



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
FACULDADE DE FARMÁCIA, ODONTOLOGIA E ENFERMAGEM
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA

CÍCERA MARIA ARRAIS PEREIRA VASCONCELOS

**SEDENTARISMO ENTRE PROFISSIONAIS DE SAÚDE DA ESTRATÉGIA SAÚDE
DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DE FORTALEZA**

FORTALEZA

2014

CÍCERA MARIA ARRAIS PEREIRA VASCONCELOS

**SEDENTARISMO ENTRE PROFISSIONAIS DE SAÚDE DA ESTRATÉGIA SAÚDE
DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DE FORTALEZA**

Dissertação apresentada como requisito para aquisição de título no Mestrado Profissional em Saúde da Família da Universidade Federal do Ceará. Área de concentração: Saúde pública.

Orientador: Prof. Dr. Paulo Sérgio Dourado Arrais.

FORTALEZA

2014

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Biblioteca de Ciências da Saúde

V45s Vasconcelos, Cícera Maria Arrais Pereira.

Sedentarismo entre profissionais de saúde da estratégia saúde da família no município de Fortaleza /
Cícera Maria Arrais Pereira Vasconcelos. –2014.
68f. : il.

Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do Ceará. Faculdade de Farmácia, Odontologia e
Enfermagem. Mestrado Profissional em Saúde da Família, Fortaleza, 2014.

Área de concentração: Saúde Pública.

Orientação: Prof. Dr.Paulo Sérgio Dourado Arrais.

1.Saúde da Família. 2. Sedentarismo. 3. Atividade Física. 4. Profissionais da Saúde. 5. IPAQ.

I. Título.

CDD 362.1

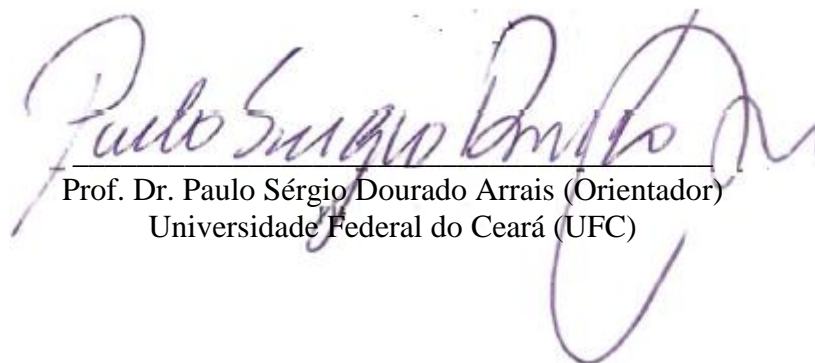
CÍCERA MARIA ARRAIS PEREIRA VASCONCELOS

**SEDENTARISMO ENTRE PROFISSIONAIS DE SAÚDE DA ESTRATÉGIA SAÚDE
DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DE FORTALEZA**

Dissertação apresentada como requisito para
aquisição de título no Mestrado Profissional
em Saúde da Família da Universidade Federal
do Ceará/ FIOCRUZ.

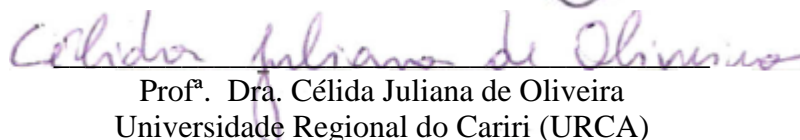
Aprovada em: 30/05/2014.

BANCA EXAMINADORA



Handwritten signature of Paulo Sérgio Dourado Arrais in purple ink.

Prof. Dr. Paulo Sérgio Dourado Arrais (Orientador)
Universidade Federal do Ceará (UFC)



Handwritten signature of Célida Juliana de Oliveira in purple ink.

Prof^ª. Dra. Célida Juliana de Oliveira
Universidade Regional do Cariri (URCA)



Handwritten signature of Carlos Alberto da Silva in purple ink.

Prof. Dr. Carlos Alberto da Silva
Universidade Federal do Ceará (UFC)

A Deus, responsável maior pela nossa
existência.

Aos meus pais, Zé Lulu (*in memoriam*) e
Germana.

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar, agradeço a Deus pelo dom da minha vida, por todas as oportunidades, e ter me proporcionado concluir esse mestrado.

Ao meu pai, José Pereira da Silva, homem simples e sábio, meu herói, que sempre acreditou em mim, de quem sinto muitas saudades e sempre amarei. A minha mãe, Germana de Araújo Arrais da Silva, meu exemplo de mulher íntegra, que fez dos meus objetivos e sonhos os seus e sempre me apoiou.

Ao meu esposo, Elder Vasconcelos, por ser tão compreensivo e companheiro, sempre me ajudando a transformar sonhos em realidade.

A minha filha, Maria Eduarda, o presente mais lindo que Deus me deu, com quem, tantas vezes, nessa caminhada entre livros eu tive que abrir mão de brincar. Mas é por ela que luto, a fim de proporcionar um futuro melhor.

A meu orientador, Paulo Arrais, pela sua competência, dedicação e compreensão, essencial para a conclusão desse projeto.

Aos componentes da minha banca, Célida Juliana e Carlos Alberto, por suas contribuições valiosas e sempre serem prestativos as minhas demandas.

À professora Fátima Maciel, pelos ensinamentos que transcendem os livros da sua vivência rica como docente e ser humano.

A todos os profissionais que se dispuseram a participar desse estudo extraindo tempo de dentro das suas rotinas com muitas atribuições.

A minha turma de mestrado, por todos os momentos bons vividos juntos durante esse período.

A todo o grupo que idealizou esse mestrado, pela oportunidade que me foi dada.

“Elevo os meus olhos para os montes; de onde vem o meu socorro? O meu socorro vem do Senhor, que fez os céus e a terra.”

Salmos 121

RESUMO

O sedentarismo ou inatividade física é, segundo a OMS (Organização Mundial de Saúde), o inimigo número um da saúde pública, associado a dois milhões de mortes ao ano em todo mundo e de 75% nas Américas. O presente trabalho tem por objetivo geral avaliar a prevalência do sedentarismo entre profissionais de saúde integrantes das Unidades de Atenção Primária à Saúde do município de Fortaleza. Trata-se de um estudo transversal realizado no período de agosto de 2012 até abril de 2014, que contou com a participação de 368 profissionais de saúde. Utilizaram-se dois questionários: o primeiro reuniu informações sobre aspectos socioeconômicos, demográficos e a avaliação da prática de atividade física ocorreu pela utilização do instrumento Internacional de Atividade Física (IPAQ), na forma curta. Como resultados, observou-se que a prevalência do sedentarismo foi de 47,3% e afetou, principalmente, pessoas do sexo feminino (85,0%); na faixa etária menor que 40 anos (64,9%); casado/união consensual (69,0%); com filhos (65,5%); com escolaridade superior (87,4%); enfermeiros (33,3%); os indivíduos com outra ocupação (52,9%); com carga horária até 40 horas (59,8%); que não apresentavam deficiência física (97,1%) ou doença crônica (81,6%); não fumantes (97,7%) e que raramente bebiam (68,9%); que classificaram seu estado de saúde como bom (54,4%); e com excesso de peso (53,2%). Na análise multivariada, apenas permaneceram como possíveis fatores determinantes do sedentarismo estar na faixa etária entre 40 e 59 anos, ser separado/viúvo e ser do grupo de trabalhadores da saúde (auxiliares/técnico). Desta forma, será necessário pensar em estratégias que incentivem a prática da atividade física regular entre os sedentários.

Palavras-chave: Saúde da Família. Sedentarismo. Atividade Física. Profissionais da Saúde. IPAQ.

ABSTRACT

A sedentary lifestyle or physical inactivity is, according to the WHO (World Health Organization), the number one enemy of public health, associated with two million deaths per year worldwide and 75% in the Americas. The overall objective of the present work was evaluating the prevalence of sedentarism among health professionals, members of the Primary Health Care Unit, in the city of Fortaleza. This transversal study was conducted from August 2012 until April 2014, which included the participation of 368 health professionals. Two questionnaires were used: the first collected information on socioeconomic and demographic aspects and evaluation of physical activity occurred by using the International Physical Activity Questionnaires (IPAQ) in short form. As a result, it was observed that the prevalence of sedentarism was 47.3% and affected mainly females (85.0%); in individuals aged below 40 years (64.9%); married / common-law marriage (69.0%); with children (65.5%); with higher education (87.4%); nurses (33.3%); individuals with other occupation (52.9%); with a schedule up to 40 hours (59.8%); that had no physical disability (97.1%) or chronic disease (81.6%); nonsmokers (97.7%) and rarely drank (68.9%); who rated their health as good (54.4%); and with weight excess (53.2%). In a multivariate analysis, only remain as potential factors determining sedentarism: be aged between 40 and 59 years; being separated/widowed and part of the group of health workers (auxiliary/technical). In this way, it is necessary to think about strategies that encourage regular physical activity among sedentary individuals.

Keywords: Family Health. Sedentary Lifestyle. Physical Activity. Health Professionals. IPAQ.

LISTA DE TABELAS

TABELA 1	Distribuição dos profissionais e técnicos de saúde pelas Secretarias Executivas Regionais do município de Fortaleza e número de indivíduos a serem entrevistados. Fortaleza-CE, 2013.....	34
TABELA 2	TABELA 2 - Características sociodemográficas dos profissionais de saúde. Fortaleza-Ceará (2013-2014).....	39
TABELA 3	Características clínicas dos profissionais de saúde com relação a ser portador de deficiência física, referir doença crônica, hábitos sociais, percepção do seu estado de saúde e IMC.Fortaleza-Ceará (2013-2014).....	41
TABELA 4	Associação entre características sociodemográficas dos profissionais e prática de atividade, de acordo com o IPAQ. Fortaleza-Ceará (2013-2014).....	43
TABELA 5	Associação entre características do trabalho dos profissionais e prática de atividade, de acordo com o IPAQ. Fortaleza – CE, 2013-2014.....	44
TABELA 6	Associação entre características clínicas dos profissionais e prática de atividade de acordo com o IPAQ. Fortaleza – CE, 2013-2014...	45
TABELA 7	Análise multivariada das características sociodemográficas (BLOCO 1), do trabalho (BLOCO 2) e clínicas (BLOCO 3) associadas ao sedentarismo em profissionais de saúde. Fortaleza - CE, 2013-2014.....	46
TABELA 8	Modelo final das variáveis preditoras do sedentarismo em profissionais de saúde. Fortaleza- CE, 2013-2014.....	48

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1	Distribuição dos profissionais entrevistados, segundo sua categoria profissional (n=368).....	38
GRÁFICO 2	Carga horária semanal dos profissionais de saúde (n=368).....	40
GRÁFICO 3	Envolvimento em outras atividades profissionais (n=368).....	40
GRÁFICO 4	Classificação dos profissionais de saúde, segundo IPAQ, sobre atividade física. Fortaleza-Ceará (2013-2014).....	42

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	11
2	OBJETIVOS	15
2.1	Objetivo geral.....	15
2.2	Objetivos específicos.....	15
3	REFERENCIAL TEÓRICO	16
3.1	Atenção Primária à Saúde.....	16
3.2	Estratégia Saúde da Família.....	18
3.3	Sedentarismo.....	22
3.4	Atividade física.....	24
3.4.1	Instrumentos para avaliar atividade física.....	27
3.5	Profissionais de saúde: condição de trabalho e saúde.....	29
4	METODOLOGIA	32
4.1	Tipo do estudo e período de execução.....	32
4.2	População e local do estudo.....	32
4.3	Instrumento de coleta de dados.....	35
4.4	Coleta de dados.....	36
4.5	Análise dos dados.....	36
4.6	Aspectos éticos.....	37
5	RESULTADOS	38
5.1	Características Socioeconômicas dos Profissionais de Saúde.....	38
5.2	Considerando a dicotomização (ativo e sedentário) e o comportamento frente às variáveis pesquisadas.....	43
6	DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	49
7	CONCLUSÃO	55
	REFERÊNCIAS	56
	APÊNDICE A – Termo de consentimento livre e esclarecido	63
	APÊNDICE B – Instrumento de coleta de dados	66
	ANEXO A - IPAQ	67

1 INTRODUÇÃO

O sedentarismo ou inatividade física é, segundo a OMS (Organização Mundial de Saúde), o inimigo número um da saúde pública, pois está associado a dois milhões de mortes ao ano em todo mundo e de 75,0% nas Américas, sendo o quarto maior fator de risco para doenças crônicas, ficando atrás somente da hipertensão, do tabagismo e do colesterol alto, que também tem relação direta com a causa dos cânceres de mama e cólon. (POZENA; CUNHA, 2009).

No Brasil, o sedentarismo está presente em boa parte da população. Segundo Hallal *et al* (2007), estudos apontam para uma prevalência de sedentarismo oscilando entre 26,7 e 78,2%. Resultados do projeto *VIGITEL* - Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por Inquérito Telefônico, evidenciaram que as mulheres (27,4%) praticam menos atividade física do que os homens (41,2%) (*VIGITEL*, 2014).

Incorporar novas práticas saudáveis que possam trazer benefícios à população é um dos desafios da atenção básica, na qual a participação dos profissionais de saúde é de grande importância, educando e orientando para a prática da atividade física, modificando e melhorando o comportamento do paciente em relação a um estilo de vida mais saudável (*SIQUEIRA et al.*, 2009). Assim, pode-se argumentar que profissionais de saúde deveriam manter hábitos de vida saudáveis, pois, dessa forma, seria mais fácil exercer a função de estimular a prática de atividades físicas no seu dia-a-dia profissional.

Ao longo dos anos, várias investigações científicas mostraram o potencial da atividade física em proporcionar melhores condições de saúde aos indivíduos, seja por meio da prevenção ou do tratamento de enfermidades. Muitos estudos epidemiológicos demonstram uma forte associação entre a atividade física ou aptidão física e saúde, sendo que os adeptos de uma atividade física regular reduzem, e muito, o risco de apresentarem doenças cardiovasculares que são as principais causas de morbimortalidade nos países ricos (*GUEDES et al.*, 2001; OMS, 2004; *ALVES et al.*, 2005; *BARRETO et al.*, 2005).

Segundo Pitanga (2002, p. 51), atividade física é “qualquer movimento corporal, produzido pela musculatura esquelética, que resulta em gasto energético, tendo componentes e determinantes de ordem biopsicossocial, cultural e comportamental”, podendo ser exemplificada por jogos, lutas, danças, esportes, exercícios físicos, atividades laborais e deslocamentos.

Considerando a importância da atividade física para a saúde dos indivíduos, os profissionais de saúde precisam desenvolver um trabalho de qualidade, capaz de estimular a comunidade na busca por melhores condições de saúde, seguindo as determinações da Política Nacional de Promoção da Saúde (MALTA *et al.*, 2009). Desta forma, devem vislumbrar diversos aspectos que envolvam a população, incluindo as condições biopsicossociais, econômicas, culturais e espirituais. Para que isto aconteça, é necessário o profissional estar bem consigo mesmo, pois, segundo Backse *colaboradores* (2006), o despertar para o autoconhecimento e o cuidar de si é consequência do processo de aprender a cuidar, por influenciar positivamente o cuidado, tendo em vista que o relacionamento interpessoal reconhece as forças, fraquezas e potencialidades do mundo interior dos que se propõem a cuidar. Ao experienciar o autocuidado e o cuidar de si, os cuidadores oportunizam a autorreflexão, o extravasamento das emoções, a absorção de vivências que se traduzem em conhecimento, ou seja, é muito mais eficiente meu ato de cuidar se eu exerço o autocuidado.

De acordo com Tomasi *et al.* (2008), com o crescimento mundial do setor de serviços, os trabalhadores de saúde tornam-se um dos maiores contingentes da força de trabalho. Essencial para a vida humana, o trabalho em saúde insere-se na esfera da produção imaterial, que se completa no ato de sua realização. Ele é coletivo, contando com a participação de diversos trabalhadores e envolve características, tanto em sua forma assalariada e fragmentada, quanto artesanal.

Nos últimos anos, a Estratégia Saúde da Família (ESF) tem se destacado como Política Pública Nacional e, também, como modelo estratégico de reorganização da atenção básica fundamentada na lógica da vigilância à saúde (FERNANDES *et al.*, 2010).

A ESF é uma estratégia prioritária na operacionalização dos princípios da Atenção Primária à Saúde (APS) e é capaz de resolver cerca de até 90% das demandas dos serviços de saúde de uma comunidade. Dessa forma, a ESF é um projeto revolucionário do SUS condicionado pela evolução histórica e organização do sistema de saúde no Brasil. A velocidade de expansão da Saúde da Família comprova a adesão dos gestores estaduais e municipais aos seus princípios. Iniciada em 1994, apresenta um crescimento expressivo nos últimos anos. A consolidação dessa estratégia precisa, entretanto, ser sustentada por um processo que permita a substituição da rede básica de serviços tradicionais, além de maior qualificação e monitoramento no âmbito dos municípios, visando à melhoria nos indicadores de saúde e de qualidade de vida da população coberta (ANDRADE; CUNHA; BEZERRA, 2006).

A prática da atividade física é uma das ações promovidas pela ESF para tratamento das doenças crônicas e prevenção de agravos à saúde.

