nas Unidades Básicas de Saúde (UBS).

Já aqueles que apresentarem riscos associados, serão encaminhados para as UBS onde farão uma avaliação antropométrica complementar (segunda etapa da ficha antropométrica) para qual os autores propõem: avaliação de dobras cutâneas (subescapular, tricipital, supra-iliaca, axilar média, coxa medial, panturrilha medial) e perímetros (braço, glúteo, coxa, panturrilha). A intenção com esta avaliação complementar é realizar uma intervenção mais eficiente para a necessidade do usuário.

Diante dessa logística, destaca-se como potencialidade a avaliação antropométrica de triagem uma vez que atende toda a comunidade atendida pela ESF. Entretanto, dois importantes obstáculos emergem na avaliação complementar e que merecem ser refletidos: 1) tempo que será dispendido pelo profissional de educação física para realizar as avaliações complementares e 2) ausência de estudo sobre o custo-efetividade na implementação de novas técnicas antropométricas no SUS.

A respeito do tempo que será dispendido pelo profissional de educação física para realizar as avaliações complementares, utilizar-se-á um exemplo hipotético para ficar mais claro o quanto de tempo será necessário para fazer as avaliações.

Imagine um NASF modalidade 1 que atende um total de 8 ESF, cada ESF atende 1000 famílias, e cada família tem, aproximadamente, 3,5 adultos, dos quais 28,7% são mulheres¹¹.

Desse total de mulheres, uma parte apresentará IMC acima $\geq 30\text{Kg}/\text{m}^2$ conjuntamente com PC superior a 88cm, condição esta considerada de risco muito alto e extremamente alto para desenvolver doença cardiovascular e metabólica¹². Utilizando os resultados de estudos desenvolvidos com mulheres leopoldense, observa-se que destas, 17,40% apresentam IMC acima $\geq 30\text{Kg}/\text{m}^2$ ¹³ e 23,30% apresentam PC superior a 88cm¹⁴, o que faz concluir que 4% do total das mulheres de São Leopoldo (RS) apresentam condição de risco muito alto e extremamente alto para a saúde.

Se um profissional de educação física do NASF que trabalha em regime de 40 horas fosse avaliar as dobras cutâneas e os perímetros propostos por Gomes et al.⁶ em cada uma das mulheres que compõe o grupo de 4%, seria gasto uma média de tempo de: 4 minutos entre explicação do teste e marcação dos 8 pontos anatômicos (4 dobras cutâneas e 4 perímetros), mais 10 minutos para fazer as coletas por duas vezes.

Logo, se esse procedimento fosse realizado com todas as mulheres em São Leopoldo que compõem o grupo dos 4% (ou seja, avaliar por volta de 333 mulheres), o profissional de educação física precisaria de 44,47 horas de trabalho para concluir esta atividade. Assim, com carga horária semanal de 40 horas, conseqüentemente, o profissional levaria mais de uma semana para concluir esta avaliação. Isto sem levar em consideração o grupo de mulheres que compõe as demais faixas de risco, e ainda, sem levar em consideração os homens, de maneira que este cálculo certamente aumentará.

Diante disso, vê-se que o tempo dispêndio para realização das avaliações complementares é muito grande, o que dificulta a realização das demais atividades estabelecidas nas Diretrizes do NASF¹⁰ para o profissional de educação física.

O segundo obstáculo diz respeito à ausência de estudos no Brasil a respeito do custo-efetividade em saúde no NASF, especificamente, no que se refere às avaliações antropométricas no NASF. Neste caso, antes de se propor a inserção de um novo instrumento antropométrico no SUS, duas perguntas devem ser feitas: realmente é necessário implantar duas avaliações antropométricas a mais (no caso as dobras cutâneas e perímetro) se as avaliações existentes (IMC e PC) já determinariam o risco dos usuários em desenvolver doenças cardiovasculares e metabólicas? Pensando no custo-efetividade, esta inserção seria vantajosa?

A resposta vai além dos resultados das pesquisas clínicas e de meta-análise que demonstram que uma tecnologia é melhor do que a outra¹⁵, no caso da antropometria de que a avaliação por dobras cutâneas seria mais efetiva do que IMC e PC. Isto porque o que também tem que ser levado em consideração é o custo-efetividade (custo-utilidade) das técnicas¹⁵. Neste caso, além de pensar em qual escolha será mais efetiva para a saúde da população brasileira é importante pensar na diferença de custos entre as diferentes técnicas¹⁵. Assim, seria adotado o equipamento que apresentar maior efetividade e menor custo¹⁵. Com isso, o ideal é que seja feito um estudo para saber se a inserção das dobras cutâneas e PC teriam realmente

um custo-benefício maior do que o IMC e PC. Enfim, pode-se dizer que se tem aí um campo de investigação novo na área da antropometria.

