



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE NUTRIÇÃO
PROGRAMA DE PÓS - GRADUAÇÃO EM NUTRIÇÃO

IVANILDO RIBEIRO DOMINGOS JÚNIOR

**MUDANÇAS NO ESTILO DE VIDA DE PROFISSIONAIS DA SAÚDE APÓS
PARTICIPAÇÃO EM CURSO VOLTADO AO CUIDADO DE PESSOAS COM
OBESIDADE: PROJETO ECOASUS-PE**

RECIFE

2023

IVANILDO RIBEIRO DOMINGOS JÚNIOR

**MUDANÇAS NO ESTILO DE VIDA DE PROFISSIONAIS DA SAÚDE APÓS
PARTICIPAÇÃO EM CURSO VOLTADO AO CUIDADO DE PESSOAS COM
OBESIDADE: PROJETO ECOASUS-PE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós - Graduação em Nutrição do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco – UFPE como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Nutrição na área de concentração de Saúde Pública.

Orientador: Prof. Dr. Pedro Israel Cabral de Lira

Coorientadora: Profa. Dra. Nathália Paula de Souza.

RECIFE

2023

Catálogo na Fonte
Bibliotecário: Rodrigo Leopoldino Cavalcanti I, CRB4-1855

D671m Domingos Júnior, Ivanildo Ribeiro.
Mudanças no estilo de vida de profissionais da saúde após participação em curso
voltado ao cuidado de pessoas com obesidade : projeto ECOASUS-PE / Ivanildo Ribeiro
Domingos Júnior. – 2023.
91 f. : il. ; tab. ; 30 cm.

Orientador : Pedro Israel Cabral de Lira.
Coorientadora : Nathália Paula de Souza.
Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Pernambuco. Centro de Ciências
da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Nutrição. Recife, 2023.

Inclui referências, apêndices e anexo.

1. Estilo de Vida. 2. Obesidade. 3. Pessoal de Saúde. 4. Autocuidado. I. Lira, Pedro
Israel Cabral de (Orientador). II. Souza, Nathália Paula de (Coorientadora). III. Título.

613

CDD (23.ed.)

UFPE (CCS2023-110)

IVANILDO RIBEIRO DOMINGOS JÚNIOR

**MUDANÇAS NO ESTILO DE VIDA DE PROFISSIONAIS DA SAÚDE APÓS
PARTICIPAÇÃO EM CURSO VOLTADO AO CUIDADO DE PESSOAS COM
OBESIDADE: PROJETO ECOASUS-PE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós - Graduação em Nutrição do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco – UFPE como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Nutrição na área de concentração de Saúde Pública.

Aprovado em: 28/02/2023

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dr^a. Vanessa Sá Leal
Universidade Federal de Pernambuco - UFPE

Profa. Dr^a. Juliana Souza Oliveira
Centro Acadêmico de Vitória - CAV
Universidade Federal de Pernambuco – UFPE

Profa. Dr^a. Sandra Cristina da Silva Santana
Universidade Federal de Pernambuco – UFPE
Centro Acadêmico de Vitória - CAV

Dedico este trabalho a Deus, o maior orientador da minha vida.
Ele nunca me abandonou nos momentos de necessidade;
A mulher mais batalhadora que conheço, minha Mãe, Cássia Regina;
A minha família e amigos, por sempre acreditar em mim.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente agradeço a Deus, por me guiar durante toda essa trajetória de vida, por me dar forças, controlando meus anseios, por ter me concedido toda a iluminação, bênçãos, e perseverança para superar todas as dificuldades encontradas. A Ti toda honra, toda glória e todo louvor.

A minha mãe, Cássia Regina, que batalhou muito para conseguir tudo o que tenho hoje. Obrigado por acreditar em mim, por todos os conselhos e ensinamentos, por seu apoio em todas as etapas da minha vida, eu não tenho palavras para expressar tamanho amor que sinto por ti.

A minha namorada, irmã, meus avós, meu padrasto e a todos da minha família, por todo amor, incentivo e apoio incondicional, por me acalmar, me ouvir e incentivar em todo esse processo.

Aos meus amigos de caminhada, os “Nutrifriends” e os meus amigos mais chegados que irmãos, agradeço pelo apoio nos momentos difíceis, pelas mãos estendidas e pela cumplicidade.

Ao meu orientador, professor Pedro, obrigado pela confiança, por todo apoio, incentivo e dedicação. Nos momentos mais difíceis, sempre me fez dar boas risadas, o meu muito obrigado.

Agradeço a minha coorientadora, professora Nathália, a qual me serve de exemplo para minha jornada e espelho para a construção do meu futuro. Pelo apoio e incentivo nos meus momentos de anseios, por estar sempre presente e comprometida na construção deste trabalho.

Aos profissionais de saúde de Pernambuco que carinhosamente aceitaram participar desta pesquisa.

Obrigado a todos os professores que passaram na minha vida, por todos ensinamentos que me fizeram crescer e aprender bastante durante minha formação.

A esta universidade e a coordenação pelas ricas oportunidades.

Ao grupo ECOASUS-PE por ser uma equipe muito humana e cheia de companheirismo. Em especial as minhas amigas da pesquisa Laryssa, Amanda, Renata e Alessandra pelo apoio.

Aos meus queridos e amados pacientes e equipes de trabalho, vocês me fizeram crescer não apenas em conhecimento, mas como pessoa, que Deus dê forças e saúde. Muito obrigado a todos!

A todos que direta ou indiretamente fizeram parte da minha formação, o meu muito obrigado.

À comissão examinadora, por me escutar e refletir junto comigo.

À FACEPE, pelo apoio financeiro.

““O homem bom cuida bem de si mesmo.””

(Provérbios 11:17a)

““Portanto, quer comais quer bebais, ou façais outra
qualquer coisa, fazei tudo para glória de Deus.”“

(1 Coríntios 10:31)

RESUMO

O estilo de vida pode ser definido como o conjunto de hábitos e costumes modificáveis, incluindo alimentação e exercício, além do uso de substâncias como o álcool e tabaco. Os profissionais de saúde são responsáveis por promover estilos de vida mais saudáveis, mas nem sempre conseguem incluir essas práticas em suas rotinas. Nesse sentido, o objetivo desse estudo foi avaliar as mudanças no estilo de vida de profissionais da saúde após a participação em curso voltado ao cuidado de pessoas com obesidade. Esta pesquisa faz parte do projeto “Processos formativos para o enfrentamento e controle da obesidade no âmbito do Sistema Único de Saúde em Pernambuco – ECOASUS-PE, mais especificamente o eixo de formação, que contemplou um curso de atualização e outro de aperfeiçoamento. Trata-se, de um estudo do tipo quase experimental, utilizando o método de série consecutiva, tendo como público-alvo os profissionais de saúde vinculados à atenção básica de Pernambuco. O grupo intervenção foi composto por profissionais que realizaram o curso de aperfeiçoamento do projeto ECOASUS-PE, intitulado “Enfrentamento e Cuidado da Obesidade na Atenção Básica”, e o grupo controle por profissionais que realizaram a inscrição no curso, mas não participaram. Foram coletadas variáveis socioeconômicas e demográficas, autopercepção de saúde, estado nutricional e estilo de vida no momento inicial e final do curso, ou seja, em junho de 2021 e janeiro de 2022, respectivamente, período da pandemia da Covid-19. Foi aplicado o teste qui-quadrado para homogeneidade das associações. Participaram do estudo 109 profissionais de saúde, 51 constituindo o grupo intervenção (GI) e 58 o grupo controle (GC). No GI, observou-se aumento significativo na preferência de "consumo de frutas, verduras e legumes orgânicos" ($p = 0,007$) e no hábito de "comer fruta no café da manhã", ($p = 0,001$), após o curso. Além disso, a maioria dos profissionais de saúde melhorou a autopercepção de saúde ($p=0,049$), reduziram o hábito de fumar ($p=0,027$) e melhoraram o estilo de vida ($p= 0,038$). Na etapa final, o excesso de peso foi significativamente menor no GI (GI = 35,2%; GC = 55,2%; $p = 0,038$), assim como a autopercepção do estado nutricional, onde 45,5% que disseram estar com excesso de peso, apresentaram IMC < 25, assim como, consumo inadequado de bebida alcoólica (GI final = 9,8%; GC final = 25,9% $p= 0,031$), os hábitos alimentares não saudáveis (GI final = 25,5%; GC final = 44,8%; $p=0,036$), e o estilo de vida não saudável (GI final = 9,8%; GC final = 31,0%; $p=0,007$) não saudáveis. Vale destacar que as mulheres apresentaram uma maior disponibilidade para mudanças comportamentais do que os homens ($p=0,012$). Por fim, a participação no curso do ECOASUS-PE gerou mudanças positivas no autocuidado e no estilo de vida dos profissionais da saúde. Espera-se que o cuidado com quem cuida seja uma condição