Embora os trabalhadores da atenção básica constituam um enorme contingente de força de trabalho, no ano de 2007, foram registrados no Brasil 2.566.694 empregados no setor saúde (BRASIL, 2007), pouco se sabe sobre suas condições de trabalho e de saúde. Acredita-se que esses profissionais são a base do sistema de saúde e, portanto, protagonistas do desenvolvimento e melhoria do SUS. O seu processo de trabalho é bastante peculiar, no qual interagem habilidades técnicas e relações interpessoais, além do compromisso implícito e para muitos desconhecidos, com o entender coletivo do processo saúde-doença, recaindo sobre eles grandes e crescentes responsabilidades (PROESF, 2006).

O município de Fortaleza, no campo da Atenção Primária à Saúde, é composto por noventa e duas Unidades de Atenção Primária à Saúde, diretamente vinculados à Estratégia Saúde da Família e distribuídos em seis regionais, já que a Regional Centro é apenas administradora dessa dada região de Fortaleza. Atualmente, compõem a ESF desse município cerca de 1.582 profissionais de saúde, distribuídos entre as categorias de médicos, enfermeiros, dentistas, assistentes de saúde bucal, técnicos e auxiliares de enfermagem.

Os benefícios que a prática regular de atividade física pode trazer, incluindo benefícios psicológicos, seria amenizar os fatores que estão associados a alguns distúrbios, entre trabalhadores da saúde, como por exemplo, a prevalência da Síndrome de Burnout e distúrbios do músculo esquelético entre trabalhadores da saúde associados à atividade laboral e a outros fatores, como estresse crônico, precárias condições de trabalho e sedentarismo (TRINDADE *et al.*, 2010; BARBOSA; ASSUNÇÃO; ARAÚJO, 2012).

Segundo a Organização Mundial de Saúde, o sedentarismo aumenta no mundo e já é responsável pelo quarto maior fator de risco de mortalidade. Inicialmente, estava mais presente nos países desenvolvidos, mas agora é um perigo constatado, inclusive, nos países em desenvolvimento (OMS, 2008). Este cenário revela-se propício ao desenvolvimento de problemas graves para a saúde.

O sedentarismo é um fator de risco modificável, ou seja, sem necessidade de utilização de medicamentos, apenas aderindo à prática de atividades físicas regulares (OLBRICH *et al.*, 2009).

Diante do exposto, torna-se fundamental conhecer como se comporta a prática regular de atividade física entre os profissionais de saúde do município de Fortaleza e responder se estes praticam atividades físicas ou se são sedentários, especificamente os

profissionais de saúde das Unidades de Atenção Primária à Saúde pertencentes à Estratégia Saúde da Família.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

- Avaliar a prevalência do sedentarismo entre profissionais de saúde integrantes das Unidades de Atenção Primária à Saúde do município de Fortaleza.

2.2 Objetivos específicos

- Descrever as características da população pesquisada;
- Identificar a prevalência do sedentarismo, segundo categoria profissional, variáveis demográficas, socioeconômicas, hábitos sociais e condições de saúde.
- Identificar os fatores associados ao sedentarismo entre os profissionais de saúde.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 Atenção Primária à Saúde (APS)

A noção de atenção primária é atribuída ao *Relatório Dawson*, elaborado pelo Ministro de Saúde do Reino Unido, em 1920, que associou a ideia de regionalização e hierarquização dos cuidados (STARFIELD, 2004). Após algumas décadas de lacuna destes princípios, ressurgiu na década de 60, nos Estados Unidos, um movimento em favor da medicina ou saúde comunitária em razão do crescimento apenas de serviços especializados.

Em 1978, com a Organização Mundial da Saúde, surge um conceito de consenso mundial, que define Atenção Primária à Saúde, como:

Atenção essencial à saúde baseada em tecnologia e métodos práticos, cientificamente comprovados e socialmente aceitáveis, tornados universalmente acessíveis a indivíduos e famílias na comunidade por meios aceitáveis para eles e a um custo que tanto a comunidade como o país possa arcar em cada estágio de seu desenvolvimento, um espírito de autoconfiança e autodeterminação. É parte integral do sistema de saúde do país, do qual é função central, sendo o enfoque principal do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. É o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, levando a atenção à saúde o mais próximo possível do local onde as pessoas vivem e trabalham, constituindo o primeiro elemento de um processo de atenção continuada à saúde.

De acordo com Barbara Starfield (2002), as principais características da atenção primária à saúde (APS) são:

- Constituir a porta de entrada do serviço — espera-se da APS que seja mais acessível à população, em todos os sentidos e que, com isso, seja o primeiro recurso a ser buscado.
- Continuidade do cuidado ou longitudinalidade — a pessoa atendida mantém seu vínculo com o serviço ao longo do tempo, de forma que, quando uma nova demanda surgir, ela continue sendo atendida e tendo suas necessidades supridas;
- Integralidade — o nível primário é responsável por dar resposta a todas as demandas do indivíduo e aquilo que não resolver nesse nível deve ser referenciado para os outros dois, mas sem perder de vista, ou seja, com corresponsabilidade. Os serviços do nível primário podem lançar mão de visitas domiciliares, reuniões com a comunidade e ações intersetoriais, tais como articulação com a educação e serviço social, entre outros. Nessa característica, a Integralidade também significa abrangência ou ampliação do conceito de saúde, não se limitando ao corpo puramente biológico.

- Coordenação de cuidado – mesmo quando parte substancial do cuidado à saúde de uma pessoa for realizada em outros níveis de atendimento, o nível primário tem a incumbência de organizar, coordenar e/ou integrar esses cuidados.

A trajetória, no Brasil, da Atenção Primária à Saúde começa com projetos experimentais na década de 70 e sua relação com o movimento de reforma sanitária, cujos processos priorizaram as dimensões político-institucional e político administrativa na primeira década de sua implantação, até em 1994, com o surgimento do “Saúde da Família” com a mudança do *status* de programa para estratégia de reorientação do modelo assistencial (CONIL, 2008).

No período anterior à criação do Sistema Único de Saúde (SUS), a Atenção Primária à Saúde representava um marco referencial para a organização dos serviços numa lógica que tinha como proposta ser uma das principais alternativas de mudança do modelo assistencial. Após sua criação e desenvolvimento de seus mecanismos financeiros e operacionais, tem sido mais frequente o uso do conceito Atenção Básica como referência aos serviços municipais (GIL, 2006).

No Brasil, a Portaria nº 648 GM/2006, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS) define Atenção Básica como:

Um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social (BRASIL, 2006).

O Sistema Único de Saúde passa por um período de profunda reflexão e mudança. Mudança esta em maior escala em alguns Estados, que adotam a troca do conceito de Atenção Básica para Atenção Primária à Saúde. Adotar o conceito Atenção Primária à Saúde é

responsavelmente aceitar o que a população almeja: um sistema de saúde que seja mais rápido e que ofereça as respostas resolutivas às demandas. A Atenção Primária à Saúde enquanto ciência constitui-se como o primeiro contato de indivíduos, famílias e comunidades com o sistema de saúde. Tem o papel centralizador de organização, coordenação e responsabilização dentro de um sistema de saúde. Quando não exerce o papel centralizador, verifica-se a fragmentação da atenção. Essa fragmentação provoca a diminuição da resolutividade, aumento dos custos e a prevalência, dentro dos serviços que compõem o sistema local de saúde, da organização em atender às condições agudas.

De acordo com Mendes (2010), a evidência científica revela para o SUS que há uma situação de tripla carga de doenças, com convivência de doenças infecciosas e parasitárias, causas externas e doenças crônicas. E que a sua resposta social é provida por um sistema de atenção à saúde fragmentado, voltado para a atenção às condições e aos eventos agudos. A evidência revela, também, que alguns países e alguns estados brasileiros que adotaram a Atenção Primária à Saúde, exercendo papel centralizador do Sistema de Saúde, têm conseguido responder melhor às necessidades colocadas pela situação de tripla carga de doenças e produzir resultados mais relevantes para a população. Participar desse momento de reflexão e mudança é o objetivo principal deste espaço. Espera-se que seja um espaço para reflexão e mudança dos pensamentos; para palavras, e das palavras à ação, das ações para as atitudes, das atitudes para as políticas públicas.

A Atenção Primária à Saúde, dentro do contexto de construção e amadurecimento do SUS, vem sendo fortalecida. Tem como campo de atuação a ESF e é entendida como maestria de uma orquestra macro que é a saúde pública, pois rege esse sistema. Sendo assim, deve estar afinada com suas atribuições, porque, quando houver qualquer descompasso, este será sentido nos dois outros níveis de atenção, que culminam, geralmente, com a superlotação, algumas vezes desnecessária, levando à quebra na linha de cuidado integral que o cidadão tem direito quando necessita de algum atendimento.

3.2 Estratégia Saúde da Família

Em 1991, o Ministério da Saúde cria o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) com a finalidade de contribuir para a redução das mortalidades infantil e materna, principalmente nas regiões Norte e Nordeste. A partir da experiência vivenciada no Ceará com o PACS, desde 1987, o Ministério da Saúde percebe a importância dos Agentes Comunitários

de Saúde(ACS) nos serviços básicos de saúde do município e começa a focar os cuidados na família, não apenas no indivíduo, como era anteriormente. Após ter tido início no Nordeste, o PACS,em um segundo momento, seria estendido para a região Norte(nas cidades de Belém e Manaus) e num terceiro momento,ainda em 1992,deveria ser estendido a todos os estados da região Norte e periferias das principais capitais do país,fato não ocorrido, ficando o PACS restrito às regiões Nordeste,Norte e Centro-Oeste, servindo de alicerce para o surgimento do Programa Saúde da Família (PSF),pois comprovaram êxito nas experiências vivenciadas pelo PACS e foi percebida a necessidade de incorporar novas categorias profissionais a essa equipe,visto que, no início, eram apenas os ACS e o enfermeiro que realizava o papel de supervisionar os ACS.

O Programa Saúde da Família (PSF)foi concebido a partir de uma reunião ocorrida nos dias 27 e 28 de dezembro de 1993 em Brasília,sobre o tema “Saúde da Família”, convocada pelo Ministério da Saúde, com apoio da UNICEF.

O Programa Saúde da Família é considerado um modelo de atenção básica à saúde com foco na unidade familiar e construído, operacionalmente, na esfera comunitária (ANDRADE; BEZERRA; BARRETO, 2005).

A partir da portaria n.648, de 28 de março de 2006,a nomenclatura foi alterada de programa para estratégia, visto que o primeiro termo poderia dar a impressão de uma política temporal e setorial,não refletindo a verdadeira intenção política governamental de transformar o PSF em um modelo,não somente para organizar a atenção básica no SUS temporariamente, mas para estruturar o sistema público de saúde, redirecionando as prioridades de ação em saúde e consolidando os princípios organizativos do SUS. Entretanto, em virtude da universalização na utilização do termo PSF, o autor citado acha melhor continuar fazendo uso desse termo (KANTORSKI *et al.*,2009).

As equipes eram compostas por, no mínimo, um médico de família, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e seis agentes comunitários de saúde. Quando ampliada, contava ainda com: um dentista, um auxiliar de consultório dentário e um técnico em higiene dental.Atualmente, com a nova Política Nacional da Atenção Básica (2012), essa composição passou a ser de acordo com a modalidade das equipes,com médicos, enfermeiros, cirurgiões-dentistas, auxiliarem saúde bucal ou técnico em saúde bucal, auxiliar de enfermagem ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde,entre outros profissionais, em função da realidade epidemiológica,institucional e das necessidades de saúde da população. O número de ACS deve ser suficiente para cobrir 100% da população cadastrada, com um

máximo de 750 pessoas por ACS e de 12 ACS por equipe de Saúde da Família, não ultrapassando o limite máximo recomendado de pessoas por equipe.

Cada equipe de Saúde da Família deve ser responsável por, no máximo, 4.000 pessoas, sendo a média recomendada de 3.000, respeitando critérios de equidade para essa definição. Recomenda-se que o número de pessoas por equipe considere o grau de vulnerabilidade das famílias daquele território, sendo que, quanto maior o grau de vulnerabilidade, menor deverá ser a quantidade de pessoas por equipe (PNAB, 2012). A atuação das equipes ocorre, principalmente, nas unidades básicas de saúde, nas residências e na mobilização da comunidade, caracterizando-se: como porta de entrada de um sistema hierarquizado e regionalizado de saúde; por ter território definido, com uma população delimitada, sob a sua responsabilidade; por intervir sobre os fatores de risco aos quais a comunidade está exposta; por prestar assistência integral de qualidade; por realizar atividades de educação e promoção da saúde (BRASIL,2012). E, ainda, por estimular a organização das comunidades para exercer o controle social das ações e serviços de saúde; por utilizar sistemas de informação para o monitoramento e a tomada de decisões; por atuar de forma intersetorial, por meio de parcerias estabelecidas com diferentes segmentos sociais e institucionais, de forma a intervir em situações que transcendem a especificidade do setor saúde e que têm efeitos determinantes sobre as condições de vida e saúde dos indivíduos-famílias-comunidade.

Atualmente, podemos contar também com os núcleos de apoio à Saúde da Família (NASF) nos municípios. Essa proposta foi aderida pelo Município de Fortaleza, que tem como objetivo dar suporte às equipes da SF nas demais profissões, como Psicologia, Serviço Social, Farmácia, Terapia Ocupacional, Fonoaudiologia, Nutrição, Educador Físico e outras que atuarão como equipe matricial, conforme Portaria Ministerial GM Nº 154, de 24 de janeiro de 2008 (BRASIL, 2008).

De acordo com dados do Ministério da Saúde, em 2003,havia 19 mil equipes de Saúde da Família implantadas em todo território nacional, presentes em 4,4 mil municípios, representando uma cobertura de 35,7% da população brasileira, ou seja, 62,3 milhões de pessoas. Nesse mesmo ano, tinham implantadas 6,2 mil Equipes de Saúde Bucal em um total de 2,8 mil municípios, com uma cobertura populacional de 54% da população brasileira correspondente à cerca de 94 milhões de pessoas. Em 2009, a totalidade de ESF implantadas já eram 30.328, ou seja, houve um aumento de quase 600%,estando a ESF presente em 5.251 municípios e cobrindo, assim, 50,7% da população brasileira (cerca de 96 milhões de pessoas).Quanto à Saúde Bucal, também houve um aumento significativo, passando para

18.982 e presente em 2009 em 4.717 municípios (BRASIL, 2009). Esses números caracterizam essa estratégia como uma consolidação de política pública, pois somos conscientes de que tem é preciso avançar e melhorar muito, mais do que se consegue mudar positivamente a nossa realidade, comprovados por indicadores de saúde.

No estado do Ceará, a cobertura era de mais de 64,8%, com 1.632 equipes implantadas em todos os 184 municípios cearenses (BRASIL, 2009).

Fortaleza é considerada a terceira cidade do Brasil com maior cobertura da Estratégia Saúde da Família, entre os municípios com mais de 1,5 milhão de habitantes, atingindo 35% da população da capital. A cidade fica atrás apenas de Belo Horizonte, com 75% da cobertura do PSF, e Recife, com 56%. Os dados são do DataSUS, banco de dados do Sistema Único de Saúde (SUS), registrados no Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde, do Ministério da Saúde (BRASIL, 2012). Ainda de acordo com o DataSUS, Fortaleza mais que dobrou nos últimos anos o número de equipes de estratégia de Saúde da Família. A cidade passou de 101 equipes, em 2004, para 248 equipes completas, atualmente, com médicos, enfermeiros, dentistas e agentes comunitários de saúde. Além disso, existem 113 equipes da estratégia de agentes comunitários de saúde, que conta também com enfermeiros e dentistas. Ao total são 2.583 agentes de saúde atuando em toda a capital, o que a coloca em terceiro lugar também entre as cidades do país com maior número de agentes comunitários de saúde. São Paulo está em primeiro lugar, com 5.611 agentes de saúde, e Rio de Janeiro, em segundo, com 3.248 agentes.

Os avanços na atenção básica ocorreram também com a inclusão de dentistas nas equipes de estratégia de Saúde da Família. Em 2005, o município de Fortaleza não possuía dentistas nas equipes da ESF. Atualmente, são 247 equipes de saúde bucal. Ainda, em 2005, eram 109 consultórios dentários; agora, existem 162 nos postos de saúde e mais 12 nos dois Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) municipais. Para fortalecer a atenção básica na capital, Fortaleza conta ainda com 30 equipes dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), compostas por assistentes sociais, educadores físicos, fisioterapeutas, nutricionistas, psicólogos e terapeutas ocupacionais.

Em 2006, também foi realizado processo de territorialização em toda a cidade, após o concurso estadual da Estratégia Saúde da Família, com base local. Utilizaram-se os princípios da equidade para selecionar as microáreas que seriam cobertas inicialmente pela ESF, sendo priorizadas as de risco 1, já que o Município não tem uma cobertura de 100% da população

(FORTALEZA, 2006, 2007b). A cobertura pela ESF foi definida de acordo com a classificação de risco adotada pela Defesa Civil e SMS, conforme abaixo:

- Risco 1: risco maior, sem infraestrutura urbana e risco social muito alto.
- Risco 2: risco alto, mas com alguma infraestrutura urbana.
- Risco 3: risco social moderado com infraestrutura presente.
- Risco 4: ausência de risco.