Com isso, frente às potencialidades e as dificuldades apresentadas no que se refere à proposta de Gomes et al.⁶, a Figura 2 apresenta uma nova logística para a avaliação antropométrica no NASF.

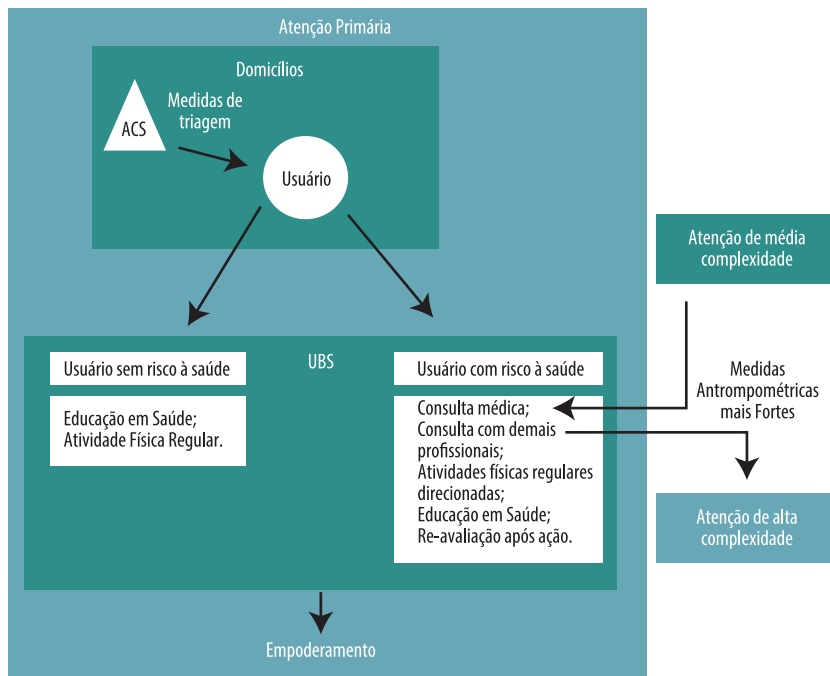


Figura 2. Logística no NASF para avaliação antropométrica.

Neste modelo, as medidas de triagem permaneceriam as mesmas que foram propostas por Gomes et al. (2009)⁶, entretanto, o passo seguinte, que diz respeito aos encaminhamentos, é que mudaria.

Assim, para os casos de usuários que não apresentem riscos associados seriam mantidas as atividades de Educação em Saúde, acrescentando-se atividades físicas regulares com o objetivo de promoção da saúde e prevenção das doenças, sem perder de vista o objetivo que consta nas Diretrizes do NASF¹⁰, de proporcionar para a comunidade a oferta dos elementos da cultura corporal de movimento.

Já para os usuários que apresentem riscos associados, primeiro encaminhamento seria a realização de uma consulta médica no NASF, que encaminharia o usuário para dois caminhos distintos: 1) encaminhamento para outro nível de atenção a depender do estado em que se encontra o usuário (atenção de média complexidade ou de alta complexidade). A ideia é que nestes outros níveis de atenção sejam adotados indicadores antropométricos com maior fidedignidade para identificar os agravos à saúde. É nesta fase que estariam inseridos: dobras cutâneas, densitometria, absorptometria radiológica de dupla energia etc., a depender da disponibilidade do recurso na região. 2) encaminhamento para os demais profissionais do NASF (profissional de educação física, nutricionista, psicólogo etc.) para

que fossem adotadas medidas de tratamento, caso da prática de atividade física regular monitorada pelo profissional de educação física. Além disso, também seriam propostas para este grupo as atividades voltadas para a educação em saúde e, ao término de um determinado período estabelecido pelos profissionais lá inseridos, seria realizada a reavaliação desses usuários.

Enfim, nesta nova proposta, para a atenção básica as avaliações antropométricas para determinação do risco de desenvolvimento de doenças cardiovasculares e metabólica em adultos seriam apenas o IMC e o PC, conforme já ocorre no Brasil pelo Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional - SISVAN². As avaliações complementares sugeridas por Gomes et al.⁶ seriam realizadas em um nível maior da hierarquia da atenção em saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo pretendeu dialogar com o estudo Gomes et al.⁶ no intuito de somar em qualidade os serviços prestados aos usuários do SUS. Assim, pode-se destacar o caráter de vanguarda do estudo de Gomes et al.⁶, pois a partir dessa proposta, surgiu esta reflexão e, possivelmente, outras reflexões surgirão, conforme se propõe esta categoria de publicação da revista.