indispensável para qualificação dos cuidadores do Sistema Único de Saúde (SUS), em seus respectivos territórios vivos, assim como, que essa pauta esteja presente nos diálogos, ações e políticas estratégicas de cuidado a saúde dos brasileiros.

Palavras-chave: estilo de vida; obesidade; profissional de saúde; autocuidado.

ABSTRACT

Lifestyle can be defined as the set of modifiable habits and customs, including diet and exercise, as well as the use of substances such as alcohol and tobacco. Healthcare professionals are responsible for promoting healthier lifestyles, but they are not always able to include these practices in their routines. In this sense, the aim of this study was to evaluate the changes in the lifestyle of health professionals after participating in a course focused on the care of people with obesity. This research is part of the project "Formative processes for the confrontation and control of obesity within the Unified Health System in Pernambuco - ECOASUS-PE, more specifically the axis of training, which included a refresher course and another improvement course. It is, therefore, a quasi-experimental study, using the consecutive series method, with health professionals linked to primary care in Pernambuco as its target audience. The intervention group was composed of professionals who took the ECOASUS-PE project improvement course, entitled "Confronting and Caring for Obesity in Primary Care", and the control group was composed of professionals who enrolled in the course but did not participate. We collected socioeconomic and demographic variables, self-perception of health, nutritional status, and lifestyle at the beginning and end of the course, i.e., in June 2021 and January 2022, respectively, the period of the Covid-19 pandemic. Chi-square test was applied for homogeneity of associations. A total of 109 health care professionals participated in the study, 51 constituting the intervention group (IG) and 58 the control group (CG). In the intervention group, there was a significant increase in the preference for "eating organic fruits, vegetables and legumes" ($p = 0.007$) and in the habit of "eating fruit for breakfast" after the course ($p = 0.001$), in addition, most health professionals improved self-perception of health ($p = 0.049$), smoking habit ($p = 0.027$) and lifestyle ($p = 0.038$). In the final stage, overweight was significantly lower in GI (final GI = 35.2%; CG = 55.2%; $p = 0.038$), as well as self-perception, where 45.5% who said they were overweight had a BMI < 25, as well as inadequate alcohol consumption (final GI = 9.8%; Final CG = 25.9% $p = 0.031$), eating habits (final GI = 25.5%; final CG = 44.8%; $p = 0.036$), and unhealthy lifestyle (final GI = 9.8%; final CG = 31.0%; $p = 0.007$). It is worth noting that women showed greater willingness to make behavioral changes than men ($p = 0.012$). Finally, participation in the ECOASUS-PE course generated positive changes in self-care and lifestyle of health professionals. It is expected that care for those who care is an indispensable condition for the qualification of SUS caregivers in their respective living territories, as well as that this agenda is present in dialogues, actions and strategic health care policies of Brazilians.

Keywords: lifestyle; obesity; healthcare professional; self-care.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

- Figura 01** – Desenho do estudo quase experimental utilizando delineamento pré-intervenção e pós- intervenção com dois grupos (intervenção – GI e controle – GC) com ausência de randomização entre os grupos.38
- Figura 02** – Objetivos e abordagem do estilo de vida dos módulos do curso Enfrentamento e Cuidado da Obesidade na Atenção Básica – ECOASUS – PE, Brasil, 2021/22. 40
- Figura 03** – Concordância entre a autopercepção do excesso de peso com o estado nutricional dos profissionais de saúde antes da participação no curso do projeto ECOASUS-PE, Brasil, 2021/22. 53

LISTA DE TABELAS

- Tabela 01** – Caracterização do perfil sociodemográfico, estado nutricional, autopercepção e estilo de vida de profissionais de saúde que pertencem ao GI e ao GC no curso do projeto ECOASUS-PE, Brasil, 2021/22..... 47
- Tabela 02** – Distribuição do estado nutricional, autopercepção e estilo de vida de profissionais da saúde, no início e ao final da participação no curso do projeto ECOASUS-PE, Brasil, 2021/22..... 49
- Tabela 03** – Mudança dos hábitos alimentares dos profissionais de saúde do GI antes e após participação no curso do projeto ECOASUS-PE, Brasil, 2021/22..... 51
- Tabela 04** – Concordância entre a autopercepção e a prática mensurada de atividade física, do consumo alimentar e do estilo de vida dos profissionais de saúde antes e após participação no curso do projeto ECOASUS-PE, Brasil, 2021/22.52
- Tabela 05** – Associação do estilo de vida com os dados sociodemográficos, autopercepção e estado nutricional dos profissionais de saúde, participantes do grupo intervenção no curso do projeto ECOASUS-PE, Brasil, 2021/22.54

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
AVA	Ambiente Virtual de Aprendizagem
CAAE	Certificado de Apresentação de Apreciação Ética
CAV	Centro Acadêmico de Vitória
CCNTs	Condições Crônicas Não Transmissíveis
CCS	Centro de Ciências da Saúde
CEP/CAV	Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Acadêmico de Vitória da UFPE
CGAN	Coordenação Geral de Alimentação e Nutrição
CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
COVID-19	Doença do Coronavírus (Corona Virus Disease)
DAB	Departamento de Atenção Básica
DCNT'S	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DCV	Doenças Cardiovasculares
DHANA	Direito Humano a Alimentação e Nutrição Adequadas
DM	Diabetes <i>Mellitus</i>
DSS	Determinantes Sociais da Saúde
eAB	Equipe de Atenção Básica
EAN	Educação Alimentar e Nutricional
ECOASUS-PE	Enfrentamento e Cuidado da Obesidade no Âmbito do SUS em Pernambuco
EPoS	Educação Popular em Saúde
EPS	Educação Permanente em Saúde
eSF	Equipe de Saúde da Família
FACEPE	Fundação de Amparo a Ciência e Tecnologia do Estado de Pernambuco
GC	Grupo Controle
GERES	Gerências Regionais de Saúde
GI	Grupo Intervenção
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IMC	Índice de Massa Corporal
LOSAN	Lei Orgânica de Segurança Alimentar e Nutricional
MOODLE	<i>Modular Object-Oriented Dynamic Learning</i>
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleos Ampliado de Saúde da Família