Esse processo de territorialização, inicialmente, foi importante por utilizar o princípio da equidade ao priorizar as áreas caracterizadas de risco 1 para implantar a cobertura de 100%. Embora os dados colocados pelo MS coloquem a capital atualmente em uma posição positivamente de destaque na prática, pode-se observar que esse alavancar inicial foi um pouco freado, pois, mesmo com os avanços ocorridos atualmente, se formos analisar a cobertura total ainda é baixa e os processos de contratação de servidores por meio de concurso público estagnaram em 2006.

A cidade de Fortaleza é dividida atualmente em sete Secretarias Executivas Regionais (Regionais I, II, III, IV, V, VI e Centro), cada uma subdivida em várias AP's (Áreas Particulares), onde trabalham superintendentes, líderes comunitários, secretários e outros, com a função de trazer desenvolvimento para os bairros próximos a cada uma destas áreas. É uma divisão apenas do ponto de vista administrativo.

3.3 Sedentarismo

Os processos de industrialização e urbanização dos países em desenvolvimento trazem, como consequência, a diminuição do tempo destinado ao ócio, o aumento nos tempos de transporte e a intensificação das jornadas laborais (GÁMEZ *et al.*, 2000).

O sedentarismo ou, como também conceituado de inatividade física é, segundo a OMS (Organização Mundial de Saúde), o inimigo número um da saúde pública, associado a dois milhões de mortes ao ano em todo mundo e de 75% nas Américas (POZENA; CUNHA, 2009).

Segundo Kremer, Reichert e Hallal (2012), o sedentarismo pode ser tão letal quanto o tabagismo e afirma que a falta de atividades físicas foi responsável por 5,3 milhões das 57 milhões de mortes registradas no mundo em 2008, enquanto o cigarro, por sua vez, leva cerca de cinco milhões de indivíduos a óbito todos os anos, ou seja, realmente números muito

aproximados. A pesquisa considerou inatividade física como a prática de menos que 150 minutos de atividade física moderada (caminhada rápida, por exemplo) ou menos do que 60 minutos de exercícios intensos (como corrida) por semana. Os dados revelam que o sedentarismo atinge um terço da população mundial adulta (maior do que 15 anos) e é ainda mais prevalente entre os adolescentes: quatro em cinco jovens de 13 a 15 anos não atingem os níveis mínimos de atividade física. O sedentarismo se torna mais comum conforme as pessoas ficam mais velhas, atingindo mais mulheres do que homens e pessoas de países ricos. Ainda, segundo essa pesquisa, os autores colocam como um dos grandes responsáveis pela inatividade física no mundo os meios de transportes motorizados, que acabam aumentando o número de horas em que um indivíduo permanece sentado durante o dia. É muito importante que os ambientes, principalmente os públicos, estimulem a prática de atividade física.

Por conta da divulgação dessa pesquisa, muitos noticiários na época passaram a classificar o sedentarismo como uma pandemia. Nessa mesma pesquisa, os autores reforçam a importância de as autoridades dos países promoverem atividade física entre a população, ampliem o acesso das pessoas a espaços públicos onde elas possam exercitar-se e garantirem a segurança de pedestres e ciclistas. Segundo estimativas dos pesquisadores, aumentar os níveis de atividade física entre a população mundial em 10% poderia evitar mais de 500.000 mortes em todo o mundo ao ano.

Conforme a Organização Mundial da Saúde (OMS), a inatividade física é o quarto maior fator de risco para doenças crônicas, ficando atrás somente da hipertensão, do tabagismo e do colesterol alto, tendo relação direta também com causa de cânceres de mama e cólon.

No Brasil, o sedentarismo está presente em boa parte da população. Segundo Hallal *et al* (2007), estudos apontam para uma prevalência de sedentarismo, oscilando entre 26,7 e 78,2%. Neste cenário, estudo realizado pelo IBGE aponta que as mulheres (21%) praticam menos atividade física do que os homens (35,1%)(VIGITEL, 2011). Esta situação aliada a uma alimentação inadequada provoca obesidade, que é um fator também desencadeador de doenças crônicas. Não há números definidos com o custo com as doenças associadas ao sedentarismo em nosso país, mas um relatório do Banco Mundial atribuiu 66% dos gastos em saúde com doenças crônicas não transmissíveis (POZENA; CUNHA, 2009).

Diante dos dados de vários estudos, chamando atenção para o risco do sedentarismo nos nossos dias atuais, emerge uma necessidade das nossas autoridades tomarem iniciativas

de preferência na forma de políticas públicas, cujo impacto sobre a população é maior, no sentido de estimular para a prática regular de atividade física.

3.4 Atividade Física

Desde os primórdios da humanidade, possuímos relatos de atividade física, pois o homem da pré-história tinha que realizar esforços físicos extremos, como por exemplo, para caçar, em grandes migrações e fugir de predadores. Na antiga Grécia, a atividade física era realizada como ginástica, com fins bélicos. A atividade física escolar surge na Europa, no início do século XIX, na década de 1940 e, no Brasil, teve seu ingresso na área pedagógica, em 1970, com grande influência das práticas esportistas, ou seja, até essa data não temos relação direta entre atividade física e saúde (PITANGA, 2002).

Essa nova visão, com a valorização da atividade física, dá-se pela inversão das causas de morte por doenças infecciosas para doenças crônicas, como as cardiovasculares. Têm-se três teorias de modelos multicausais na determinação de agravos: teoria do germe, estilo e vida e teoria ambiental. Na teoria do estilo de vida, caracterizam-se as causas das doenças como comportamentais, sendo que as principais hipóteses seriam o estresse e o sedentarismo, estando ligadas diretamente às doenças crônico-degenerativas. Diante disso, podemos considerar a atividade física como um aliado na diminuição do risco de adoecer. Isso também se dá por existirem evidências de que a atividade física melhora a eficiência do sistema imunológico.

Evidências científicas consistentes têm sido produzidas sobre vários benefícios produzidos à saúde pela prática de atividade física. Segundo Zanchetta *et al.* (2010), pessoas que praticam atividades físicas regularmente apresentam menor risco de desenvolver doenças cardiovasculares, diabetes tipo 2, alguns tipos de câncer, obesidade e quadros de depressão e ansiedade, entre outras morbidades. Apresentam, também, menores taxas de mortalidade por doenças cardiovasculares, no total das causas. Estas constatações levaram a inatividade física a ser considerada um dos mais relevantes problemas de saúde da atualidade, pelo papel que desempenham na incidência e prevalência de doenças crônicas. Em consequência disso, a prática da atividade física tornou-se um importante recurso a ser utilizado na prevenção e controle dessas doenças, ganhando relevância nas políticas públicas propostas para a promoção da saúde. Considera-se que a diminuição da inatividade física teria um grande impacto na diminuição dos custos dos serviços de saúde e na melhoria da saúde da população.

Diante dessas evidências, em 2004, a Organização Mundial de Saúde (OMS) lançou a Estratégia Global para alimentação, Atividade Física e Saúde, como um instrumento de promoção geral da saúde para todo o mundo como uma forma de prevenção das doenças crônicas não transmissíveis. A atividade física em níveis adequados e na maioria dos ciclos de vida surge como uma das recomendações dessa estratégia (MORETTI *et al.*, 2009). Um exemplo bem sucedido no Brasil, fruto dessa política, é o Agita São Paulo, um programa de intervenção em vários níveis da comunidade, com o objetivo de aumentar o conhecimento dos benefícios e o nível de atividade física para toda a população desse estado. Sua mensagem principal é a recomendação do Center for Disease Control/American College of Sport Medicine (CDC/ACSM): “todo indivíduo deve acumular ao menos 30 minutos de atividade física, na maioria dos dias da semana, em intensidade moderada, de forma contínua ou acumulada”. Essas atividades foram incentivadas nas três situações: em domicílio, como meio de transporte e lazer (MATDUDO *et al.*, 2002).

O CDC e o Celafics elegem o comportamento em relação à atividade física como um dos iniciadores importantes para acompanhar, avaliar e promover exercícios. Nesse estudo, foi constatado que o conhecimento da atividade física e o interesse em realizar tal atividade são classificados em comportamentos contemplativos e ativos, associados ao maior número de ativos e, do inverso, os sedentários aos pré-contemplativos, que não praticam e não demonstram nenhum interesse em realizar (GÁMEZ *et al.*, 2000). O conhecimento dos benefícios produzidos pela atividade física e o interesse em praticar são fatores estimulantes importantes, que levam as pessoas a se tornarem ou se manterem ativas.

No Brasil, o Ministério da Saúde tem se preocupado com o alto índice de sedentarismo entre os brasileiros e pelas consequências comprovadamente negativas na saúde, ao criar várias políticas de incentivo à atividade física como, por exemplo, a Política Nacional da Promoção da Saúde com a escolha da temática da atividade física e práticas corporais como uma de suas prioridades, refletindo a importância conferida a um modo de viver ativo como fator de proteção da saúde.

Para a integralidade dos serviços, uma das diretrizes do SUS é a abordagem do novo cenário epidemiológico brasileiro, seguindo a tendência mundial em que as principais causas de morbidade e mortalidade remetem ao campo das doenças crônicas não transmissíveis e dos agravos, onde requer a integração entre atenção clínica e a promoção da saúde para contribuir para a melhoria da qualidade de vida da população, ampliando a resolubilidade das ações sanitárias em curso. Segundo Malta *et al.* (2009), as doenças crônicas não transmissíveis

(DCNT) são responsáveis por uma porcentagem alta de doenças no Brasil, pois diabetes, cardiopatias, neoplasia e outras representam 60% dos óbitos. A mudança do perfil epidemiológico é fruto dos processos de urbanização, da melhoria do acesso à saúde e da longevidade da população. As DCNT têm etiologias variáveis e modificáveis, como tabagismo, obesidade e inatividade física, entre outros.

Em 2007, o Ministério da Saúde lançou o programa Academia da Saúde. O projeto estimula a criação de espaços adequados para a prática de atividade física e de lazer, participando das estratégias do Governo Federal para a promoção da saúde e prevenção de doenças crônicas, como diabetes e hipertensão. Esse programa prevê a implantação de infraestruturas, denominadas polos, que possuem espaços adequados para a realização de atividades individuais e coletivas, além de equipamentos para alongamento, outras atividades físicas e de lazer, sob a orientação de profissionais qualificados. As atividades desenvolvidas podem ser de práticas corporais como ginástica, capoeira, entre outras. De acordo com Malta *et al.* (2009), o qual mostra a primeira análise dos 135 projetos financiados em 2006 pela Política Nacional de Promoção da Saúde, a maior parte (70%) das pessoas que participaram da pesquisa usa praças públicas, pistas de corridas e outros espaços públicos urbanos para inserir a atividade física no seu cotidiano.

Outra iniciativa de academias populares é o Projeto Saúde, Bombeiros e Sociedade, que compreende vários núcleos em todo o Estado do Ceará, um total de 380 Núcleos em vários bairros de Fortaleza e região metropolitana, mais de cem cidades do interior, totalizando um número superior a 80 mil participantes. O público-alvo são pessoas acima dos sessenta anos, mas há um grupo significativo de pessoas abaixo desta faixa etária (PROJETO SAÚDE BOMBEIROS E SOCIEDADE, 2011).

Esses programas buscam eliminar barreiras que impedem a maioria da população de praticar atividade física, como a inexistência de espaços públicos adequados para essa prática. O desenvolvimento dessas ações contará com a participação de profissionais da Atenção Primária à Saúde (APS) que atuam na Estratégia Saúde da Família (ESF), especialmente nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF).

As políticas que incentivam a realização de atividade física foram implementadas com foco no cidadão, porém não existem políticas para o incentivo destas práticas no nível de servidores públicos em seus locais de trabalho, ainda encontramos alguns relatos em empresas particulares.

Empresas que adotaram programas de atividade física no local de trabalho, para seus funcionários, mostraram uma redução na ausência ao trabalho, nos custos médicos e tiveram aumento da produção e melhoria dos lucros (PARSONS *et al.*,1999 apud OLBRICH *et al.*, 2009).O impacto do trabalho sobre a saúde tem sido investigado com regularidade em diversas categorias profissionais.

Apesar de toda atividade física diminuir o risco de diversos tipos de enfermidades, o CDC recomenda que as atividades físicas que realmente induzem ao bem-estar físico e psicológico são aquelas realizadas no tempo livre (GOMEZ *et al.*,2005). Nesse mesmo estudo, foi observado que a maioria das atividades físicas realizadas durante a semana foirealizada durante o período laboral.O impacto do trabalho sobre a saúde tem sido investigado com regularidade em diversas categorias profissionais.

Segundo Gámez *et al.*(2000), para a melhoria da qualidade de vida da população, é de vital importância a realização de atividade física. De acordo com Minayo, Hartz e Buss (2000): “qualidade de vida é uma noção humana e relativa de vida ligada, pelo menos, ao contexto histórico, cultural e de classes sociais, interligadas ao grau de satisfação cultural e de percepção do conforto e bem-estar”.

A maioria das pessoas relaciona prática de atividade física com melhoria da qualidade de vida (POZENA, 2009). Por esta razão, todas as iniciativas positivas, tanto de fornecer informações sobre os benefícios da atividade física, como sua inserção prática, devem ser valorizadas,pois refletem diretamente na qualidade de vida dos cidadãos.

Atualmente, na sociedade contemporânea, o trabalho vem resultando, muitas vezes, em adoecimento, ou seja, em desgaste físico e mental do trabalhador. (PIGNATI; MACIEL; RIGOTTO, 2012). Segundo Dejours (1992), é nesse ambiente que podemos compreender os acidentes de trabalho (típicos de trajeto e doenças ocupacionais) e as doenças relacionadas com o trabalho.

3.4.1 Instrumentos para avaliar atividade física.

Alguns instrumentos são utilizados em estudos sobre atividade física. Estes são divididos em três tipos principais: questionários, indicadores fisiológicos e sensores de movimento.

Os questionários utilizam informações fornecidas pelas pessoas e são utilizados com frequência em estudos que precisam alcançar grandes grupos populacionais, pois é um

instrumento preciso, de fácil aplicação e de baixo custo. Também, podem ser utilizados os indicadores fisiológicos (consumo de oxigênio, frequência cardíaca) e os sensores de movimento, que registram de forma objetiva certas características das atividades durante um período determinado, mas esses necessitam de um investimento financeiro elevado (MATSUDO *et al.*, 2001).

O instrumento que tem sido mais frequentemente utilizado em estudos epidemiológicos no Brasil é o *International Physical Activity Questionnaire* (IPAQ) ou Questionário Internacional de Atividade Física (QIAF). Este questionário foi proposto pela Organização Mundial de Saúde (1998), com o objetivo de tornar disponível um instrumento e medida de nível de atividade física que pudesse ser aplicado em diferentes regiões e culturas. O IPAQ foi validado em vários países da América Latina, inclusive no Brasil e América Central, mostrando boas propriedades de confiabilidade (HALLAL *et al.*, 2010).

O IPAQ é um questionário que permite estimar o tempo semanal gasto em atividades físicas de intensidade moderada e vigorosa, em diferentes contextos do cotidiano, como: trabalho, transporte, tarefas domésticas e lazer, além do tempo despendido em atividades passivas, realizadas na posição sentada. O questionário foi publicado na versão curta e na versão longa.

A versão curta do IPAQ é composta por sete questões abertas e suas informações permitem estimar o tempo despendido, por semana, em diferentes dimensões de atividade física (caminhadas e esforços físicos de intensidades moderada e vigorosa) e de inatividade física (posição sentada). A versão longa do IPAQ apresenta 27 questões relacionadas com as atividades físicas, realizadas numa semana normal, com intensidade vigorosa, moderada e leve, com a duração mínima de 10 minutos contínuos, distribuídas em quatro dimensões de atividade física (trabalho, transporte, atividades domésticas e lazer) e do tempo despendido por semana na posição sentada. (BENEDETTI *et al.*, 2013).

A forma curta é, geralmente, melhor aceita pelos participantes, pois a forma longa se torna repetitiva para responder, segundo alguns pesquisados. O critério adotado pelo questionário foi a atividade física total *versus* CSA total (*counts*/tempo registrado). Para determinar a porcentagem da amostra que pratica atividade física, foi utilizada a recomendação de, pelo menos, 30 minutos por dia, na maior parte dos dias da semana. Foi calculada para a análise a soma de pelo menos 150 minutos por semana de atividade física de intensidade, pelo menos, moderada. Para atividades físicas vigorosas, o critério foi de pelo menos 3 (três) sessões de 20 (vinte) minutos por semana (MATSUDO *et al.*, 2001).

A intenção original dos criadores do IPAQ foi determinar os níveis de atividade física ao longo dos sete dias que antecedem a entrevista. A recomendação deve ser aplicada para adultos de idade entre 18 a 65 anos, porém já foram realizados estudos na Colômbia e no Brasil incluindo idosos e não foi relatado nenhum problema, mas é recomendado fazer algumas adaptações culturais em algumas perguntas (HALLAL *et al.*, 2010). Com isso, observamos que o IPAQ é um questionário já validado, amplamente utilizado em várias pesquisas e com grau de confiabilidade confirmado.