Vale frisar que esta discussão emergiu a partir de alguns pontos que não ficaram claros no estudo de Gomes et al.⁶, como por exemplo, se o objetivo é fazer a triagem de risco cardiovascular e metabólico, qual a necessidade de coletar dobras cutâneas, perímetros e de se calcular % de gordura? Acrescidas a esta obscuridade, a logística do tempo para estas avaliações e a análise do custo-efetividade foram outros pontos de partida originários desse estudo.

Sugerir acrescentar as dobras cutâneas é uma potencialidade demonstrada na proposta, entretanto, é limitada do ponto de vista do tempo despendido pelo profissional em realizar esta avaliação e da ausência de um estudo de custo-benefício. Ao passo que a proposta de IMC e PC, além de ser técnica de baixo custo para indicar o risco de desenvolvimento de doenças cardiovasculares e metabólica é uma técnica antropométrica que já ocorre no SISVAN².

Além disso, deve-se pontuar que o profissional de Educação Física na ABS deverá realizar outras atividades como, por exemplo, oferecer exercícios físicos para grupos hipertensos, obesos, diabéticos, gestantes, idosos ou outros. Assim, embora se reconheça a necessidade de se criar protocolos e parâmetros antropométricos para o exercício profissional no contexto da saúde brasileira, faz-se necessário observar o tempo que será dispendido nesta ação e seu custo.

Ainda, tem sido muito esclarecido o cuidado que se deve ter com os usuários que apresentam risco eminente de desenvolver doenças cardiovasculares e metabólicas, mas não se pode deixar de lado que a família é o escopo da atenção básica e como tal deve estar junta neste processo todo. Neste caso, participar das atividades de educação em saúde ou até mesmo das atividades físicas regulares talvez seja um caminho para que a família incorpore o tratamento do ente de risco e inicie, também, um processo de prevenção de doença ou promoção da saúde.

Agradecimentos

Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado da Bahia – Fapesb, Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoa de Ensino Superior – Capes, Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (programa de bolsa).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICA

1. Huxley R, Mendis S, Zheleznyakov E, Reddy S, Chan J. Body mass index, waist circumference and waist: hip ratio as predictors of cardiovascular risk – a review of the literature. *Eur J Clin Nutr* 2010;64(1):16-22.
2. Onis M. Measuring nutritional status in relation to mortality. *Bull World Health Organ* 2000;78(10):1271-4.
3. Brasil, Ministério da Saúde. Sistema de vigilância alimentar e nutricional - Sisvan: orientações básicas para a coleta, processamento, análise de dados e informação em serviços de saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
4. de Onis M, Habicht JP. Anthropometric reference data for international use: recommendations from a World Health Organization Expert Committee. *Am J Clin Nutr* 1996;64(4):650-8.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Vigitel Brasil 2010: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.
6. Gomes MA, Beck CC, Duarte MFS, Petroski EL. Ficha antropométrica no Núcleo de Apoio a Saúde da Família: o que medir e para que medir? *Rev Bras Cineantropom Desempenho Hum* 2009;11(2):243-53.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.124, de 28 de dezembro de 2012. Redefine os parâmetros de vinculação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) Modalidades 1 e 2 às Equipes Saúde da Família e/ou Equipes de Atenção Básica para populações específicas, cria a Modalidade NASF 3, e dá outras providências.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 256, de 11 de março de 2013. Estabelece novas regras para o cadastramento das equipes que farão parte dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES). Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2013/prt0256_11_03_2013.html [2014 Jan 16].
10. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.
11. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico. 2010. Disponível em: <http://censo2010.ibge.gov.br/>. [2014 Jan 16].
12. World Health Organization. Waist circumference and waist-hip ratio: report of a WHO expert consultation. Genebra: WHO; 2008.
13. Masson CR, Dias-da-Costa JS, Olinto MTA, da Costa CC, Bairros F, Hallal PC. Prevalência de sedentarismo nas mulheres adultas da cidade de São Leopoldo, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad. Saúde Pública* 2005;21(6):1685-94.
14. Olinto MTA, da Costa JSD, Kac G, Pattussi MP. Epidemiologia da obesidade abdominal em mulheres adultas residentes no sul do Brasil. *Arch Latinoam Nutr* 2007;57(4):349-56.
15. Silva LK. Avaliação tecnológica e análise custo-efetividade em saúde: a incorporação de tecnologias e a produção de diretrizes clínicas para o SUS. *Ciênc Saúde Colet* 2003;8(2):501-520.

Endereço para correspondência

Camila Fabiana Rossi Squarcini
Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia. Departamento de Saúde.
Av. José Moreira Sobrinho, s/n.
Jequiezinho,
CEP 45206-190 – Jequié, BA, Brasil
E-mail: csquarcini@gmail.com