OMS	Organização Mundial de Saúde
PAS	Programa Academias da Saúde
PICS	Práticas Integrativas e Complementares em Saúde
Plano-Dant	Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas e Agravos Não Transmissíveis
PNAN	Política Nacional de Alimentação e Nutrição
PNPS	Política Nacional de Promoção à Saúde
PNS	Pesquisa Nacional de Saúde
PNST	Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora
POF	Pesquisa de Orçamentos Familiares
PROTEJA	Estratégia de Prevenção e Atenção à Obesidade Infantil
PSE	Programa Saúde na Escola
SAN	Segurança Alimentar e Nutricional
SAS	Secretaria de Atenção a Saúde
SES-PE	Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco
SISAN	Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional
SM	Salário Mínimo
SPSS	<i>Statistical Package for the Social Sciences</i>
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TEPT	Transtorno de Estresse Pós-Traumático
UBS:	Unidade Básica de Saúde
UFPE	Universidade Federal de Pernambuco
VIGITEL	Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico

SUMÁRIO

1	APRESENTAÇÃO.....	17
2	INTRODUÇÃO	19
3	REVISÃO DA LITERATURA	21
3.1	ESTILO DE VIDA E EXCESSO DE PESO: UMA ANÁLISE GERAL E SISTEMÁTICA	21
3.2	ESTILO DE VIDA DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE: UMA ABORDAGEM EPIDEMIOLÓGICA	24
3.3	REPERCUSSÕES DA PANDEMIA DA COVID-19 NO ESTILO DE VIDA DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE	27
3.4	POLÍTICAS, PROGRAMAS E AÇÕES ESTRATÉGICAS VOLTADAS AO ESTILO DE VIDA SAUDÁVEL	30
4	HIPÓTESES	35
5	OBJETIVOS.....	36
5.1	GERAL	36
5.2	ESPECÍFICOS	36
6	METÓDOS	37
6.1	DESENHO DA PESQUISA	37
6.2	PÚBLICO-ALVO E LOCAL DA PESQUISA.....	38
6.3	AMOSTRAGEM	38
6.4	CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE	39
6.5	CURSO: “ENFRENTAMENTO E CUIDADO DA OBESIDADE NA ATENÇÃO BÁSICA EM PERNAMBUCO – ECOASUS-PE”	39
6.6	INSTRUMENTO E PROCEDIMENTOS PARA COLETA DE DADOS.....	42
6.7	ASPECTOS ÉTICOS.....	45
6.8	ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS.....	46
7	RESULTADOS.....	47
8	DISCUSSÃO.....	56
9	CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS	63
	REFERÊNCIAS	64
	APÊNDICE A – TERMO DE CONCENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO –	

VIRTUAL	75
<u>APÊNDICE B – QUESTIONÁRIO DE COLETA DE DADOS.....</u>	78
<u>ANEXO A – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES</u>	
HUMANOS.....	86

1 APRESENTAÇÃO

Para localizar os interessados na leitura dessa dissertação de mestrado, cabem aqui algumas considerações. A mesma se configura como fruto do mestrado acadêmico em Nutrição em Saúde Pública do Programa de Pós-Graduação em Nutrição (PPGN) pela Universidade Federal de Pernambuco (UFPE). Essa dissertação é oriunda do projeto de pesquisa: Processos Formativos para o Enfrentamento e Controle da Obesidade no Âmbito do SUS em Pernambuco (ECOASUS - PE), que surgiu a partir de uma chamada do Ministério da Saúde, pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico - CNPq/MS/SAS/DAB/CGAN de número 26/2018. Foi coordenado pelo Professor Pedro Israel Cabral de Lira e objetivou qualificar (através de um curso) os processos de trabalho dos profissionais de saúde envolvidos no cuidado da pessoa com obesidade no âmbito da atenção básica de Pernambuco. Paralelamente, surgia o meu desejo particular de ampliar o olhar da nutrição, no tocante a saúde desses profissionais.

No ECOASUS - PE desempenhei algumas atividades antes e durante a oferta do curso, como o contato direto com todos os profissionais de saúde participantes, assessorar os cursistas e tutores, assim como integrar a equipe de pesquisa do projeto. Arelado ao projeto foi desenvolvido o evento científico intitulado “De casa em casa o SUS ecoa”, contendo palestras e vivências que envolveram as diversas abordagens do cuidado da obesidade, em que os cursistas divulgaram seus trabalhos locais com a comunidade com o aprendizado do ECOASUS - PE.

Ter um estilo de vida saudável e consequentemente controlar o meu peso foi a minha principal motivação para escolher fazer o curso de graduação em nutrição e consequentemente foi a minha escolha em pesquisar cada vez mais sobre a obesidade e hábitos de vida na graduação e nas pós-graduações. A partir desse anseio e vivências acadêmicas em pesquisas voltadas à nutrição em saúde pública, tendo como tema norteador a obesidade no estado de Pernambuco, contando com o incentivo de pesquisadores renomados e humanos, como Vanessa Sá Leal, Juliana Souza Oliveira, Nathália Paula de Souza, Pedro Israel Cabral de Lira, surgiu o interesse em pesquisar sobre o estilo de vida dos profissionais da saúde da atenção básica (AB).

A definição da temática central aumentou minhas inquietações em torno da seguinte pergunta: o conhecimento adquirido com a participação no curso de aperfeiçoamento promovido pelo ECOASUS-PE contribuirá para mudanças no autocuidado, ou seja, no próprio estilo de vida dos profissionais da saúde? Vale ressaltar que a pesquisa aconteceu no período

de pandemia da Covid-19, o que gerou mudanças importantes na rotina dos profissionais da saúde, como a triagem dos paciente, o tratamento e a vacinação da população. Portanto, a escolha do objeto deste estudo justifica-se pelo seu reconhecido impacto no desenvolvimento humano, individual e coletivo, em um período de crise sanitária, social, econômica e política, atrelado aos diversos problemas relacionados às condições de trabalho que interferem no estilo de vida dos profissionais, podendo convergir com o aumento da obesidade e outras condições crônicas.

A escolha do método aconteceu após intensa imersão na literatura, escuta ativa e compartilhamento de experiências com os orientadores e professores da pós-graduação. Após um estudo aprofundado sobre metodologias científicas foi definido o estudo do tipo quase experimental como método mais adequado para esse trabalho, visto que não poderia realizar a randomização dos participantes.

O conjunto desta dissertação se inicia com uma introdução, que apresenta de forma breve e sucinta o problema central, seguida de uma revisão da literatura com textos que aprofundam a temática trabalhada, dividida nas seguintes seções: 1) Estilo de vida dos profissionais de saúde: uma abordagem epidemiológica; 2) Repercussões da pandemia da Covid-19 no estilo de vida dos profissionais de saúde; 3) Estilo de vida e fatores relacionados com o excesso de peso; 4) Políticas, programas e ações estratégicas voltadas ao estilo de vida saudável entre os profissionais da saúde. Em seguida estão apresentados a hipótese, os objetivos e os métodos.

Os resultados trazem a caracterização dos profissionais, a distribuição entre os grupos controle e intervenção e o impacto do curso na mudança do estilo de vida dos cursistas. Os dados são discutidos à luz da literatura e realizadas as considerações finais, que contemplam algumas recomendações no âmbito da gestão em saúde e da comunidade científica, apontando novas inquietações que foram geradas ao longo da investigação. Por fim são apresentados as referências, apêndices e anexos.

2 INTRODUÇÃO

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), o estilo de vida é definido como o conjunto de hábitos que podem ser influenciados, como o uso controlado de álcool, fumo, café, ter uma alimentação saudável e praticar exercício físico (WHO, 2004a). Estilos de vida saudáveis influenciam na melhora da saúde e bem-estar das pessoas, sendo necessário para a prevenção de complicações e cuidado das pessoas que vivem com condições crônicas não transmissíveis (CCNTs) (NORDGREN *et al.*, 2022).