3.5 Profissionais de saúde: condições de trabalho e saúde

Após a segunda metade do século XX, com o advento da terceira Revolução Industrial (globalização), surgem novos desafios para o campo da saúde do trabalhador. A globalização se caracteriza por processos de trabalho e mercados mais flexíveis, com mobilidade geográfica mundial rápida (PIGNATI; MACIEL; RIGOTTO, 2012). Uma das principais consequências da globalização é a grande competição do mercado livre, que acarreta a necessidade de produzir mais e diminuir os custos da produção. Este fato acarreta consequências negativas ao processo de trabalho, por exemplo: substituição da mão-de-obra por máquinas, barateamento dessa mão-de-obra e precarização das condições de trabalho.

Com a diminuição dos empregos no setor industrial e aumento no setor terciário (serviços), acreditava-se que a ocorrência de acidentes de trabalho iria diminuir, já que sempre foram mais concentrados no setor industrial, entretanto, devido à cobrança e pressão psicológica ter aumentado, surgiram os transtornos psíquicos relacionados ao trabalho.

A fim de obter altos ganhos de produtividade e a busca do lucro, o desemprego e a terceirização têm levado a condições precárias de trabalho e a um crescente aumento do setor informal, geralmente, associado à falta de garantias trabalhistas aos trabalhadores, sendo, atualmente, uma das maiores preocupações do campo da saúde do trabalhador.

Os trabalhadores de saúde são considerados todos aqueles que se inserem direta ou indiretamente na prestação de serviços de saúde, seja no setor público ou privado, no interior dos estabelecimentos de saúde ou em atividades de saúde, podendo deter ou não formação específica para o desempenho de funções inerentes à área, pois a principal característica para definição de quem são esses profissionais é o vínculo de trabalho e não sua formação (PAIM, 1994; BARBOSA; ASSUNÇÃO; ARAÚJO, 2012).

Os trabalhadores da saúde nem sempre são vistos pelas políticas públicas como trabalhadores, sendo apenas encarados como instrumentos para prover os serviços, onde não é percebido que sua saúde e sua vida podem ser influenciadas por suas condições de trabalho. Segundo Assunção e Belisário (2007), os trabalhadores de saúde, além de enfrentarem as dificuldades extrínsecas à atividade, ainda lidam com as incertezas oriundas da relação com o usuário, instância típica do trabalho em saúde.

A qualidade do cuidado à saúde depende da maneira pela qual o sistema encara as necessidades e a subjetividade dos trabalhadores (LACAZ, 2000).

Atualmente, o estresse está presente no cotidiano de todos e não poderia ser diferente com os profissionais de saúde que, além da sua grande carga de trabalho, ainda têm suas responsabilidades pessoais. Quando esse estresse se torna crônico e associado ao trabalho, é denominado Síndrome de Burnout, evidenciada pelo desgaste emocional, despersonalização e sentimento de incompetência. Isso ocorre quando o indivíduo não possui mais recursos para enfrentar as situações e conflitos laborais. (MASLACH; JACKSON, 1991 *apud* TRINDADE *et al.*, 2010). O conceito mais aceito dessa síndrome é a que considera como uma reação à tensão emocional crônica por lidar excessivamente com pessoas. Possui três características básicas: a exaustão emocional, a despersonalização e a baixa realização no trabalho (TRINDADE *et al.*, 2010). Estudos sobre o tema confirmam a prevalência dessa síndrome entre os trabalhadores da saúde, principalmente aqueles com idade inferior a trinta anos. Este fator está atribuído à inexperiência profissional, acarretando insegurança e choque com a diferença entre a teoria e a realidade encontrada no campo de trabalho (LAUTERT, 2001).

Outra patologia associada ao trabalho e prevalente entre os trabalhadores de saúde são os distúrbios musculoesqueléticos. Em um estudo realizado por Barbosa, Assunção e Araújo (2012), verificou-se que maiores prevalências de distúrbio musculoesquelético foram verificadas entre os trabalhadores de saúde que não participam de atividade de lazer, entre os que não praticam atividades físicas. Quanto às características do trabalho, foi maior a prevalência do distúrbio nos profissionais que declararam condições de trabalho inadequado. Foi confirmada que a ausência da prática de atividade física está associada à maior prevalência do distúrbio musculoesquelético entre os profissionais. Quando realizada, foi associada à influência positiva sobre sono e efeito protetor contra o estresse.

Os distúrbios musculoesqueléticos são responsáveis por elevados índices de absenteísmo e incapacidade temporária ou permanente, com reflexos negativos também para a qualidade dos serviços de saúde prestados. A dor é o principal sintoma desse distúrbio, tem

origem multifatorial e é prevalente entre os trabalhadores da saúde. Estão associados a fatores biomecânicos, movimentos repetitivos, fatores psicossociais e a características individuais, como idade, sexo, comportamentos (tabagismo, sedentarismo) e comorbidades (BARBOSA; ASSUNÇÃO; ARAÚJO, 2013).

Quanto aos locais de trabalho, vem se registrando uma incidência cada vez maior de maus tratos e violência, colocando em risco a dignidade pessoal e a autoestima, com implicações diretas sobre a qualidade de vida do profissional, por refletir negativamente na prestação do serviço. O Conselho Internacional de Enfermagem tem identificado, a partir de 1993, crescente risco de violência nos locais de trabalho. Estudos mostram que os profissionais sofrem muito mais violência psicológica do que física, com diferenças que variam de acordo com o tipo de ocupação e idade dos sujeitos, o horário de trabalho e o tipo de atendimento realizado.

Segundo Siqueira (2009), as condições de trabalho dos profissionais de saúde ligados a ESF foram consideradas precárias, pois o trabalho é realizado com ausência de direitos trabalhistas e previdenciários, ausência de concurso ou processo seletivo público.

O aumento do nível de atividade física da população pode contribuir indiretamente para ganhos em outros setores vitais para o desenvolvimento humano e o progresso econômico (PARDINI *et al.*, 2001).

Embora as características pessoais dos trabalhadores não sejam mudadas, os elementos relacionados ao nível individual podem ser modificados, com a finalidade de melhorar as condições de trabalho e reduzir os efeitos sobre o trabalhador. Entre elas, destacamos as condições do emprego, o incentivo aos hábitos e comportamentos saudáveis, como atividades físicas.

4 METODOLOGIA

4.1 Tipo do Estudo e Período de Execução

Trata-se de um estudo transversal, de natureza quantitativa, realizado no período de agosto de 2012 até abril de 2014.

4.2 População e Local do Estudo

De acordo com dados fornecidos pela Secretaria Municipal de Saúde do Município de Fortaleza, a população foi composta por **1582** profissionais de saúde que atuam em seis Secretarias Regionais de Fortaleza/CE. Na tabela 1, pode-se observar a distribuição dos profissionais de saúde pelas SR.

Não foram incluídos nessa amostra os agentes comunitários de saúde, porque, de acordo com o conceito de Pitanga (2002), que inclui deslocamento de trabalho como atividade física, este aspecto já os caracterizaria como praticantes de atividade física, já que o deslocamento dentro das suas microáreas é fator inerente a sua função.

Para a especificação do tamanho da amostra, considerou-se o plano amostral segundo amostragem aleatória estratificada proporcional, com $P_k = 1/2$ para cada um dos cinco estratos, ou seja, as tipicidades dos profissionais; nível de confiança $(1-\alpha) = 0,95$ e erro de amostragem igual a 5,0%.

O cálculo do tamanho da amostra foi definido por:

$$n = N \frac{\sum_{k=1}^8 \frac{N_k^2 P_k (1 - P_k)}{N_k - 1}}{\frac{N^2 d^2}{z^2} + \sum_{k=1}^8 \frac{N_k^2 P_k (1 - P_k)}{N_k - 1}},$$

onde:

N: número total de profissionais;

N_k : tamanho da população do estrato k, k=1,2,3,4,5,6

P_k : estimativa da proporção populacional no estrato k da principal característica a ser estudada;

d: erro de amostragem;

z: valor crítico da distribuição normal padrão, para o nível de 95% de confiança;

n: tamanho da amostra.

A alocação da amostra para cada extrato foi realizada utilizando a alocação proporcional, por exemplo, na SER I, o total de médicos foi de 38, o que corresponde a 2% do total dos profissionais existentes (n=1.582), logo, aproximadamente 2% da amostra estaria alocada nesse extrato (Tabela 1).

Para compor a amostra, foram inicialmente sorteadas duas UAPS de cada SER. O total de profissionais a serem entrevistados foi dividido pelas duas unidades de saúde, respeitando a sua distribuição por categoria profissional. Se o número ficasse abaixo do calculado para determinada regional, era sorteada outra UAPS até completar o número de profissionais por categorias específicas.

De acordo com o cálculo amostral, devem ser entrevistados 369 indivíduos, entre profissionais e técnicos de saúde, sendo: 55 médicos, 90 enfermeiros, 75 dentistas, 88 técnicos e auxiliares de enfermagem, 61 técnicos e auxiliares de saúde bucal, integrantes da Estratégia Saúde da Família.

O critério de inclusão estabelecido para entrada no estudo foi que o profissional ou técnico de saúde fosse vinculado à Estratégia Saúde da Família, que estivesse exercendo suas funções no período da coleta de dados, tendo assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

TABELA 1- Distribuição dos profissionais e técnicos de saúde pelas Secretarias Executivas Regionais do município de Fortaleza e número de indivíduos a serem entrevistados. Fortaleza-CE, 2013.

		Número de Profissionais e técnicos de saúde	% do Total de Profissionais amostrados	Número de indivíduos a serem entrevistados
SER 1	Médicos	38	2%	9
	Enfermeiros	57	4%	14
	Auxiliares	48	3%	12
	Dentistas	46	3%	11
	ASB	30	2%	7
Total SR1		219	14%	53
SER 2	Médicos	25	2%	6
	Enfermeiros	46	3%	11
	Auxiliares	49	3%	12
	Dentistas	44	3%	11
	ASB	33	2%	8
Total SR2		197	12%	48
SER 3	Médicos	37	2%	9
	Enfermeiros	65	4%	16
	Auxiliares	63	4%	15
	Dentistas	59	4%	14
	ASB	42	3%	10
Total SR3		266	17%	65
SER 4	Médicos	26	2%	6
	Enfermeiros	41	3%	10
	Auxiliares	40	3%	10
	Dentistas	39	2%	10
	ASB	33	2%	8
Total SR4		179	11%	44
SER 5	Médicos	55	3%	13
	Enfermeiros	87	5%	21
	Auxiliares	90	6%	22
	Dentistas	62	4%	15
	ASB	59	4%	14
Total SR5		353	22%	86
SER 6	Médicos	60	4%	12
	Enfermeiros	90	6%	18
	Auxiliares	86	5%	17
	Dentistas	70	4%	14
	ASB	62	4%	12
Total SR6		368	23%	73
Total Profissionais		1582		369

4.3 Instrumento da Coleta de Dados

Foram utilizados dois instrumentos de pesquisa. O primeiro foi um questionário onde constavam as variáveis relativas a: a) Categoria profissional: médico, enfermeiro, dentista, auxiliar e técnico de enfermagem e auxiliar Saúde Bucal; b) Aspectos demográficos: sexo, idade, estado civil, peso e altura; c) Tempo dedicado a UAPS: anos de serviço, jornada de trabalho diária ou semanal; d) exercício de outras atividades profissionais fora da UAPS: anos de serviço, jornada de trabalho diário ou semanal; e) Hábitos sociais: uso de álcool, tabaco e/ou drogas ilícitas; f) Condições de saúde do profissional ou técnico de saúde: incapacidade física, presença de doença crônico-degenerativa.

O segundo instrumento é o Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ), na forma curta, tendo como referência a última semana, contendo perguntas em relação à frequência e duração da realização de atividades físicas classificadas em moderadas, vigorosas e de caminhada.

O sedentarismo foi determinado pela classificação do nível de atividade física IPAQ (*International Physical Activity Questionary*). Pelo IPAQ, o indivíduo pode ser classificado em quatro categorias:

I. MUITO ATIVO: aquele que cumpriu as recomendações de:

- a) VIGOROSA: ≥ 5 dias/sem e ≥ 30 minutos por sessão ou
- b) VIGOROSA: ≥ 3 dias/sem e ≥ 20 minutos por sessão + MODERADA ou CAMINHADA: ≥ 5 dias/sem e ≥ 30 minutos por sessão.

II. ATIVO: aquele que cumpriu as recomendações de:

- a) VIGOROSA: ≥ 3 dias/sem e ≥ 20 minutos por sessão; ou
- b) MODERADA ou CAMINHADA: ≥ 5 dias/sem e ≥ 30 minutos por sessão; ou
- c) Qualquer atividade somada: ≥ 5 dias/sem e ≥ 150 minutos/sem (caminhada + moderada + vigorosa).

III. IRREGULARMENTE ATIVO: aquele que realiza atividade física, porém, de forma insuficiente para ser classificado como ativo, pois não cumpre as recomendações quanto à frequência ou duração. Para realizar essa classificação, soma-se a frequência e a duração dos diferentes tipos de atividades (caminhada + moderada + vigorosa).

IV. SEDENTÁRIO: aquele que não realizou nenhuma atividade física por pelo menos 10 minutos contínuos durante a semana.

Consideramos praticantes de atividade física os profissionais que se encontraram na classificação de muito ativo e ativo, conseqüentemente, sedentários aqueles que estiveram na classificação de irregularmente ativo e sedentário.

4.4 Coleta de Dados

A coleta de dados ocorreu nas Unidades de Atenção Primária à Saúde, no período de novembro de 2013 a janeiro de 2014, em horário normal de expediente (manhã, tarde e noite), tendo como interlocutor a pesquisadora. Após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, foram entregues os instrumentos de pesquisa para autopreenchimento. A pesquisadora ficou à disposição dos entrevistados para tirar dúvidas, aguardando a devolução dos questionários. Na ocasião da entrega, a pesquisadora fez supervisão e controle da qualidade dos questionários.

4.5 Análises dos Dados

Os dados foram armazenados no programa Microsoft Office Excel 2007, com dupla entrada dos dados e checagem de erros na introdução dos mesmos, analisados pelo programa estatístico IBM SPSS *Statistics* versão 20.0.

Na análise descritiva, os resultados foram expressos em frequência absoluta e relativa. Nas investigações das características das variáveis em estudo associadas ao sedentarismo, o teste do qui-quadrado foi utilizado, com nível de significância $p < 0,05$. Utilizou-se, ainda, *oddsratio* para mensurar o grau de associação entre as variáveis, com seus respectivos intervalos de confiança.

Na análise multivariada, para serem incluídas na etapa de ajuste do modelo de regressão logística, as variáveis precisaram apresentar significância estatística $p < 0,20$. As características foram agrupadas em três blocos: sociodemográficas, relacionadas ao trabalho e clínicas. Desses blocos, foram selecionadas as características que permaneceram significantes para explicar o sedentarismo no modelo final da análise. O critério estabelecido nesta etapa de análise para as variáveis permanecerem no modelo foi de $p < 0,05$.

No intuito de melhorar a visualização das tabelas, fizemos algumas alterações em algumas variáveis. Na variável “outro” que se referia ao estado civil, de acordo com as respostas dos entrevistados, especificamos para separados/viúvos. A partir da tabela 5, associamos os trabalhadores de nível médio e técnico de enfermagem e da odontologia em uma única categoria, intitulada auxiliar/técnico, dicotomizamos a variável fumar em fumantes e não-fumantes (ex-fumantes e que nunca fumaram), o mesmo aconteceu com o IMC, onde agrupamos os de peso baixo e peso normal como normal; sobrepeso e obesos, em excesso de peso.

4.6 Aspectos Éticos

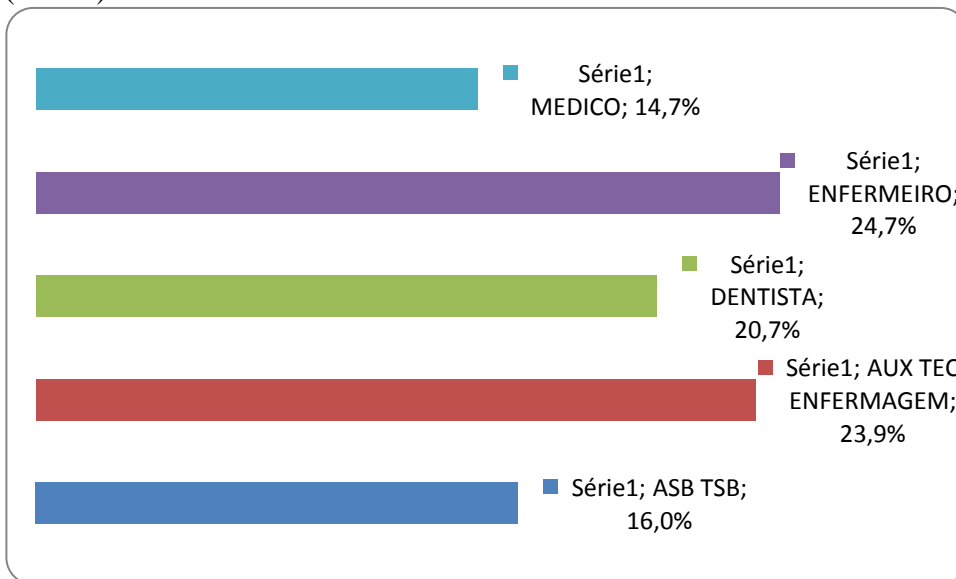
No que tange às considerações éticas, a pesquisa se desenvolveu respeitando a Resolução nº466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, sendo resguardado o sigilo, o anonimato, assim como os princípios da bioética: da autonomia, da beneficência e da não-maleficência.

O projeto foi submetido à avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa da UFC (Universidade Federal do Ceará) através da Plataforma Brasil. Na abordagem ao indivíduo entrevistado, foram prestados todos os esclarecimentos sobre a pesquisa e os questionários foram entregues após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

5 RESULTADOS

Neste estudo, buscou-se avaliar os profissionais da ESF distribuídos nas seis secretarias regionais que abrangem todo o território do município de Fortaleza. Foi visitado um total de 60(sessenta) UAPS para alcançar o número proporcional de profissionais, conforme a categoria profissional.

GRÁFICO 1 – Distribuição dos profissionais entrevistados, segundo sua categoria profissional (n=368).



O gráfico mostra a porcentagem de profissionais de saúde, de acordo com suas categorias profissionais, distribuídos no município de Fortaleza. Percebe-se que a categoria profissional com mais profissionais representados foi a da enfermagem.

5.1 Características Socioeconômicas dos Profissionais de Saúde

Com relação às características demográficas (Tabela 2), a maior parte dos profissionais de saúde é do sexo feminino (84,5%). A faixa de idade variou de 19 a 68 anos (média= 39,1; DP±8,99), sendo que as pessoas com idade menor que 40 anos (58,0%) foram maioria. Também, destaca-se o fato de que 2,7% dos entrevistados estavam na faixa maior ou igual a 60 anos. Os casados/união estável (63,3%), os que possuíam até dois filhos (49,2%) e com nível superior de escolaridade se destacaram no estudo.

TABELA 2 - Características sociodemográficas dos profissionais de saúde. Fortaleza-Ceará (2013-2014).

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS	N	%	
Sexo			
Masculino	57	15,5%	
Feminino	310	84,5%	
Faixa etária			
Menor que 40 anos	213	58,0%	
40 a 59 anos	144	39,2%	
60 anos ou mais	10	2,7%	
Situação conjugal			
Solteiro	114	31,0%	
Casado/união estável	233	63,3%	
Separado/viúvo	21	5,7%	
Filhos			
Não	137	37,2%	
	Até 2 filhos	181	49,2%
Sim	> 2 filhos	40	10,9%
	Não informou	10	2,7%
Escolaridade			
Ens. Fundamental	5	1,4%	
Ens. Médio/Técnico	38	10,8%	
Ens. Superior	309	87,8%	

No que diz respeito à carga de trabalho semanal e envolvimento em outra atividade profissional, 67,7% tinham jornada de trabalho com até 40 horas semanais (Gráfico 2) e 44,8% estavam envolvidos em outras atividades, além da ESF (Gráfico 3).

GRÁFICO 2 - Carga horária semanal dos profissionais de saúde (n=368).

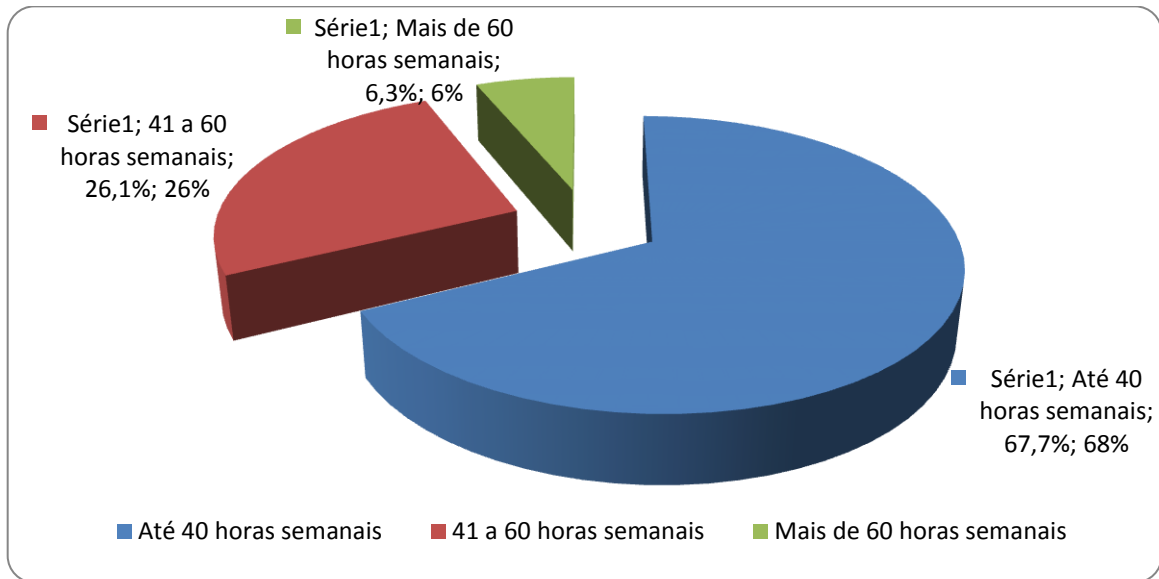
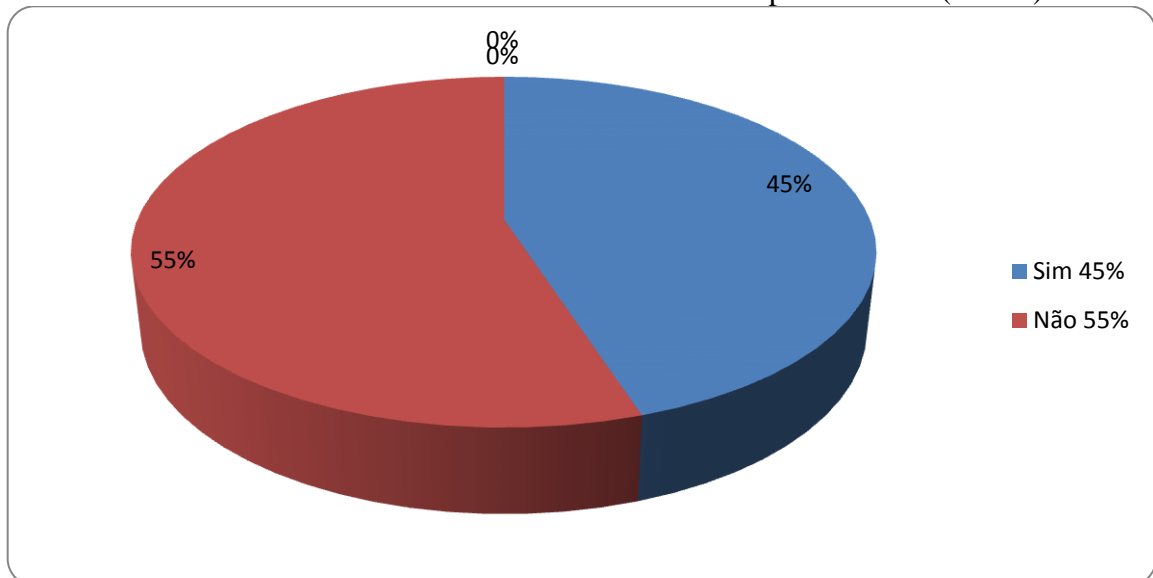


GRÁFICO 3 – Envolvimento em outras atividades profissionais (n=368).



Na tabela 3, pode-se observar que a grande maioria dos profissionais de saúde não é portadora de deficiência física (97,8%) e que um número reduzido apresenta alguma doença crônica (17,9%). Com relação aos hábitos sociais, 86,7% não fumavam e 70,4% não bebiam. A maioria percebia seu estado de saúde como bom (58,0%).

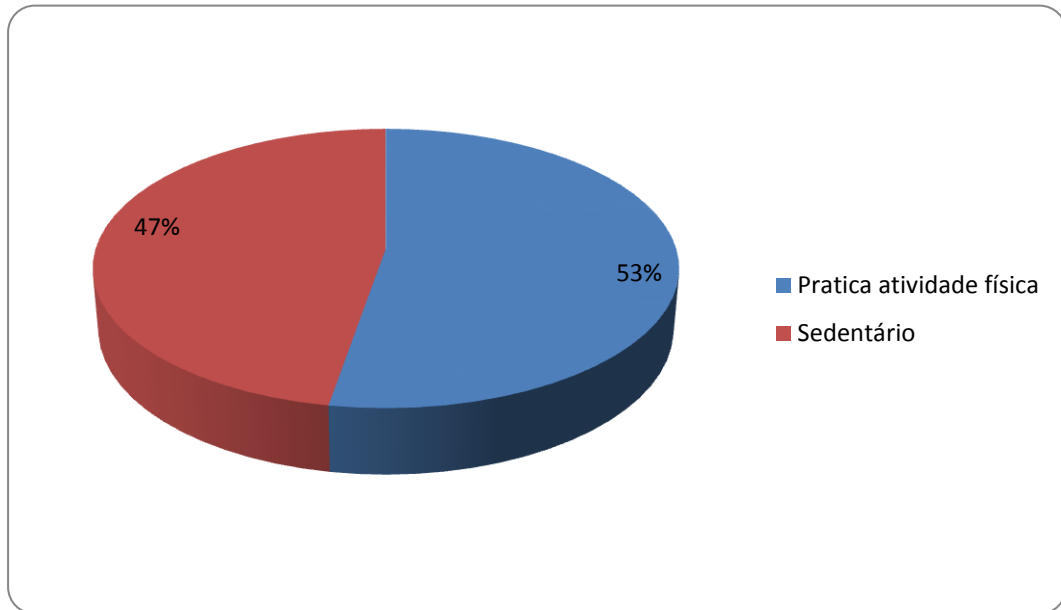
TABELA 3- Características clínicas dos profissionais de saúde com relação a ser portador de deficiência física, referir doença crônica, hábitos sociais, percepção do seu estado de saúde e IMC.Fortaleza-Ceará (2013-2014).

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS	N	%
Deficiência física		
Sim	8	2,2%
Não	360	97,8%
Doença crônica		
Sim	66	17,9%
Não	302	82,1%
Fuma		
Fumante	11	3,0%
Ex fumante	39	10,6%
Nunca fumou	317	86,4%
Bebe		
1 a 3 vezes/semana	95	26,5%
4 ou mais vezes/semana	4	1,1%
Raramente	7	2,0%
Não bebe	253	70,4%
Estado de saúde		
Excelente	51	14,1%
Muito bom	101	27,9%
Bom	210	58,0%
IMC		
Baixo peso	3	80,0%
Peso normal	165	45,3%
Sobrepeso	121	33,2%
Obesidade grau I	58	15,9%
Obesidade grau II	10	2,7%
Obesidade grau III	7	1,9%

A tabela, ainda, traz o índice de massa corpórea dos profissionais de saúde. Observa-se que boa parte tem peso normal (45,3%), mas se somarmos as categorias sobrepeso e obesos, estes passam a ser a maioria (53,7%), encontrando-se um IMC muito alto: de 68,9.

O próximo gráfico traz a classificação dos profissionais segundo o IPAQ, onde o muito ativo e o ativo são considerados praticantes de atividade física e os irregularmente ativos e sedentários são considerados sedentários pela metodologia do presente estudo.

GRÁFICO 4- Classificação dos profissionais de saúde, segundo IPAQ, sobre atividade física. Fortaleza-Ceará (2013-2014).



Por fim, em consonância com o nível de atividade física, constatou-se que pouco mais da metade era composta por ativos 194(52,7%), enquanto os inativos eram 174 (47,3%), considerando quase metade da amostra formada por sedentários.

5.2 Considerando a dicotomização (ativo e sedentário) e o comportamento frente às variáveis pesquisadas

TABELA 4 - Associação entre características sociodemográficas dos profissionais e prática de atividade, de acordo com o IPAQ. Fortaleza-Ceará (2013-2014).

CARAC. SOCIODEM.	SEDENTÁRIO		PRÁTICA ATIVIDADE FÍSICA		p-valor*
	F	%	F	%	
Sexo					
Masculino	26	15,0%	31	16,0%	0,802
Feminino	147	85,0%	163	84,0%	
Faixa etária					
Menor que 40 anos	113	64,9%	100	51,8%	0,031
40 a 59 anos	56	32,2%	88	45,6%	
60 anos ou mais	5	2,9%	5	2,6%	
Situação conjugal					
Solteiro	50	28,7%	64	33,0%	0,012
Casado/união estável	120	69,0%	113	58,2%	
Separado/viúvo	4	2,3%	17	8,8%	
Filhos					
Sim	114	65,5%	117	60,3%	0,302
Não	60	34,5%	77	39,7%	
Escolaridade					
Ens. Fundamental	2	1,1%	3	1,5%	0,243
Ens. Médio/Técnico	20	11,5%	34	17,5%	
Ens. Superior	152	87,4%	157	80,9%	

*Teste qui-quadrado.

Com relação às características sociodemográficas, o sedentarismo foi maior entre as mulheres (85%); indivíduos na faixa etária menor que 40 anos (64,9%); entre os casados/união estável (69%); com filhos (65,5%) e com nível educacional superior (87,4%). Faixa etária ($p=0,031$) e situação conjugal ($p=0,012$) apresentaram associação estatística significativa com o sedentarismo.

TABELA 5 - Associação entre características do trabalho dos profissionais e prática de atividade, de acordo com o IPAQ. Fortaleza – CE, 2013-2014.

	Sedentário		Pratica atividade física		p-valor*
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	
Profissão					
Enfermeiro	58	33,3%	33	17%	0,000
Médico	28	16,1%	26	13,4%	
Dentista	42	24,1%	34	17,5%	
Auxiliar/técnico	46	26,4%	101	52,1%	
Outra ocupação?					
Sim	92	52,9%	72	37,5%	0,003
Não	82	47,1%	120	62,5%	
Carga horária semanal					
Até 40 horas	104	59,8%	145	74,7%	0,007
41 a 60 horas	58	33,3%	38	19,6%	
Mais de 60 horas	12	6,9%	11	5,7%	

*Teste qui quadrado.

Enfermeiros (33,3%), auxiliares/técnicos (26,4%)e dentistas (24,1%) apresentaram porcentagem maiores na classificação “sedentários” em relação aos médicos (16,1%) (Tabela 5). Evidenciou-se associação estatística entre profissão e sedentarismo ($p=0,000$).Os profissionais que declararam ter outra ocupação além da UAPS(52,9%) e a carga horária semanal até 40 horas (59,8%) também se associaram ao sedentarismo ($p<0,05$).

TABELA 6 - Associação entre características clínicas dos profissionais e prática de atividade de acordo com o IPAQ. Fortaleza – CE, 2013-2014.

Características clínicas	Sedentário		Prática atividade física		p-valor*
	f	%	f	%	
Deficiência física					
Sim	05	2,9%	03	1,5%	0,383
Não	169	97,1%	191	98,5%	
Doença crônica					
Sim	32	18,4%	34	17,5%	0,829
Não	142	81,6%	160	82,5%	
Fuma					
Sim	4	2,3%	7	3,6%	0,456
Não	170	97,7%	186	96,4%	
Bebe					
Regularmente	48	28,7%	51	26,7%	0,760
Raramente	115	68,9%	137	71,7%	
Não bebe	4	2,4%	03	1,6%	
Estado de saúde					
Excelente	22	12,9%	29	15,2%	0,149
Muito bom	56	32,7%	45	23,6%	
Bom	93	54,4%	117	61,3%	
IMC					
Normal	81	46,8%	87	45,5%	0,808
Excesso de peso	92	53,2%	104	54,5%	

*Teste qui-quadrado; ** Razão de verossimilhança.

Com relação às características clínicas, a porcentagem de sedentários foi maior entre os que declararam não serem portadores de deficiência física (97,1%); não apresentarem doença crônica (81,6%); entre os que não fumam (97,7%); entre os que bebem raramente (68,9%); com autoafirmação de estado de saúde bom (54,4%) e com excesso de peso (53,2%).

De todas as características presentes na Tabela 6, nenhuma apresentou associação significativa para o sedentarismo.

Para serem incluídas na etapa de ajuste do modelo da regressão logística, as variáveis precisam apresentar significância estatística $p < 0,20$. Desta forma, entre as características sociodemográficas (bloco 1), foram selecionadas a faixa etária ($p = 0,031$) e a situação conjugal ($p = 0,012$). Nas características ligadas ao trabalho (bloco 2), foram selecionadas profissão ($p = 0,000$), “outra ocupação” ($p = 0,003$) e carga horária semanal ($0,007$).

Nas características clínicas (bloco 3),foi selecionada apenas a variável estado de saúde (p=0,149).

TABELA 7 -Análise multivariada das características sociodemográficas (BLOCO 1), do trabalho (BLOCO 2) e clínicas (BLOCO 3) associadas ao sedentarismo em profissionais de saúde. Fortaleza-CE, 2013-2014.