Segundo a OMS, em 2022, o Brasil teve cerca de 75,0% das mortes ocasionadas pelas CCNTs, correspondendo a um milhão e sessenta e sete mil mortes, não sendo diferente da média mundial (74,0%). A Organização também destaca as medidas brasileiras do cuidado das CCNTs, como redução do tabaco e bebidas alcóolicas, o incentivo de ter uma alimentação saudável, com redução de sal, açúcares e gorduras e campanha de incentivo de prática de atividade física, a fim de reduzir a prevalência destas condições (WHO, 2022).

A Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico – VIGITEL (2022), apresentou que a prevalência do excesso de peso foi de 57,42%, sendo a da obesidade 22,4% no Brasil, em 2021. Ao analisar 521 profissionais de saúde de cidades de médio porte do sudeste brasileiro, foi encontrado que 71,3% estavam com excesso de peso, sendo 33,9% com obesidade estando associado ao estilo de vida inadequado, fatores genéticos, sociais, entre outros (VANELLI *et al.*, 2019).

A atenção à saúde das pessoas com obesidade é um grande desafio, principalmente na AB, por ser indispensável no cuidado das CCNTs. A abordagem nesse cuidado, para ser efetiva, necessariamente envolve uma equipe multiprofissional composta por nutricionistas, médicos, enfermeiros, psicólogos, entre outros (BRASIL, 2022a). Dentre os papéis dos profissionais de saúde, o estímulo para desenvolver um estilo de vida saudável, é uma das principais formas de promoção de saúde e prevenção de doenças e agravos, assim como para a redução da mortalidade e aumento da expectativa de vida com qualidade. No entanto, o engajamento nessas práticas ainda é uma dificuldade para os próprios profissionais de saúde (FERNANDES *et al.*, 2018).

A exposição ao estresse no ambiente de trabalho é frequente, gerando um desgaste físico e emocional (SANTANA; FERREIRA; SANTANA, 2020). Esses profissionais muitas vezes apresentam dupla jornada de trabalho, o que dificulta a prática de atividade física, podendo desencadear dores lombares, aumento do estresse, da ansiedade e depressão (RUSCH *et al.*, 2022). Com a pandemia do coronavírus (Covid-19) houve um aumento no sedentarismo e

práticas crescentes de hábitos alimentares não saudáveis que ocasionou um aumento do peso nos profissionais da AB no Rio de Janeiro (BURLANDY *et al.*, 2020). Atrelado a redução no consumo de alimentos saudáveis e crescimento no volume de compras em supermercados e estoques domésticos de produtos ultraprocessados (MALTA *et al.*, 2020), além do aumento do tempo de telas (BURLANDY *et al.*, 2020).

A Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNST), instituída pela portaria de número 1.823, de 23 de agosto de 2012, visa promover a melhoria das condições de trabalho dos profissionais do Sistema Único de Saúde (SUS). Podendo ser alcançada por meio do controle dos fatores de risco a comorbidades, acesso a ações e aos serviços de saúde, ações e aos serviços de atenção integral à saúde do trabalhador, com ênfase na vigilância, visando a sua promoção e a proteção em saúde e a redução da morbimortalidade (BRASIL, 2014a). Já a Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) apresenta como uma de suas diretrizes a qualificação profissional dos trabalhadores em saúde, mas não há diretriz que os enfatiza como núcleo importante de cuidado (BRASIL, 2013). Apesar das ações de proteção e cuidado com os trabalhadores não estarem previstas na PNST e PNAN, na maioria das vezes a rotina desses profissionais interfere no autocuidado.

Uma das principais formas de qualificação do cuidado de pessoas com obesidade e CCNTs é através da Educação Permanente em Saúde (EPS), que pode ser compreendida por processos de aprendizagem direcionados aos profissionais e das demandas de saúde individuais e coletivas, com potencial de qualificar os trabalhos desenvolvidos na AB. Deste modo, cursos de qualificação, ações educativas, compartilhamento de saberes e práticas na AB, são estratégias para a prevenção e cuidado de pessoas com obesidade. Tal construção interdisciplinar pode ser efetivada com apoio matricial, no qual objetiva-se implementar espaços de comunicação ativa para a integração de saberes (FIGUEIREDO *et al.*, 2020).

Diante do exposto acima, que versa sobre a adesão insuficiente à hábitos de vida saudáveis, elevada prevalência de obesidade, precarização do ambiente de trabalho, necessidade de EPS e a pandemia da Covid-19, consideramos importante compreender o estilo de vida de profissionais da saúde neste contexto. Dessa forma, o objetivo do presente estudo é avaliar as mudanças no estilo de vida de profissionais da saúde da AB após participação em um curso de aperfeiçoamento voltado ao cuidado de pessoas com obesidade.

3 REVISÃO DA LITERATURA

3.1 ESTILO DE VIDA E EXCESSO DE PESO: UMA ANÁLISE GERAL E SISTEMÁTICA

Segundo a OMS (2004), o estilo de vida é definido como o conjunto de hábitos e costumes que podem ser influenciados, modificados, encorajados ou inibidos pelo prolongado processo de aprendizagem. Esses hábitos incluem o uso abusivo de álcool, a prática do fumo, uso em excesso de chá ou café, como também a alimentação não saudável e a falta de exercício físico, tendo grande influência na saúde geral dos indivíduos (WHO, 2004a). Fatores como bom relacionamento familiar e entre amigos, controle do estresse, além de visão otimista da vida, também são importantes para ter saúde e bem-estar (SOUSA *et al.*, 2021). Na área da saúde, o estilo de vida reflete nas tomadas de decisões individuais baseadas nos contextos e ambientes em que estão inseridos. Apresentar um estilo de vida saudável pode reduzir a mortalidade e prolongar a expectativa de vida, sendo fundamental na redução da carga global de doenças (XIE *et al.*, 2022).

Os comportamentos de estilo de vida saudáveis têm efeitos positivos na percepção de estresse, saúde e bem-estar das pessoas, sendo necessário para a prevenção de complicações e controle das CCNTs. As mudanças de estilo de vida recomendadas geralmente incluem redução do comportamento sedentário, aumento da atividade física diária e/ou exercício físico, construção de hábitos alimentares saudáveis, redução do uso do álcool, cessação do tabagismo e controle do estresse. Apesar disso, pessoas que vivem com as CCNTs frequentemente não apresentam estilo de vida saudável, passam a seguir apenas depois do diagnóstico ou quando apresentam alterações metabólicas graves, mostrando dificuldades pela falta de assistência, por falta de condições, sejam financeiras, físicas ou ambientais, além do apoio sobre como realizar tais mudanças (NORDGREN *et al.*, 2022).

O aumento do excesso de peso está crescendo em diversas partes do mundo, tendo repercussões na saúde e no estilo de vida. A transição alimentar e nutricional que está relacionada com uma complexa rede de mudanças nos padrões alimentares, demográficos, socioeconômicos, ambientais, agrícolas e de saúde vem desencadeando esse aumento de peso na população. Abrangendo fatores como a urbanização, crescimento econômico, distribuição de renda, incorporação de tecnologias e mudanças culturais na população, que desencadeia no aumento das prevalências do sobrepeso e obesidade (JAIME *et al.*, 2018).