Variáveis	p*	OR bruto (IC95%)	p*	OR ajustado (IC95%)
BLOCO 1				
Faixa etária				
Menor que 40 anos	0,032	1,00	0,035	1,00
40 a 59 anos	0,009	1,78 (1,16-2,73)	0,012	1,76 (1,13-2,72)
60 anos ou mais	0,850	1,13 (0,32-4,02)	0,766	0,81 (0,21-3,17)
Situação conjugal				
Solteiro	0,019	1	0,016	1,00
Casado/união estável	0,182	0,74 (0,47-1,15)	0,101	0,68 (0,43-1,08)
Separado/viúvo	0,041	3,32 (1,05-10,49)	0,069	3,01 (0,92-9,88)
BLOCO 2				
Profissão				
Enfermeiro	0,000	1,00	0,000	1,00
Médico	0,160	1,63 (0,82-3,23)	0,126	1,71 (0,86-3,41)
Dentista	0,267	1,42 (0,76-2,65)	0,261	1,44 (0,76-2,72)
Auxiliar/técnico	0,000	3,86 (2,22-6,70)	0,000	3,53 (1,91-6,51)
Outra ocupação?				
Sim		1,00		1,00
Não	0,003	1,87 (1,23-2,84)	0,464	1,27 (0,67-2,39)
Carga horária semanal				
Até 40 horas	0,008	1,00	0,994	1,00
41 a 60 horas	0,002	0,47 (0,29-0,76)	0,933	0,97 (0,47-2,00)
Mais de 60 horas	0,337	0,66 (0,28-1,55)	0,982	1,01 (0,36-2,82)
BLOCO 3				
Estado de saúde				
Excelente	0,151	1,00	0,151	1,00
Muito bom	0,153	0,61 (0,31-1,20)	0,153	0,61 (0,31-1,20)
Bom	0,882	0,95 (0,52-1,77)	0,882	0,95 (0,52-1,77)

*p: nível de significância do teste qui-quadrado de Pearson; OR: *oddsratio*; IC: intervalo de confiança.

A faixa etária de 40 a 59 anos apresentou-se como variável significativa na associação com o sedentarismo(p=0,012), aumentando em1,78 vezes as chances de desenvolver o sedentarismo em comparação aos indivíduos com menos de 40 anos. Estado civil “separado/viúvo” apresentou associação significativa no primeiro momento

($p=0,041$),mas perdeu a significância na etapa de ajuste ($p=0,069$). Esta variável aumentou em 2,32 vezesas chances de desenvolver o sedentarismo em comparação aos solteiros. As demais variáveis desse bloco não apresentaram associação significativa.

No bloco 2, observa-se a profissão de auxiliar/técnico ($p=0,000$) que apresentou significância com sedentarismo, aumentando em 3,53 vezes as chances de se desenvolver esse mal hábitoentre os enfermeiros. Os que declararam não ter outra ocupação, também apresentaram uma associação significativa com o sedentarismo e, em comparação aos que só trabalham na UAPS, apresentaram 1,87 mais chances de desenvolver o sedentarismo, porém, na etapa de ajuste, não foi evidenciada esta associação ($p=0,464$). Ainda, a carga horária para trabalhar de 41 a 60 horas semanais apresentou significância estatística ($p=0,002$) na associação com o sedentarismo, entretanto, na etapa de ajuste, não permaneceu significativa ($p=0,993$).

No bloco 3, com relação à autopercepção do estado de saúde, evidenciou-se que esta variável não apresentou associação significativa com o desfecho, não permanecendo no modelo.

Ao ser analisado o efeito das variáveis em blocos sobre o sedentarismo pelas características sociodemográficas (bloco1), permaneceu significativa somente a faixa etária de 40a 59 anos ($p=0,002$). Entretanto, optou-se em manter também a variável situação conjugal por sua proximidade com o p-valor significativo ($p=0,069$ para situação conjugal separado/viúvo).

Ao ser analisado o efeito das variáveis em blocos sobre o sedentarismo pelas características do trabalho (bloco 2), permaneceu significativa ser auxiliar/técnico($p=0,000$).

Ao ser analisado o efeito das variáveis em blocos sobre o sedentarismo pelas características clínicas (bloco 3), nenhuma característica permaneceu significativa.

Na tabela a seguir,apresentam-se as características que permaneceram no modelo final da análise. Realizou regressão logística múltipla com os blocos 1 e 2,que apresentaram $p<0,05$ na etapa de ajuste entre os blocos.

TABELA 8 - Modelo final das variáveis preditoras do sedentarismo em profissionais de saúde. Fortaleza- CE, 2013-2014.

Variáveis	p*	OR AJUSTADO (IC95%)
Faixa etária		
Menor que 40 anos	0,064	1,00
40 a 59 anos	0,031	1,67 (1,05-2,67)
60 anos ou mais	0,538	0,64 (0,16-2,63)
Situação conjugal		
Solteiro	0,027	1,00
Casado/união estável	0,391	0,81 (0,50-1,31)
Separado/viúvo	0,029	3,94 (1,15-13,46)
Profissão		
Enfermeiro	0,000	1,00
Médico	0,056	2,02 (0,98-4,15)
Dentista	0,185	1,55 (0,81-2,98)
Auxiliar/técnico	0,000	4,07 (2,29-7,23)

R²=0,23 (Hosmer e Lemeshow), 0,11 (Cox & Snell), 0,15 (Nagelkerke). X² do modelo= 43,05, p=0,000

No modelo final, permaneceu a faixa etária de 40 a 59 anos (p=0,031), situação conjugal solteiro (p=0,027) e separado/viúvo (p=0,029), profissão enfermeiro (p=0,000) e auxiliar/técnico (p=0,000). O modelo explicou 66,2% dos casos.

6 DISCUSSÃO

O presente trabalho traça o perfil dos trabalhadores e profissionais de saúde que desenvolvem suas atividades na Estratégia Saúde da Família, em unidades do município de Fortaleza, quanto à prática de atividades físicas e o sedentarismo.

Os resultados mostram que a prevalência de sedentarismo é 47,3% e afeta, principalmente, pessoas do sexo feminino; na faixa etária menor que 40 anos; casado/união consensual; com filhos; com escolaridade superior; maior entre os enfermeiros; indivíduos com outra ocupação; com carga horária de até 40 horas; que não apresentavam deficiência física ou doença crônica; não-fumantes e que raramente bebem; que classificaram seu estado de saúde como bom; e com excesso de peso. Na análise multivariada, apenas permaneceram como possíveis fatores determinantes do sedentarismo estar na faixa etária entre 40 e 59 anos, ser separado/viúvo e ser do grupo de trabalhadores da saúde (auxiliares/técnicos).

A prevalência de sedentarismo encontrada contrasta com o único estudo desenvolvido com profissionais de saúde da atenção básica no Brasil. No estudo de Siqueira *et al.* (2010), os autores descrevem a prevalência de sedentarismo em profissionais de saúde da atenção básica nas regiões Sul e Nordeste do Brasil, que foi igual a 27,5%. Os autores também revelam que os profissionais foram sempre mais sedentários nos municípios com mais de 500 mil habitantes. Em estudo realizado, em 2005, no México, com mulheres profissionais da área da saúde, encontrou-se uma prevalência de sedentarismo de 43,0%, bem próxima ao encontrado em nosso estudo.

Em estudo realizado com indivíduos adultos e idosos de 41 municípios da região Sul e Nordeste, utilizando o IPAQ, apresentou uma prevalência de sedentarismo nos adultos (31,8%)(SIQUEIRA *et al.*, 2008).Dados do estudo VIGITEL 2013 (VIGILÂNCIA DE FATORES DE RISCO E PROTEÇÃO PARA DOENÇAS CRÔNICAS POR INQUÉRITO TELEFÔNICO, 2014) mostram que a prevalência no Brasil foi de 49,4%, sendo 39,9% entre os homens e 57,4% entre as mulheres.Em residentes de Ribeirão Preto, foi igual a 62,5% entre os homens e 67,9% entre as mulheres (SUZUKI; MORAES; FREITAS, 2011) e, em estudo realizado com motoristas de caminhão da região Sul e Sudeste,o resultado foi igual a 53,1% (CODARIN*et al.*,2010). Outro estudo realizado foi um inquérito realizado pelo INCA (Instituto Nacional de Câncer) em 15 capitais brasileiras e Distrito Federal, onde o percentual de sedentarismo variou de 28% a 55%, sendo João Pessoa a capital mais sedentária do país

(INCA, 2004). Esse último estudo citado e o de Siqueira *et al.* (2008) corroboram com nossos resultados que apresentam um alto índice de sedentarismo na região Nordeste. Em estudos realizados com adultos no nosso país, de acordo com os exemplos acima citados, percebe-se a prevalência de prática insuficiente das atividades físicas elevadas.

O comportamento identificado entre os trabalhadores e profissionais da saúde parece seguir uma característica da civilização moderna que, no decorrer das últimas décadas, com a implementação da mecanização do trabalho e das atividades domésticas, levou a uma redução no gasto energético das atividades diárias, tornando a atividade física no lazer relevante no cumprimento de atividades físicas (CODARIN *et al.*, 2010). Isso também é reforçado pelas características intrínsecas das atividades desenvolvidas pelos trabalhadores e profissionais na Estratégia Saúde da Família, onde praticamente não apresentam gasto energético significativo, pois trabalham basicamente sentados na maior parte do tempo. No momento em que poderiam ter mais gasto energético, como no deslocamento para visitas domiciliares, não o fazem, ao optar pelo uso de transporte ofertado pelo município, muitas vezes, pelo fator distância ou pela violência na área em que trabalham.

No estudo, as mulheres prevalecem e são mais sedentárias que os homens. Gomes, Siqueira e Sichieri (2001) encontraram resultados semelhantes. Em parte, a maior presença de mulheres está influenciada pelo fato de termos maior número de mulheres integrantes dos serviços de saúde (SIQUEIRA, 2009; TOMASI *et al.*, 2008), principalmente na enfermagem, que historicamente é composta na sua grande maioria por mulheres. (FERNANDES *et al.*, 2010).

Quanto à atividade física, as diferenças de gênero podem ser explicadas pelos diferentes papéis sociais e familiares que homens e mulheres exercem de acordo com a cultura e sociedade onde vivem (ZANCHETTA *et al.*, 2014). As mulheres, além de desenvolverem suas atividades laborais, ainda são responsáveis pelas tarefas domésticas e cuidados com crianças, embora as tarefas domésticas, quando pesadas, contem como atividade física (MALTA *et al.*, 2009). O perfil masculino na realização de atividade física é reconhecido nos momentos de lazer e em grupos, como a prática de esportes, por exemplo, no futebol com amigos (OLBRICH *et al.*, 2009).

Os profissionais de saúde com maior índice de sedentarismo foram encontrados na faixa etária menor que 40 anos. Entre os estudos desenvolvidos com adultos, foram

encontrados resultados discordantes, nos quais o sedentarismo foi mais frequente entre adultos e de incidência sempre maior em indivíduos a partir dos trinta anos de idade (GÁMEZ *et al.*,2000; ISER *et al.*,2012).Alguns estudos evidenciaram a elevação do sedentarismo com o aumento da idade cronológica(MATSUDO *et al.*, 2002; ZANCHETTA *et al.*,2014),apesar de no estudo atual essa faixa etária de 60 anos, ou mais, não ter apresentado associação positiva com o sedentarismo.

A atual ênfase social sobre a estética física ajuda a motivar os jovens a se engajar em atividades físicas (GOBBI *et al.*,2012). Entretanto, a maioria da população jovem que participa do presente trabalho não teve esse comportamento.

A prevalência de sedentarismo também prepondera entre os profissionais casados ou em união estável, mas só no caso dos separados/viúvos o risco de ser sedentário é maior e estatisticamente significante.

No estudo de Zanchetta *et al.* (2014), a maior prevalência de inativos, segundo o IPAQ, foi observada nos casados em relação aos solteiros. No estudo de Barbosa, Assunção e Araújo (2012), com trabalhadores da saúde em Belo Horizonte, observa-se que a maioria dos profissionais declarou viver com companheiro. Pode ser que essa condição, em razão das responsabilidades com o lar, interfira no tempo disponível para realização de atividade física. Resultado discordante foi encontrado no estudo de Fernandes *et al.*(2010), com enfermeiros das equipes de saúde da família dos municípios do Triângulo Sul: a maioria dos profissionais de saúde era solteira (57,8%). Entre os profissionais do presente estudo, encontrou-se a maior parte com até dois filhos, o mesmo ocorreu em um estudo com trabalhadores de saúde no Sul do país, onde 69,4% relataram ter filhos, mas não especificaram a quantidade deles (TRINDADE *et al.*, 2010).

Com relação à carga horária de trabalho, percebe-se que a maior parte dos profissionais trabalha até 40 horas semanais e só possuem a ocupação da UAPS. Outro estudo corrobora com essa tendência, onde a maior parte dos profissionais também só tinha um único emprego (TOMASI *et al.*,2008). Quase a totalidade dos profissionais de nível superior do nosso município e do outro estudo, citado acima, apresenta o ingresso por concurso público, fato este que contribui para maior segurança, estabilidade e possibilita manter-se em um único emprego, apesar de encontrarmos uma minoria de profissionais com carga horária exaustiva, com mais de 60 horas semanais, pois os mesmos têm muitas oportunidades de trabalhar em

plantões na rede hospitalar e clínicas particulares. No estudo de Codainet *et al.* (2010), encontrou-se uma associação positiva para o sedentarismo nos profissionais que declararam trabalhar mais de 60 horas semanais, pois, quanto maior o tempo de atuação na profissão, maior a chance de ser “insuficiente ativo” ou sedentário.

O sedentarismo foi mais prevalente entre os profissionais com maior escolaridade, os de nível superior. O resultado é semelhante aos estudos realizados com adultos no Estado de São Paulo (CESAR *et al.*,2005;ISER *et al.*,2012). Resultados discordantes demonstram a frequência de ativos maior com a escolaridade, evidenciados em alguns estudos (MALTA *et al.*,2009; ZANCHETTA *et al.*,2014). Um dos motivos encontrados na literatura seria que pessoas com menor escolaridade têm mais atividades físicas ocupacionais e de deslocamento (ZANCHETTA *et al.*,2014). Pessoas com mais escolaridade deveriam praticar mais atividade física por ter o conhecimento dos benefícios trazidos. Isso não ocorre, talvez, por não se ter total conscientização ou por acomodação, pois a maioria dos profissionais tem uma carga horária de até 40 horas e só trabalha na UAPS, ou seja, tem tempo para realizar pelo menos trinta minutos de atividades físicas diárias.

A grande maioria dos profissionais de saúde não apresenta deficiência física nem relatou doença crônica. Corroborando com esses dados, ao ser realizado outro estudo no qual a maioria dos profissionais negou a presença de alguma doença (FERNANDES *et al.*,2010).

O hábito de fumar foi referido por uma pequena minoria (3%), corroborando com esse resultado um estudo onde apenas 12% dos profissionais se declararam fumantes (SIQUEIRA *et al.*, 2009). Esse estudo confirma a tendência de queda no número de fumantes em todo país (ISER *et al.*,2012). Percebe-se que a grande maioria dos nossos entrevistados fez uma opção por um hábito de vida saudável, o de não fumar, atitude coerente, haja vista que devem repassar a seus pacientes os malefícios do tabagismo. Quanto ao hábito de ingestão de bebidas alcoólicas, este foi referido pela minoria (29%) dos profissionais. Em outro estudo com enfermeiros da unidade básica de saúde, também foi colocado que a minoria fazia ingestão de álcool, apesar de não expressar números (VARGAS; LUIS,2008). Em um estudo nacional com população adulta, foi encontrado um percentual de 19,0% dos entrevistados referindo-se à ingestão de bebida alcoólica (ISER *et al.*,2012). Apesar de no presente estudo não terem sido coletados dados tão específicos a respeito dessa ingestão, são dados um pouco preocupantes, porque percebemos que mesmo não sendo um número tão alto, ele está acima

da média nacional, já que 27,6% dos profissionais referem-se à ingestão semanal. O consumo de álcool é fator de risco para diversas doenças e esse consumo, no País, tem tendências crescentes. O maior consumo de bebidas alcoólicas se dá entre os mais escolarizados, fato coerente com o perfil da nossa amostra (ISER *et al.*,2012).

O hábito de fumar e a relação com o sedentarismo, no presente estudo, entre os profissionais, revela que os fumantes praticam mais atividade física. Resultado discordante foi encontrado em uma análise na qual o percentual de fumantes foi de 26,3%, maior entre os sedentários quando comparado aos não sedentários (OLBRICH *et al.*, 2009).

Segundo Papathanasiou *et al.* (2012), é prevalente a relação do sedentarismo e do tabagismo entre estudantes das ciências da saúde na Grécia. O tabagismo mostrou-se associado ao sedentarismo nos profissionais do Sul, entretanto essa associação não foi verificada no Nordeste (SIQUEIRA *et al.*,2009).

Quanto à autopercepção do seu estado de saúde, a maioria dos profissionais de saúde referiu-se à opção com boa, o contrário foi encontrado em dois outros estudos, onde os profissionais se declararam muito satisfeitos com seu estado de saúde (FERNANDES,2010; TOMASI,2008). Em um estudo realizado, em 2002, na União Européia com 16.230 participantes utilizando a saúde auto referida, verificou-se que pessoas mais ativas relatam melhor estado de saúde quando comparadas às menos ativas (ABU-OMAR; RUTTEN; ROBINE, 2004). Uma parcela considerável se referiu a uma das alternativas que refletiam o menor estado de saúde e também declarou ser sedentária, mostrando uma associação direta entre a autopercepção do estado de saúde e a prática de atividade física (GÓMEZ *et al.*,2005). Ao classificar como ruim ou muito ruim a qualidade de vida, revelaram-se fatores associados ao sedentarismo (SIQUEIRA *et al.*,2009).