No Brasil percebe-se um grande aumento na prevalência do sobrepeso e obesidade nos

últimos anos. Segundo os dados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), em 2019, o excesso de peso esteve presente em mais da metade da população (60,3%), indicando uma prevalência maior no sexo feminino (62,6%) em comparação ao sexo masculino (57,5%). Nessa pesquisa, os dados mostram que o excesso de peso aumenta com a idade, em ambos os sexos, ultrapassando os 50% na faixa etária de 25 a 39 anos. Ao analisar apenas a obesidade, foi observado que 21,8% dos homens e 29,5% das mulheres tinham um índice de massa corporal (IMC) maior ou igual a 30 Kg/m² (BRASIL, 2020).

Segundo os dados da VIGITEL (2022), estimou que no Brasil, a frequência de excesso de peso foi de 57,42%, valores parecidos com a PNS, sendo um pouco maior entre homens (59,9%) do que entre as mulheres (55,0%). Quando analisado apenas a obesidade, a prevalência foi de 22,4% sendo proporcionalmente semelhante entre os sexos. Ao comparar com a VIGITEL (2011) percebe-se que a obesidade em adultos aumentou cerca de 50,0% em um período de 10 anos, saindo de 15,0% para 22,4% (BRASIL, 2022b; BRASIL; 2011b).

O atlas da situação alimentar e nutricional em Pernambuco demonstra que 61,0% das mulheres entre 20 e 59 anos apresentam excesso de peso, sendo 25,9% classificadas com obesidade, um retrato bem próximo ao dos homens com a mesma idade, sendo 56,1% de excesso de peso e 19,6% obesidade, o que não difere dos valores nacionais encontrados na VIGITEL (SOUZA *et al.*, 2021a). Ainda no mesmo estudo, na capital pernambucana (Recife), foi encontrada uma prevalência de 56,7% do excesso de peso, sendo 58,1% entre os homens e 55,6% entre as mulheres. Destacando apenas a obesidade, Recife apresentou uma prevalência de 22,6%, sendo 17,7% entre os homens e 26,5% entre as mulheres, assim como os dados nacionais (SOUZA *et al.*, 2021a). Com isso o governo elabora mecanismos de ação e políticas públicas de saúde necessárias para o cuidado da pessoa com obesidade, mediante a melhora do estilo de vida, a fim de estimular padrões alimentares adequados, incentivar a prática de atividade física, evitar o consumo de álcool e outras drogas e assim reduzir os indicadores com ações mais efetivas (BRASIL, 2022).

Segundo a OMS (2004b), a obesidade está associada com maiores taxas de mortalidade e com uma série de condições que impedem a saúde, bem-estar, função física e estilo de vida, como uma maior tendência ao isolamento social, ao estresse, à depressão e ao agravamento da capacidade funcional. Tanto a saúde física, quanto a mental podem influenciar positivamente em extensões da vida do profissional de saúde e favorecer o desempenho nas atividades laborais, por isso é importante ter um período de descanso e um tempo adequado de sono para minimizar o estresse. Outros aspectos importantes são a prática de exercício físico e uma

alimentação mais equilibrada a fim de melhorar o estilo de vida dos trabalhadores de saúde (SOUZA *et al.*, 2018).

Segundo a Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e Síndrome Metabólica — ABESO (2016), o estresse psicológico é um dos fatores que podem influenciar no aumento do sobrepeso e da obesidade, acarretando quadros de ansiedade e de compulsão alimentar, aumentando a ingestão de alimentos ultraprocessados. A obesidade tem sido relacionada às mudanças sociocomportamentais, ao consumo de alimentos hipercalóricos, de alta palatabilidade e baixo poder sacietogênicos, muitas vezes agravadas pelo estresse (URBANETTO *et al.*, 2019).

Quando o sono é de má qualidade ou apresentando uma duração inferior a 5 horas há uma maior probabilidade desses indivíduos desenvolverem obesidade em comparação com aqueles que dormem entre 5-7 horas. Os resultados indicaram que a curta duração do sono parece acelerar o aparecimento da obesidade, quando uma pessoa está envolvida em trabalho por turnos (ITANI *et al.*, 2011). Os trabalhadores que possuem uma carga horária maior que 43 horas por semana são considerados como fator de risco associado à obesidade e um preditor significativo para o excesso de peso, sendo que quanto mais horas de trabalho, mais reduz o tempo disponível para o sono e consequentemente aumenta a quantidade de tempo de comportamentos sedentários (DI MILIA; VANDELANOTTE; DUNCAN, 2013).

A inatividade física tem uma relação frequente com o aumento do excesso de peso. A atividade física traz benefícios como a redução do estresse, pela liberação de endorfinas, serotonina e dopamina, auxiliando na diminuição da ansiedade e melhora da depressão, sendo capaz de promover uma sensação de bem-estar, o que pode ser uma prática para a prevenção de doenças, contribuindo na melhora do estilo de vida (CHEIK *et al.*, 2013). Um dos principais benefícios que a prática de atividade física com o estilo de vida pode promover é na melhora da saúde mental (AGAPITO, 2009).

No Brasil, verifica-se um quadro de transição epidemiológica em que novos problemas de saúde pública como o excesso de peso, foram incorporados à realidade, mas sem a completa eliminação de problemas antigos e paradoxalmente atuais como os casos da desnutrição, fome, pobreza, tendo em vista o quadro político, econômico e pandêmico em que o Brasil vivencia nos últimos anos. A sinergia dessas epidemias atrelado às mudanças climáticas, agravadas muitas vezes pelo excesso de produção de alimentos ultraprocessados, e ocorrendo no mesmo tempo e espaço contribuem para a Sindemia Global (POLLA; SCHERER, 2011; SWINBURN *et al.*, 2019).

O Ministério da Saúde, em parceria com o Instituto Brasileiro de Geografia Estatística — IBGE (2020), realizou a Pesquisa de Orçamento Familiar — POF (2017- 2018), que averiguou o padrão alimentar da população brasileira e observou redução do consumo de: arroz (de 37%), feijão (de 52%) e leite (de 42%) no domicílio, quando comparado a pesquisa anterior de 2008/2009. Observa-se, portanto, um declínio no consumo de alimentos *in natura* ou minimamente processados e ingredientes culinários processados, bem como aumento no percentual relativo a alimentos processados e ultraprocessados, destacando os embutidos, biscoitos doces e salgados, margarina, bolos, tortas doces, pães, doces em geral, bebidas adoçadas carbonatadas e o chocolate (IBGE, 2020).

Os sistemas alimentares envolvem desde o processo de produção, transformação, distribuição, *marketing* e finalizando no consumo dos alimentos, que estão fortemente ligados à transição nutricional e necessitam ser repensados para não apenas ter uma oferta de alimentos adequada, mas sim, promover dietas mais saudáveis e sustentáveis para todos. Essa situação tem um elevado potencial em comprometer a segurança alimentar e nutricional – SAN e, conseqüentemente, o direito humano à alimentação e nutrição adequadas – DHANA (WHO, 2016).

Para controlar a Sindemia global são apresentadas recomendações que visam constranger toda a dinâmica dos sistemas alimentares, a produção excessiva e as agressivas estratégias de marketing dos alimentos e bebidas prejudiciais à saúde, e por outro lado, estimular a criação de guias alimentares nacionais, como o brasileiro, implementação de políticas voltadas a SAN e fortalecimento da agricultura familiar (SWINBURN *et al.*, 2019).

Por fim, com essa visão global e sistêmica dos determinantes da obesidade, incluindo os componentes do estilo de vida, foi a base da elaboração do curso de atualização implementado pela equipe do ECOASUS-PE, como forma de apresentar aos profissionais da saúde os determinantes sociais e as escolhas individuais e coletivas que interferem no estilo de vida saudável, assim como no excesso de peso, desencadeando o surgimento ou agravamento das CCNTs. Sendo necessário ampliar o olhar dos gestores e profissionais a elaborar estratégias locais que foquem no cuidado e proteção da população no geral.

3.2 ESTILO DE VIDA DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE: UMA ABORDAGEM EPIDEMIOLÓGICA

O excesso de peso e a hipertensão arterial são considerados os principais fatores de risco e/ou consequências de um estilo de vida não saudável no Brasil e nas 27 unidades federativas.

Por outro lado, adotar um estilo de vida saudável, com uma alimentação adequada, redução do sal e praticar exercícios físicos auxilia na prevenção, proteção e recuperação dessas CCNTs (MALTA *et al.*, 2017).

Os profissionais de saúde podem incentivar a prática de estilo de vida saudável para os usuários, a partir de atividades coletivas, atendimentos individuais e multidisciplinares (CHIZINI; JOEMAR, 2004). Por outro lado, ter hábitos saudáveis requer que o profissional de saúde organize as suas atividades colocando a sua saúde como prioridade. Um estudo realizado com profissionais de saúde brasileiros mostrou que há uma elevada prevalência de comorbidades nesta população, principalmente as CCNTs (LOPES *et al.*, 2021).

Segundo Silva *et al.* (2021), os fatores que se destacam para a não manutenção de um estilo de vida saudável são a rotina de plantões e longos períodos de trabalho, número insuficiente de profissionais, falta de reconhecimento, alta exposição aos riscos biológicos, químicos e físicos, assim como a falta de acesso aos materiais didáticos disponibilizados no SUS, sendo uma das principais dificuldades da AB. Devido ao conjunto desses fatores é comum encontrar profissionais com hipertensão arterial, enxaqueca, tensão, crises de ansiedade, desânimo e infarto (SANTOS *et al.*, 2019). Apesar da sua magnitude, a obesidade parece ser invisível na rotina de trabalho de profissionais e gestores, mesmo sendo reconhecida como um problema de saúde pública (BRASIL, 2022a).

Em relação ao estilo de vida dos profissionais de saúde do hospital do distrito de *Pueblo Libre*, no Peru, observou em 106 profissionais da saúde que 72,6% apresentavam um estilo de vida pouco saudável e apenas 2,8% muito saudável. A autora ainda observou que 48,0% dos profissionais encontravam-se com sobrepeso e 22,7% estavam com obesidade, destacando-se os médicos (34,1%) (ESTRADA, 2014).

Siqueira *et al.* (2019), ao analisar os profissionais de saúde da AB em Minas Gerais, observaram que 53,5% foram classificados com excesso de peso, sendo, 36,7% com sobrepeso e 16,8% com obesidade. Ainda nesse mesmo estudo foi possível observar uma associação entre o excesso de peso e a redução do consumo de frutas e verduras. Outro estudo realizado também com 521 profissionais de saúde de cidades de médio porte do sudeste brasileiro, foi encontrado que 71,3% da população estava com excesso de peso, sendo o número de casos de obesidade de 33,9% (VANELLI *et al.*, 2019). Já em outro estudo, cerca de metade dos profissionais de saúde americanos armazenavam alimentos e 61,2% referiam comer compulsivamente por estresse (SANTOS *et al.*, 2019). Não foram encontrados estudos dessa natureza entre profissionais da saúde das regiões Norte e Nordeste, reforçando a ampliação do olhar para o

público dessas localidades.

Uma das CCNTs é a hipertensão arterial. Um estudo realizado com 172 profissionais da saúde da AB de Maringá, no Paraná, teve uma prevalência 35,7% nos homens, de 25% nas mulheres e aumentando com a idade. Ainda nesse estudo observou-se que os principais fatores associados a hipertensão foram, o histórico familiar (72,7%), obesidade (40,1%), sedentarismo (64,5%), inadequação alimentar (94,3%) e excesso de massa corporal (50%) (BENITE-RIBEIRO; FERREIRA DOS SANTOS; DA SILVA, 2015), mostrando os impacto do estilo de vida na saúde dos trabalhadores da saúde.

O sono insuficiente e o cansaço podem predispor ao estresse emocional, a depressão e a sentimentos negativos, como a angústia e a ansiedade. Quanto mais precárias são as condições de trabalho, em termos psicossociais e de carga de trabalho, mais prejudicial tende a ser para a saúde dos colaboradores interferindo no aumento do peso, e no desenvolvimento de doenças cardiometabólicas (PENTEADO *et al.*, 2008; FERNANDES; ASSUNÇÃO; CARVALHO, 2010).

O estudo de Shanafelt *et al.* (2012) com 7.288 profissionais de saúde dos Estados Unidos encontraram que 45,8% apresentaram sintomas de desgaste profissional, devido ao estresse, alta demanda e o ambiente de trabalho. Oliveira e Chaves-Maia (2008) estudaram 95 profissionais de saúde do Rio Grande do Norte (enfermeiros, médicos, nutricionistas, assistentes sociais e psicólogos) e constataram que 37,9% exibiram sintomas de estresse e 34,7% distúrbios psicossomáticos.

Recentemente a Síndrome de Burnout vem aumentando entre os profissionais de saúde. A mesma é causada por uma falha no manejo do estresse crônico durante a atividade laboral e representa o maior índice de problema psicossocial, estando relacionada a profissões atreladas a valores e compromissos sociais, por esse motivo, o esgotamento mental e insatisfação pessoal podem desencadear transtorno de estresse pós-traumático (TEPT), ansiedade, depressão, ideações suicidas e dependência ou abuso de substâncias químicas. Assim, os profissionais de saúde precisam praticar técnicas para controlar o estresse, conciliando terapias comportamentais, prática de exercício físico regular, meditação, intensificação do autocuidado preservando o descanso e equilíbrio no âmbito pessoal e profissional (SÁ *et al.*, 2022).

Estudo realizado com alunos de medicina do Ceará, observou-se que 24,6% já haviam fumado, e todos que experimentaram alguma substância derivada do tabaco já haviam ingerido bebida alcoólica alguma vez na vida. O consumo de álcool foi referido por mais de 80,0% dos estudantes, dos quais apenas 39,5% afirmaram estar aptos a aconselhar um paciente a não

ingerir bebidas alcoólicas e apenas 28,4% receberam algum treinamento sobre o assunto em sua universidade (PINHEIRO *et al.*, 2017), o que compromete à promoção de estilos de vida saudáveis.

Os profissionais de saúde da AB realizam atividades e ações preventivas em suas práticas diárias e recomendam, sistematicamente, um conjunto de comportamentos que visam promover, recuperar e reabilitar a saúde dos seus usuários, esperando que haja uma congruência entre aquilo que eles recomendam e aquilo que eles praticam (MARCITELLI, 2011; SANABRIA-FERRAND *et al.*, 2007). No entanto, o conhecimento nem sempre é suficiente e único determinante para a adoção de hábitos de vida promotores de saúde.