De acordo com a classificação por peso, a maioria dos profissionais encontra-se com sobrepeso ou são obesos. Entre os adultos, a situação não é diferente (MARTINS *et al.*,2009). No VIGITEL 2013, 50,8% da população brasileira foi classificada com excesso de peso e 17,5% com obesidade (VIGITEL,2014). O resultado do presente estudo segue a tendência nacional onde cresce o número de pessoas obesas e com sobrepeso em cidades grandes, com melhor escolaridade, o que reflete maior poder aquisitivo para alimentação e esses indivíduos, por sua vez, não seguem orientações por alimentos saudáveis (LINO; MUNIZ; SIQUEIRA, 2011). Com relação à escolaridade, a prevalência de excesso de peso

teve associação positiva com o aumento dos anos de estudo (LINO;MUNIZ;SIQUEIRA,2011).

No estudo de Olbrichet *al.*(2009), o excesso de peso se mostrou mais prevalente em indivíduos que relataram não praticar atividade física suficiente e nos sedentários, especialmente nos homens. Na verdade, estes indivíduos deveriam estar mais motivados a praticarem atividade física para reverter essa realidade de peso, vendo nessa prática uma ação positiva para reverter o quadro de sobrepeso ou obesidade.

O excesso de peso reflete estilos de vida insalubres nas capitais do país, como pelo baixo consumo de alimentos saudáveis ou baixa atividade no lazer e elevada proporção de inativos.

No presente estudo,houve um número maior de profissionais ativos em relação aos sedentários, apesar de quase metade da amostra ser sedentária. A categoria mais sedentária foi a dos enfermeiros, seguida pelos auxiliares e técnicos de enfermagem e da odontologia. Corrobora com resultado, com relação à equipe de enfermagem, dois estudos realizados no sul do nosso país com profissionais da equipe de enfermagem, a maioria composta por técnicos e auxiliares de enfermagem, havendo uma prevalência do sedentarismo (MAIA *et al.*,2007; BOTTOLI;MORAES;GOLDMEIER,2009).

Um fator limitante da pesquisa foi o número praticamente inexistente de estudos com profissionais de saúde e sedentarismo, o que dificultou as comparações entre os resultados encontrados.Foivisitado um número bem maior de unidades de saúde do que o pensado inicialmente. Encontrou-se mais facilidade em concluir o número proposto pela amostra com os profissionais de nível médio de enfermagem e da odontologia, pois sempre eram mais presentes nas unidades e, dos que foram abordados, apenas seis se recusaram a participar da pesquisa, alegando falta de tempo e/ou medo da divulgação dos resultados não ocorrer de forma ética. Entre as categorias profissionais de nível superior,houve dificuldades semelhantes.A principal foi o número reduzido de profissionais presentes nas unidades, em primeiro lugar, pela nova carga horária das equipes que passou para 32 horas semanais, ou seja, em um turno geralmente está presente só cinquenta por cento dos profissionais, os outros motivos diziam respeito a férias, folgas, licenças e atestados. Nesse grupo de nível superior, a maior recusa em participar do estudo foi por parte da categoria médica, a maioria alegando falta de tempo.

7 CONCLUSÃO

A prevalência de sedentarismo foi elevada e afetou, principalmente, pessoas do sexo feminino; na faixa etária menor que 40 anos; casado/união consensual; com filhos; com escolaridade superior; maior entre os enfermeiros; os indivíduos com outra ocupação; com carga horária até 40 horas; que não apresentavam deficiência física ou doença crônica; não fumantes e que raramente bebem; que classificaram seu estado de saúde como bom; e com excesso de peso. Na análise multivariada, apenas permaneceram como fatores associados ao sedentarismo estar na faixa etária entre 40 e 59 anos, ser separado/viúvo e ser do grupo de trabalhadores da saúde (auxiliares/técnicos).

Apesar de terem sido identificados alguns fatores que contribuem para o sedentarismo, a maior parte dos profissionais pratica atividade física. Porém, um número grande ainda deve aderir a essa prática saudável. Para tal, será necessário pensar em estratégias que permeiam desde políticas públicas, espaços de lazer acessíveis como praças e ciclovias, que facilitem deslocamento, além de ações educativas, mostrando os benefícios dessa prática e correspondentemente os riscos associados ao sedentarismo.

Os profissionais de saúde estão em um caminho correto, tanto para benefício do seu próprio estado de saúde, como para maior empoderamento, o que pode convencer um número cada vez maior de pacientes para a prática da atividade física regular como integrante de um estilo de vida saudável e possível prevenção de doenças crônico-degenerativas.

REFERÊNCIAS

- ABU-OMAR, K.; RUTTEN, A.; ROBINE, J. M. Self-rated health and physical activity in the European Union. **Soz.Praventivmed.**, v.49, n. 4, p. 235-242, 2004.
- ALVES, J. G. B.; MONTENEGRO, F. M. U.; OLIVEIRA, F. A.; ALVES, R. V. Prática de esportes durante a adolescência e atividade física de lazer na vida adulta. **Rev. Bras. Med. Esporte**, v.11, n.5, p. 291-294, 2005.
- ANDRADE, L. O. M.; BEZERRA, R. C. R.; BARRETO, I. C. H. C. O Programa de Saúde da Família como estratégia de atenção básica nos municípios brasileiros. **RAP**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 2, p. 327-349, mar./abr. 2005.
- ANDRADE, L. O. M.; CUNHA, I. C.H.; BEZERRA, R. C. R. Atenção Primária à Saúde e Estratégia Saúde da Família. In: CAMPOS, G. W. S.; MINAYO, M. C. S.; AKERMAN, M.; DRUMOND JÚNIOR, M.; CARVALHO, Y. M. **Tratado de saúde coletiva**. Rio de Janeiro: Hucitec; Fiocruz, 2006. p.783-836. (Saúde em debate, 170).
- ASSUNÇÃO, A. Á.; BELISÁRIO, S. A. (Org.). **Condições de trabalho e saúde dos trabalhadores da saúde**. Belo Horizonte: Núcleo de Educação em Saúde Coletiva, 2007. (Série Nescon de Informes Técnicos, n.1).
- BACKES, D. S.; SOUSA, F. G. M.; MELLO, A. L. S. F.; ERDMANN, A. L.; NASCIMENTO, K. C.; LESSMANN, J.C. Concepções de cuidado: uma análise das teses apresentadas para um programa de pós-graduação em enfermagem. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 15, n. spe, 2006 .
- BARRETO, S. M.; PINHEIRO, A. R.O.; SICHIERI, R.; MONTEIRO, C. A.; BATISTA FILHO, M.; SCHIMIDT, M. I.; LOTUFO, P. A.; ASSIS, A. M. O.; GUIMARÃES, V.; RECINE, E.; VICTORA, C. G.; COITINHO, D. C.; PASSOS, V. M. A. Análise da estratégia global para alimentação, atividade física e saúde, da Organização Mundial de Saúde. **Epidemiol. Serv. Saúde**, v. 14, n. 1, p. 41-68, jan./mar. 2005.
- BARBOSA, R. E. C.; ASSUNÇÃO, A. Á.; ARAÚJO, T. M. Distúrbios musculoesqueléticos em trabalhadores do setor saúde de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 8, p. 1569-1580, ago. 2012.
- BENEDETTI, T. R.B.; ANTUNES, P. C.; RODRIGUEZ-AÑEZ, C. R.; MAZO, G. Z.; PETROSKI, E. L. Reprodutibilidade e validade do Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ) em homens idosos. **Rev. Bras. Med. Esporte**, Niterói, v. 13, n. 1, fev. 2007.
- BEZERRA, M. L. S.; NEVES, E. B. Perfil da produção científica em Saúde do Trabalhador. **Saúde Soc.**, n. 19, p. 384-394, 2010.
- BOLFARINE, H.; BUSSAB, W. O. **Elementos de amostragem**. São Paulo: Edgard Blücher, 2005.

BOTTOLI, C.; MORAES, M. A.; GOLDMEIER, S. Fatores de risco cardiovasculares em trabalhadores de enfermagem em um centro de referência no sul do Brasil. **Cienc. Enferm.**, v. 15, n. 3, 2009.

BRASIL. Serviços de atenção básica do programa Saúde da Família chegarão a mais 56 municípios. **Portal Brasil**, 12 jan. 2012. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/noticias/arquivos/2012/01/12/servicos-de-atencao-basica-do-programa-saude-da-familia-chegarao-a-mais-56-municipios>>. Acesso em: 04 mar. 2013.

BRASIL. Lei nº8.213, de 24 de julho de 1991. Dispõe sobre os planos de benefícios e acidentes de trabalho. In: *Segurança e Medicina do Trabalho*. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2012 a.

BRASIL. Portaria nº3.214/1978, NR 5. Comissão Interna de Prevenção de Acidentes -CIPA. In: *Segurança e Medicina do Trabalho*. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2012 b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Saúde da Família**. Brasília, DF, 2000.

_____. **Doenças relacionadas ao trabalho**: manual de procedimentos para os serviços de saúde. Brasília: Organização Pan – Americana da Saúde no Brasil, 2001.

_____. **Núcleo de Apoio à Saúde da Família**: portaria MS/GM nº154, de 24 de janeiro de 2008. Brasília, DF, 2008.

_____. Departamento de Atenção Básica. *Atenção Básica e a Saúde da Família*. Brasília, DF, 2009. Disponível em: <<http://dtr2004.saude.gov.br/dab/abnumeros.php#mapas>>. Acesso em: 04 mar. 2013.

_____. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, 2012. (Série E. Legislação em Saúde).

_____. Portaria GM/MS nº104 de 24 de janeiro de 2011. Define a relação nacional de doenças e agravos de notificação compulsória. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, D, 26 jan. 2011.p. 38, seção 1.

_____. **PROESF**: Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família. Brasília, DF, 2006.

BRILHANTE, A. P. C. R. **Prevalência e fatores associados à violência intrafamiliar contra criança em uma área atendida pela estratégia saúde da família**. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2010.

BRUSCHINI, M. C. A. Trabalho e gênero no Brasil nos últimos dez anos. **Cad.Pesqui.**, v.37, n. 132,p.537-572, set./dez. 2007.

CENTER DISEASE OF PREVENTION AND CONTROL. **Promoting physical activity: a Best buy in public health**. Atlanta, 2000.

- CESAR, C. L. G.; CARANDINA, L.; ALVES, M. C. G. P.; BARROS, M. B. A.; GOLDBAUM, M. **Saúde e condição de vida em São Paulo**: inquérito multicêntrico de saúde no Estado de São Paulo. São Paulo: USP/FSP, 2005.
- CODAIM, M. A. F.; MOULATLET, E. M.; NEHME, P.; ULHÔA, M.; MORENO, C. R. C. Associação entre prática de atividade física, escolaridade e perfil alimentar de motoristas de caminhão. **Saúde Soc.**, São Paulo, v.19, n.2, p. 418-428, 2010.
- CONIL, E. M. Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da Estratégia Saúde da Família em centros urbanos no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, supl. 1, p. S7-S27, 2008.
- DEJOURS, C. **A loucura do trabalho**: estudo de psicopatologia do trabalho. São Paulo: Cortez-Oboré, 1992.
- FERNANDES, J. S.; MIRANZI, S. S. C.; IWAMOTO, H. H.; TAVARES, D. M. S.; SANTOS, C. B. Qualidade de vida dos enfermeiros das equipes de saúde da família: a relação das variáveis sociodemográficas. **Texto Contexto Enferm.**, v. 19, n. 3, p. 434-442, jul./set. 2010.
- FLORINDO, A. A.; HALLAL, P. C.; MOURA, E. C.; MALTA, D. C. Prática de atividades físicas e fatores associados em adultos, Brasil, 2006. **Rev. Saúde Pública**, v. 43, nov. 2009.
- FORTALEZA. Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório de gestão do ano de 2006**: saúde, qualidade de vida e a ética do cuidado. Fortaleza, 2007b.
- FROTA, A. C. **O processo de trabalho da estratégia saúde da família**: o caso Fortaleza. Dissertação (Mestrado Profissional em Vigilância em Saúde) - Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 2009.
- GÁMEZ, R.; VENEGAS, A. S.; BARON, H. Y.; PINTO, A. M. A.; RINCON RODRIGUEZ, A. T. Conocimiento, perception y nivel de actividad física de los ciudadanos de Santa Fe de Bogotá, 1999. **Rev. Bras. Ciên. Mov.**, v.8, n. 4, p. 51-71, set. 2000.
- GARCIA, L. M. T.; NAHAS, M. V. Um pouco de história, desenvolvimento recente e perspectivas para a pesquisa em atividade física e saúde no Brasil. **Rev. Bras. Educ. Fís. Esp.**, São Paulo, v. 24, n.1, mar. 2010.
- GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4.ed. São Paulo: Atlas, 2002.
- GOBBI, S.; SEBASTIÃO, E.; PAPINI, C. B.; NAKAMURA, P. M.; VALDANHA NETTO, A.; GOBBI, L. T. B.; KOKUBUN, E. Physical inactivity and related barriers: a study in community dwelling older Brazilians. **J. Aging Res.**, nov. 2012.
- GOMES, V. B.; SIQUEIRA, K. S.; SICHIERI, R. Atividade física em uma amostra probabilística da população do Município do Rio de Janeiro. **Cad. Saúde Pública**, v. 17, p. 969-976, 2001.
- GÓMEZ, L. F.; DUPERLY, J.; LUCUMÍ, D. I.; GÁMEZ, R.; VENEGAS, A. S. Nivel de actividad física global em La población adulta de Bogotá (Colombia): prevalência y factores asociados. **Gac. Sanit.**, v. 19, n. 3, p. 206-213, 2005.

GUEDES, D. P.; GUEDES, J. E. R. P.; BARBOSA, D. S.; OLIVEIRA, J. A. Níveis de prática de atividade física habitual em adolescentes. **Rev. Bras. Med. Esporte**, v.7, n.6, p. 187-199, 2001.

HALLAL, P.C.; GOMEZ, L. F.; PARRA, D. C.; LOBELO, F.; MOSQUERA, J.; FLORINDO, A. A.; REIS, R. S.; PRATT, M.; SARMIENTO, O. L. Lessons Learned After 10 Years of IPAQ use in Brazil and Colombia. **J. Phys. Act. Health**, v.7, Suppl. 2, p. S259- S264, 2010.

HALLAL, P.C.; DUMITH, S. C.; BASTOS, J. P.; REICHERT, F. F.; SIQUEIRA, F. V.; AZEVEDO, M. R. Evolução da pesquisa epidemiológica em atividade física no Brasil: revisão sistemática. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 41, n. 3, jun.2007.

ISER, B.P. M.; YOKOTA, R. T. C.; SÁ, N. N. B.; MOURA, L.; MALTA, D. C. Prevalência de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais do Brasil- principais resultados do Vigitel 2010. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 17, n. 9, p. 2343-2356, 2012.

KANTORSKI, L. P.; JARDIM, V. M. R.; PEREIRA, D. B.; COIMBRA, V. C. C.; OLIVEIRA, M. M. A integralidade no cotidiano de trabalho na Estratégia Saúde da Família. **Rev. Gaúcha Enferm.**, v. 30, n. 4, p. 594-601, 2009.

KREMER, M. M.; REICHERT, F. F.; HALLAL, P. C. Intensidade e duração dos esforços físicos em aulas de Educação Física. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 46, n. 2, abr. 2012.

LACAZ, F. A. C. Qualidade de vida no trabalho e saúde/doença. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.5, n.1, jan. 2000.

LINO, M. Z. R.; MUNIZ, P. T.; SIQUEIRA, K. S. Prevalência e fatores associados ao excesso de peso em adultos: inquérito populacional em Rio Branco, Acre, Brasil, 2007-2008. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 4, p. 797-810, abr.2011.

MADEIRA, M. C.; SIQUEIRA, F. C. V.; FACCHINI, L. A.; SILVEIRA, D. S.; TOMASI, E.; THUMÉ, E.; SILVA, S. M.; DILÉLIO, A.; PICCINI, R. X. Atividade física no deslocamento em adultos e idosos do Brasil: prevalências e fatores associados. **Cad. Saúde Pública**, v.29, n.1, p. 165-174, 2013.

MASLACH, C.; JACKSON, S. E. The measurement of experienced burnout. **J. Occupat. Behav.**, v. 2, p. 99-113, 1981.

MALTA, D. C.; CASTRO, A. M.; GOSCH, C. S.; CRUZ, D. K. A.; BRESSAN, A.; NOGUEIRA, J. V.; MORAIS NETO, O. L.; TEMPORÃO, J. G. A Política Nacional de Promoção da Saúde e a agenda da atividade física no contexto do SUS. **Epidemiol. Serv. Saúde**, v. 18, n. 1, p. 79- 86, jan./mar. 2009.

MALTA, D. C.; MOURA, E. C.; CASTRO, A. M.; CRUZ, D. K. A.; MORAIS NETO, O. L.; MONTEIRO, C. A. Padrão de atividade física em adultos brasileiros: resultados de um inquérito por entrevistas telefônicas, 2006. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 18, n. 1, mar. 2009.