3.3 REPERCUSSÕES DA PANDEMIA DA COVID-19 NO ESTILO DE VIDA DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

A pandemia da Covid-19 foi identificada no Brasil em 26 de fevereiro de 2020, com o primeiro caso confirmado, não sendo reconhecido pelas instituições brasileiras. Em Pernambuco, os primeiros casos foram detectados em 12 de março do mesmo ano, com dois casos vindos da Itália, (MARINELLI *et al.*, 2020). A Secretaria Estadual de Saúde (SES - PE) registrou 1.149.953 casos confirmados da doença, atualmente com 1.004.137 casos recuperados, sendo 37.158 graves e 967.079 leves, que estavam distribuídos por todos os 184 municípios pernambucanos, além do arquipélago de Fernando de Noronha. Desses casos, foram totalizados 22.666 óbitos pela Covid-19 até o dia 13 de fevereiro de 2023. No dia 18 de janeiro de 2021, iniciou-se a vacinação contra a Covid-19 entre os idosos e profissionais da saúde em Pernambuco e segundo a SES-PE, já foram aplicadas 22.534.603 doses da vacina até o dia 07 de fevereiro de 2023. Do total, 84,69% dos pernambucanos já completaram seus esquemas vacinais até a mesma data (SES-PE, 2023).

A Covid-19 e seu contexto político, sanitário e econômico afetam diretamente os profissionais da saúde, pelas alterações em suas jornadas de trabalho atreladas às mudanças na vida pessoal e profissional. Alguns profissionais da linha de frente, como enfermeiros, médicos, fisioterapeutas, atuaram com o acolhimento e triagem de casos suspeitos, coleta de material para exames, orientações de isolamento, execução dos cuidados e procedimentos próprios de primeiros atendimentos na AB até a internação hospitalar, em casos graves. Além disso, as outras demandas do território continuaram, como as ações de educação em saúde, gerenciamento e gestão, ensino e pesquisa, atividades em grupo, mesmo que remotas (CHOI; JEFFERS; LOGSDON, 2020).

Após um turno ou plantão, os profissionais da saúde retornavam para o isolamento social realizado mundialmente como forma de prevenção efetiva do contágio da doença. Essa ação preventiva e necessária que evitou a disseminação do vírus no momento em que as unidades de saúde estavam saturadas, também gerou impactos negativos, essencialmente no que se refere à saúde mental, aumentando casos de ansiedade, insônia, ataques de pânico ou fobias, sintomas de estresse pós-traumáticos e em alguns casos levando a depressão (LAI *et al.*, 2020; LUO *et al.*, 2020). As dificuldades e adoecimento dos trabalhadores também aumentaram exacerbadamente durante a pandemia e não se restringem ao contágio pelo vírus e seus sintomas, mas também, ao aumento do estresse e da carga de trabalho, o que se tornou um gatilho para o surgimento ou agravamento de patologias, como as CCNTs (SILVA; PIMENTEL; MERCES, 2020).

O medo de ser infectado, o fato de ter que ficar isolado, a separação da família e amigos; o preconceito das pessoas; a sobrecarga física e mental; o cuidado maior com os filhos e familiares; luto pelas perdas dos pacientes, colegas de trabalho e familiares; ausência de equipamentos de proteção individual; dentre outros aspectos, contribuíram para o comprometimento do estilo e qualidade de vida dos profissionais da saúde no período de pandemia (BRASIL, 2020b; WEINTRAUB *et al.*, 2020). Ao associar os riscos do aumento no estresse em profissionais da saúde no período da Covid-19, percebe-se uma maior prevalência de infarto agudo do miocárdio - IAM (41,3%), sendo um risco 28,0% maior naqueles que prestam assistência médica a pacientes sem o coronavírus, demonstrando que todo o cuidado necessário, a sobrecarga de trabalho e o aumento do risco de infecção, elevam os níveis de estresse entre os profissionais da linha de frente da Covid (WANG *et al.*, 2022).

A pandemia da Covid-19 desencadeou mudanças nos estilos de vida da população geral, como a redução do nível de atividade física e aumento do tempo sedentário, redução do consumo de hortaliças e aumento de alimentos ultraprocessados, como os congelados e salgadinhos (MALTA *et al.*, 2021). O consumo de tabaco, álcool e alimentos não saudáveis estão associados as CCNTs (MALTA *et al.*, 2021).

Em estudo realizado na China por Wu e Wei (2020) foi analisada a presença de insônia na pandemia e observou que todos os 60 médicos pesquisados, que estavam na linha de frente ao enfrentamento da Covid-19, apresentaram insônia, sendo que 61,67% correspondiam ao escore de insônia moderada. Já Wangs *et al.* (2020) encontraram uma prevalência de 38,0% de insônia entre médicos e enfermeiros em um hospital pediátrico em Wuhan (China), cidade onde iniciou a pandemia.

O desgaste desses profissionais em seu contexto de atuação pode resultar em uma má qualidade do sono, como mostra o estudo de Silva *et al.* (2022), em que apenas 9,5% dos enfermeiros hospitalares classificaram sua qualidade do sono como boa, 64,3% como ruim e 26,2% com distúrbios do sono. A redução da qualidade do sono pode gerar impactos negativos na vida dos profissionais, como um menor desempenho no trabalho, além da falta de tempo para o cuidado com o seu estado de saúde (KORKMAZ *et al.*, 2020).

Durante a pandemia da Covid-19 a busca por sanduíches, bebidas ultraprocessadas, pratos orientais e massas aumentaram, assim como foram as que mais ganharam destaques em propagandas (MALTA *et al.*, 2021). Anúncios com entrega grátis prevaleceu entre os produtos como sorvetes, doces, salgadinhos e pizzas. Os combos apareceram com maior frequência nas propagandas de sucos naturais ou *smoothies*, bebidas ultraprocessadas, sanduíches e pizzas. As plataformas de entrega de comidas ajudaram a promover a alimentação não saudável neste período, devido à presença expressiva de publicidade de alimentos não saudáveis (HORTA; MATOS; MENDES, 2021).

A troca das refeições principais por lanches rápidos, atrelado ao aumento da busca nos aplicativos de *delivery*, afetaram negativamente a saúde dos profissionais, visto que a composição nutricional dos alimentos e bebidas disponíveis em sua maioria são ultraprocessados (BOTELHO; CARDOSO; CANELLA, 2020). Segundo o estudo de Almandoz *et al.* (2020) 12,1% das pessoas que estavam com excesso de peso não comiam nenhuma das refeições diárias no local de trabalho neste período de pandemia.

A interferência da pandemia da Covid-19 no estilo de vida no Brasil, mostrou que os profissionais de saúde pararam ou reduziram a prática de atividade física e aumentaram o consumo de carboidratos, o que aumenta a propensão ao ganho de peso, além do comprometimento imunológico, ficando mais expostos às infecções (MOTA *et al.*, 2021). Ao analisar a prática de atividade física de 1.215 médicos em todos os estados brasileiros, Kertzman *et al.* (2021) evidenciaram que o nível de atividade física realizada por estes profissionais era insuficiente, com 84,0% de sedentarismo e essa prática agravou com o decorrer da pandemia, encontrando também a presença de obesidade, DM e hipertensão arterial.

Uma pesquisa americana realizada com pessoas que estavam com excesso de peso, durante o isolamento social, mostrou que 47,9% dessas reduziram a frequência de atividade física e 55,9% sua intensidade (ALMANDOZ *et al.*, 2020). Já no estudo de Mota *et al.* (2021), realizado no Brasil, mostrou que 53,9% dos profissionais de saúde deixaram de praticar exercícios, enquanto 25,8% reduziram frequência ou intensidade, durante a pandemia. O

comportamento sedentário apresentado pela maioria dos profissionais brasileiros aumenta a propensão à morbimortalidade relacionadas as doenças cardiovasculares - DCV, câncer e aumento da incidência de diabetes *mellitus* – DM tipo 2 (PATTERSON *et al.*, 2018).