MARQUES, R. F. R. Qualidade de vida, atividade física e saúde: relações na busca de uma vida melhor. In: VILARTA, R.; GUTIERREZ, G. L. (Org.). **Qualidade de vida no ambiente corporativo**. 1. ed. Campinas: IPES editorial, 2008. v. 1, cap. 12, p. 111-120. Disponível em: <<http://sistemas.eeferp.usp.br/myron/arquivos/7844237/1e0054d03941804c47f246c1b1811a4e.pdf>>. Acesso em: 28 fev. 2013.

MARTINS, L. C. G.; GUEDES N.G.; TEIXEIRA, I.X.; LOPES, M. V. O.; ARAUJO, T.L. Nível de atividade física em portadores de hipertensão arterial. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, v. 17, n. 4, p. 462-467, 2009.

MARTINS, T. G.; ASSIS, M. A. A.; NAHAS, M. V.; GAUCHE, H.; MOURA, E. C. Inatividade física no lazer de adultos e fatores associados. **Rev. Saúde Pública**, v. 43, n. 5, p. 814-824, 2009.

MATSUDO, S.; ARAÚJO, T.; MARSUDO, V.; ANDRADE, D.; ANDRADE, E.; OLIVEIRA, L. C.; BRAGGION, G. Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ): estudo de validade e reprodutividade no Brasil. **Rev. Bras. Ativ. Fís. Saúde**, v. 6, n. 2, p. 5-18, 2001.

MATSUDO, S. M.; MATSUDO, V. R.; ARAUJO, T.; ANDRADE, D.; ANDRADE, E.; OLIVEIRA, L.; BRAGGION, G. Nível de atividade física da população do Estado de São Paulo: análise de acordo com o gênero, idade, nível socioeconômico, distribuição geográfica e de conhecimento. **Rev. Bras. Ciênc. Mov.**, v. 10, n. 4, p. 41-50, out. 2002.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 15, n. 5, p. 2297-2305, 2010.

MINAYO, M. C.; HARTZ, Z. M. A.; BUSS, P. M. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 5, n. 1, 2000. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo>>. Acesso em: 5 mar. 2014.

MONTEIRO, C. A.; CONDE, W. L.; MATSUDO, S. M.; MATSUDO, V. R.; BONSEÑOR, I. M.; LOTUFO, P. A. A descriptive epidemiology of leisure-time physical activity in Brazil, 1996-1997. **Rev. Panam. Salud Publica**, v. 14, p. 246-254, 2003.

MORETTI, A. C.; ALMEIDA, V.; WESTPHAL, M. F.; BÓGUS, C. M. Práticas Corporais /Atividade Física e Políticas Públicas de Promoção da Saúde. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 18, n. 2, p. 346-354, 2009.

MOURA, B. L.; FONSECA, V. J.; FERREIRA, M.E.R.; GIMENIZ, G. M. T. Avaliação da qualidade na atenção básica. **Enfermeira Global**, n. 12, fev. 2008. Disponível em: <www.um.es/eglobal>. Acesso em: 2 abr. 2014.

OLBRICH, S. R. L. R.; NITSCHKE, M. J. T.; MORI, N. L. R.; OLBRICH NETO, J. Sedentarismo: prevalência e associação de fatores de risco cardiovascular. **Rev. Ciênc. Ext.**, v. 5, n. 2, p. 30-41, out. 2009.

OMS. **Estratégia global em alimentação saudável, atividade física e saúde**. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/nutricao/documentos/eb_portugues.pdf>. Acesso em: 16 abr. 2013.

PAPATHANASIOU, G.; PAPANDREOU, M.; GALANOS, A.; KORTIANOU, E.; TSEPIS, E.; KALFAKAKOU, V.; EVANGELOU, A. Smoking and physical activity interrelations in health science students. Is smoking associated with physical inactivity in young adults? **Hellenic J. Cardiol.**, v. 53, p. 17-25, 2012.

PARDINI, R.; MATSUDO, S.; ARAÚJO, T.; MATSUDO, V.; ANDRADE, E.; BRAGGION, G.; ANDRADE, D.; OLIVEIRA, L.; FIGUEIRA JUNIOR, AYLTON; RASO, V. Validação do questionário internacional de nível de atividade física (IPAQ-versão6): estudo piloto em adultos jovens brasileiros. **Rev. Bras. Ciên. Mov.**, v.9, n.3, p. 45-51, jul. 2001.

PIGNATI, W. A.; MACIEL, R. H. M. O. ; RIGOTTO, R. M. Saúde do trabalhador. In: ROUQUEYROL, M. Z. ; GURGEL, M. **Epidemiologia e saúde**. 7.ed. Rio de Janeiro: Medbook, 2012. cap.18, p. 355-381.

PITANGA, F. J. G. Epidemiologia, atividade física e saúde. **Rev. Bras. Ciênc. Mov.**, v.10, n. 3, p. 49-54, jul. 2002.

POZENA, R.; CUNHA, N. F. S. Projeto “construindo um Futuro Saudável através da prática da atividade física diária”. **Saúde Soc.**, v.18, supl.1, 2009.

PROJETO SAÚDE BOMBEIROS E SOCIEDADE. 2011. Disponível em: <<http://blogdocapitaoroberto.blogspot.com.br/2011/05/projeto-saude-bombeiros-e-sociedade.html>>. Acesso em: 2 abr. 2014.

RIGOTO, R. M. **Desenvolvimento, ambiente e saúde**: implicações da(dês) localização industrial. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

SIQUEIRA, F. C. V.; NAHAS, M. V.; FACCHINI, L. A.; PICCINI, R. X.; TOMASI, E.; THUMÉ, E.; SILVEIRA, D. S.; HALLAL, P. C. Atividade física em profissionais de saúde do Sul e Nordeste do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v.25, n. 9, set. 2009.

SIQUEIRA, F. V.; NATAS, M. V.; FACCHINI, L. A.; SILVEIRA, D. S.; PICCINI, R. X.; TOMASI, E.; THUMÉ, E.; HALLAL, P. C. Aconselhamento para a prática de atividade física como estratégia de educação à saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 1, p. 203-213, jan. 2009.

STARFIELD, B. **Atenção primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO/ Ministério da Saúde, 2002.

STARFIELD, B. **Atenção primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO/Ministério da Saúde, 2004.

SUZUKI, C. S.; MARAES, S. A.; FREITAS, I. C. M. Atividade física e fatores associados em adultos residentes em Ribeirão Preto, SP. **Rev. Saúde Pública**, v.45, n. 2, p. 311-320, 2011.

TOMASI, E.; FACCHINI, L. A.; PICCINI, R. X.; THUMÉ, E.; SILVEIRA, D. S.; SIQUEIRA, F. V.; RODRIGUES, M. A.; PANIZ, V. V.; TEIXEIRA, V. A. Perfil sócio-

demográfico dos trabalhadores da atenção básica à saúde nas regiões Sul e Nordeste do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, supl. 1, p. S193-S201, 2008.

TRINDADE, L. L.; LAUTERT, L.; BECK, C. L. C.; AMESTOY, S. C.; PIRES, D. E. P. Estresse e síndrome de burnout entre trabalhadores da equipe de Saúde da Família. **Acta Paul. Enferm.**, v. 23, n. 5, p. 684-689, 2010.

VARGAS, D.; LUIS, M. A. V. Álcool, alcoolismo e alcoolista: concepções e atitudes de Enfermeiros de unidades básicas distritais de saúde. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v 16, n. esp., agosto de 2008.

VARGAS, D.; LUIS, M. A. V. Álcool, alcoolismo e alcoolista: concepções e atitudes de enfermeiros de unidades básicas distritais de saúde. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v.16, n.esp.,jul./ago. 2008.

VIGITEL 2011. Quase metade da população brasileira está acima do peso. **Portal Saúde-SUS**, abr. 2012. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/noticia/4718/162/quase-metade-da-populacao-brasileira-esta-acima-do-peso.html>>. Acesso em: 2 abr. 2014.

VIGITEL 2014. Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico. **Portal Saúde SUS**, abr. 2014. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2014/abril/30/Lancamento-Vigitel-28-04-ok.pdf>>. Acesso em: 13 mai. 2014.

WHO. **Global strategy on diet, physical activity and health**. Geneva, 2004.

WHO. **Physical inactivity**: a global public health problem. Disponível em: <http://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet_inactivity/en/>. Acesso em: 16 abr. 2013.

WHO. **Prevenção de doenças crônicas, um investimento vital**. Brasília: Organização Panamericana de Saúde, 2005.

ZANCHETTA, L. M.; BARROS, M. B. A.; CESAR, C. L. G.; CARANDINA, L.; GOLDBAUM, M.; ALVES, M. C. G. P. Inatividade física e fatores associados em adultos, São Paulo, Brasil. **Rev. Bras. Epidemiol.**, v. 13, p. 387-399, 2010.

ZANCHETTA, L. M.; BARROS, M. B. A.; CESAR, C. L. G.; CARANDINA, L.; GOLDBAUM, M.; ALVES, M. C. G. P. Inatividade física e fatores associados em adultos, São Paulo, Brasil. **Rev. Bras. Epidemiol.**, v. 13, n. 3, p. 387-399, 2014.

APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Prezado (a) Senhor(a):

Você está sendo convidado pela pesquisadora Cícera Maria Arrais Pereira Vasconcelos, sob a orientação do Professor Dr: Paulo Sérgio Dourado Arrais do Departamento de Farmácia da Universidade Federal do Ceará, a participar como voluntário da pesquisa “Atividade física e sedentarismo entre os profissionais de saúde da Estratégia Saúde da Família no município de Fortaleza”, neste Centro de Saúde da Família.

Os objetivos da pesquisa são: avaliar os hábitos de atividade física e sedentarismo dos profissionais de saúde integrantes dos Centros de Saúde da Família no município de Fortaleza-CE; descrever o perfil dos entrevistados quanto às variáveis socioeconômicas, demográficas e estado de saúde; identificar a prevalência de sedentarismo entre os profissionais de saúde e identificar os fatores determinantes do sedentarismo entre os profissionais de saúde.

Neste sentido, estamos solicitando sua colaboração na participação da pesquisa respondendo a dois questionários autoaplicáveis, com tempo gasto estimado de quinze minutos. O procedimento apresenta risco mínimo, que será reduzido ao promover uma atmosfera amigável e descontraída durante a aplicação do mesmo e lembrando que a resposta correta é aquela que mais se aproxima da realidade de cada indivíduo.

Os benefícios esperados com o estudo em curto prazo estão relacionados ao conhecimento do perfil dos profissionais de saúde do município de Fortaleza quanto à prática de atividade física e, em médio prazo, levar os profissionais de saúde a refletir sobre suas práticas relacionadas à atividade física, procurando melhorar assim sua qualidade de vida, refletindo positivamente no atendimento da sua população adscrita. Assim como também levar os resultados da pesquisa ao conhecimento dos gestores visando sua sensibilização para criação de políticas públicas relacionadas ao incentivo desses profissionais a praticar atividade física, já que no momento são inexistentes.

Gostaria de deixar claro para o Senhor (a) que essas informações são sigilosas e que os dados serão utilizados apenas nessa pesquisa.

Informo, ainda, que mesmo tendo aceitado participar, se por qualquer motivo, durante o andamento da pesquisa, resolver desistir, tem toda liberdade para retirar o seu consentimento; lembro que sua colaboração e participação poderão trazer benefícios para o desenvolvimento da ciência.

Se desejar obter informações sobre os seus direitos e os aspectos éticos envolvidos na pesquisa, poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa - COMEPE da UFC (Universidade Federal do Ceará), localizado à Rua Coronel Nunes de Melo, 1127 Rodolfo Teófilo, fone: 3366 8344.

Atenciosamente,

Cícera M^a Arrais P. Vasconcelos
Enfermeira da Estratégia Saúde da Família
CSF Abner Cavalcante Brasil - Fortaleza/CE
Fone: (85) 3433.2932

CONSENTIMENTO PÓS-INFORMADO

Declaro ser de livre e espontânea vontade participar como voluntário da pesquisa acima citada, tendo lido detalhadamente esse Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Após a leitura, tive oportunidade de fazer perguntas tanto sobre o seu conteúdo, como também sobre a pesquisa e recebi explicações que responderam por completo minhas dúvidas. Declaro, ainda, estar recebendo uma cópia assinada deste termo.

Fortaleza, ____ de _____ de 201__.

Assinatura do Profissional (1ª Via Pesquisadora; 2ª Via Profissional)

APÊNDICE B – Instrumento de coleta de dados

UAPS: _____ SR: _____

DADOS GERAIS

1. Profissão: _____
2. Peso: _____ 3. Altura: _____
4. Estado conjugal: () solteiro () casado/união consensual () outro (especificar): _____
5. Tem filho(s)?:() sim () não 5.1. Se sim, quantos? _____
6. Qual a quantidade de horas na semana que você dedica às atividades profissionais? _____
7. Tem outra ocupação (trabalho), fora o CSF? : () sim () não
- 7.1. Se sim, qual? _____

ESTADO DE SAÚDE

8. Você é portador de alguma deficiência física? () sim () não
- 8.1. Se sim, qual(is)? _____
9. Você é portador de alguma doença crônica? () sim () não
- 9.1. Se sim, qual(is)? _____
10. Você se considera: () fumante () ex-fumante () nunca fumou
11. Com que frequência você consome bebidas alcoólicas:
() 1 a 3 vezes na semana () 4 ou mais vezes na semana () não bebe

ANEXO A
QUESTIONÁRIO INTERNACIONAL DE ATIVIDADE FÍSICA (IPAQ)
FORMA CURTA

Data: _/_/_ Idade: _____ Sexo: F () M ()

Você trabalha de forma remunerada: () Sim () Não

Quantas horas você trabalha por dia: _____

Quantos anos completos você estudou: _____

De forma geral sua saúde esta:

() Excelente () Muito boa () Boa

Nós estamos interessados em saber que tipos de atividade física as pessoas fazem como parte do seu dia a dia. As perguntas estão relacionadas ao tempo que você gasta fazendo atividade física em uma semana **NORMAL**, **USUAL** ou **HABITUAL**. As perguntas incluem as atividades que você faz no trabalho, para ir de um lugar a outro, por lazer, por esporte, por exercício ou como parte das suas atividades em casa ou no jardim. Suas respostas são **MUITO** importantes. Por favor, responda cada questão mesmo que não se considere ativo. Obrigado pela sua participação!

Para responder às questões lembre que:

- atividades físicas **VIGOROSAS** são aquelas que precisam de um grande esforço físico e que fazem respirar **MUITO** mais forte que o normal.
- atividades físicas **MODERADAS** são aquelas que precisam de algum esforço físico e que fazem respirar **UM POUCO** mais forte que o normal.

Para responder às perguntas, pense somente nas atividades que você realiza **por pelo menos 10 minutos contínuos** de cada vez:

1a. Em quantos dias de uma semana normal você realiza atividades **VIGOROSAS** por pelo menos 10 minutos contínuos como, por exemplo, correr, fazer ginástica aeróbica, jogar futebol, pedalar rápido na bicicleta, jogar basquete, fazer serviços domésticos pesados em casa, no quintal ou no jardim, carregar pesos elevados ou qualquer atividade que faça você suar **BASTANTE** ou aumentem **MUITO** sua respiração ou batimentos do coração.

Dias ____ por **SEMANA** Nenhum ()

1b. Nos dias em que você faz essas atividades vigorosas por pelo menos 10 minutos contínuos, quanto tempo total você gasta fazendo essas atividades **por dia**?

Horas: _____ Minutos: _____

2a. Em quantos dias de uma semana normal você realiza atividades **MODERADAS** por pelo menos 10 minutos contínuos como, por exemplo, pedalar leve na bicicleta, nadar, dançar, fazer ginástica aeróbica leve, jogar vôlei recreativo, carregar pesos leves, fazer serviços domésticos na casa, no quintal ou no jardim, como varrer, aspirar, cuidar do jardim ou qualquer atividade que faça você suar leve ou aumente **moderadamente** sua respiração ou batimentos do coração (**POR FAVOR, NÃO INCLUA CAMINHADA**).

Dias _____ por **SEMANA** Nenhum ()

2b. Nos dias em que você faz essas atividades moderadas por pelo menos 10 minutos contínuos, quanto tempo total você gasta fazendo essas atividades **por dia**?

Horas: _____ Minutos: _____

3a. Em quantos dias de uma semana normal você caminha por pelo menos 10 minutos contínuos em casa ou no trabalho, como forma de transporte para ir de um lugar para outro, por lazer, por prazer ou como forma de exercício?

Dias _____ por **SEMANA** Nenhum ()

3b. Nos dias em que você caminha por pelo menos 10 minutos contínuos, quanto tempo no total você gasta caminhando **por dia**?

Horas: _____ Minutos: _____

4a. Estas últimas perguntas são em relação ao tempo que você gasta sentado ao todo no trabalho, em casa, na escola ou faculdade e durante o tempo livre. Isto inclui o tempo que você gasta sentado no escritório ou estudando, fazendo lição de casa, visitando amigos, lendo e sentado ou deitado assistindo televisão. Quanto tempo **por dia** você fica sentado em uma semana?

Horas: _____ Minutos: _____

4b. Quanto tempo **por dia** você fica sentado em um final de semana?

Horas: _____ Minutos: _____