O estudo realizado pela Universidade de *Kitasato* no Japão, de Tanaka *et al.* (2021), encontrou que as mudanças no estilo de vida foram associadas ao agravamento da saúde mental entre os profissionais de saúde, sendo melhorado com o aumento do lazer, da atividade física e da duração do sono. Com isso, percebe-se a necessidade desse grupo de trabalhadores ter um estilo de vida saudável, implicando em uma melhora na sua saúde e no estilo de vida, interferindo nas consequências pós pandêmicas.

3.4 POLÍTICAS, PROGRAMAS E AÇÕES ESTRATÉGICAS VOLTADAS AO ESTILO DE VIDA SAUDÁVEL

Desde a década de 1990, a PNAN do Ministério da Saúde, definiu diretrizes para organizar as ações de prevenção e tratamento da obesidade no SUS (BRASIL,1999), sendo revisada em 2012 (BRASIL, 2013). No ano seguinte, o Ministério da Saúde estabeleceu a linha de cuidado para obesidade como parte da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas através do estímulo de hábitos para tornar o estilo de vida mais saudável (BRASIL; 2013a, 2013b).

A PNAN apresenta como uma de suas diretrizes a qualificação profissional dos trabalhadores em saúde, implementando políticas, programas e ações de alimentação e nutrição, além da diretriz de promoção da alimentação adequada e saudável. Outra diretriz da PNAN é o monitoramento da situação alimentar e nutricional, e tem como objetivo a ampliação e o aperfeiçoamento de ações e sua incorporação nas rotinas de atendimento aos usuários da rede, em todas as fases do curso da vida (BRASIL 2013).

Apesar da PNAN recomendar a qualificação dos trabalhadores, não há nenhuma diretriz que traga o profissional da saúde como núcleo do cuidado. Portanto, o cuidado com os profissionais de saúde é abordado de forma subjetiva nas políticas públicas de saúde. Ferreira (2008), ao questionar os profissionais da saúde sobre o que eles fazem no seu tempo livre, as respostas foram praticar uma atividade física e lazer, que demonstra o interesse do profissional em investir no autocuidado e reforça a importância dessas políticas e ações estratégicas a fim de tornar esse desejo possível, diante dos processos e rotina de trabalho.

A preocupação com a promoção da atividade física e da alimentação saudável está oficialmente registrada na Política Nacional de Promoção da Saúde – PNPS, lançada em 2006,

que visa “promover a qualidade de vida e reduzir vulnerabilidade e riscos à saúde relacionados aos seus determinantes e condicionantes sociais, estilo de vida, condições de trabalho, habitação, ambiente, educação, lazer, cultura e acesso a bens e serviços essenciais”. Essa política mesmo sendo destinada para a população em geral, apresenta estratégias que destacam os profissionais da saúde no intuito de desenvolver a qualificação em ações de promoção da saúde, assim como apoio técnico e financeiro, mas nenhuma estratégia que melhore o estilo de vida dos trabalhadores do SUS (BRASIL, 2018a).

Os profissionais que atuam na AB têm, rotineiramente, a oportunidade de atuar na abordagem sobre um estilo de vida mais saudável, aconselhando sobre alimentação adequada, prática de atividade física, melhora da qualidade do sono, consumo adequado de álcool e outras drogas, além de conversar sobre as CCNTs. Por essa razão, faz-se necessário que os profissionais de saúde atuem em equipes multidisciplinares com desenvolvimento de ações e abordagens tendo o foco na prevenção, proteção e recuperação da saúde dos usuários como preconiza a PNPS (BRASIL, 2018a). Neste contexto, as ações de promoção de saúde, prevenção e controle de agravos devem ser imprescindíveis ao cuidado das pessoas com as CCNTs, incluindo a obesidade, visando garantir um cuidado integral aos usuários, como também àqueles em risco de desenvolvê-las (VAN-DILLEN *et al.*, 2015).

A Lei Orgânica de Segurança Alimentar e Nutricional (LOSAN), define a SAN como a realização do direito de todos ao acesso regular e permanente a alimentos de qualidade, em quantidade suficiente, sem comprometer o acesso a outras necessidades essenciais, tendo como base práticas alimentares promotoras de saúde, que respeite a diversidade cultural e que sejam social, econômica e ambientalmente sustentáveis, interferindo diretamente em melhorar o estilo de vida dos usuários e dos profissionais da saúde (ÁSSIMOS; BATINGA; PINTO, 2021; BRASIL, 2006).

As ações de promoção da SAN demandam uma articulação intrasetorial, ou seja, dentro do SUS e entre o conjunto de ministérios que integram o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (SISAN) de forma intersetorial. Essas articulações estimulam medidas e ações que tentam promover ou estimular um estilo de vida saudável nos indivíduos. Além de medidas recentes que visam a redução dos “ambientes obesogênicos”, (ou seja, locais que tem mais pontos de venda de alimentos industrializados, ultraprocessados do que produtos *in natura* e orgânicos). Essa redução vem sendo comprometida devido a liberdade das regulamentação de publicidade de alimentos, por afetar os interesses comerciais das grandes empresas e indústrias alimentícias o que passa a ser um desafio político e de gestão dificultando o trabalho

dos profissionais de saúde (DIAS *et al.*, 2017).

Para o desenvolvimento de estratégias e ações sobre ter hábitos alimentares saudáveis, o Brasil desenvolveu o material de caráter educativo reconhecido mundialmente, intitulado como guia alimentar para a população brasileira, já em sua segunda edição, é acessível para todos os profissionais de saúde e para a população. O guia apresenta uma abordagem integral do incentivo à alimentação adequada, que tira o foco da quantidade da ingestão alimentar e foca na qualidade dos alimentos que devem ser consumidos, com base na classificação NOVA do grau de processamento dos alimentos. Esse material orienta a população de como aderir hábitos alimentares saudáveis, com o aumento do consumo de alimentos *in natura* ou minimamente processados, como a base da alimentação, e evitar o consumo de alimentos ultraprocessados (BRASIL, 2014b).

O plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas e Agravos Não Transmissíveis (Plano-Dant) no Brasil, entre o período de 2021-2030, reestabelece o compromisso de gestão e priorizando ações e investimentos que auxiliam na redução das CCNTs, assim como seus fatores de riscos modificáveis até 2030. Dentre essas metas encontram-se: “deter o crescimento da obesidade em adultos”; “aumentar a prevalência da prática de atividade física no tempo livre em 30%”; “aumentar o consumo recomendado de frutas e de hortaliças em 30%”; “reduzir o consumo de alimentos ultraprocessados”; “reduzir em 30% o consumo regular de bebidas adoçadas”, “reduzir o consumo abusivo de bebidas alcoólicas em 10%”, “reduzir a prevalência de tabagismo em 40%”, entre outras (BRASIL, 2021).

Mais recentemente o Ministério da Saúde criou a Estratégia de Prevenção e Atenção à Obesidade Infantil (PROTEJA), instituída pela Portaria GM/MS nº 1.862, de 10 de agosto de 2021, sendo uma iniciativa da Coordenação-Geral de Alimentação e Nutrição do Departamento de Promoção da Saúde da Secretaria de Atenção Primária a Saúde do Ministério da Saúde. Com a finalidade de prevenção e atenção à obesidade infantil e suas consequências, auxiliando na melhoria da saúde e da nutrição. Sendo os responsáveis principais os gestores municipais de saúde e os profissionais da saúde, onde as atividades propostas incluem práticas relacionadas a agricultura, SAN, educação e esportes. Proporcionando um ambiente com estímulos a escolhas e hábitos saudáveis para o público infantil, que poderá ter impactos na vida adulta (BRASIL, 2022).

O Brasil adota como políticas públicas de combate ao fumo algumas medidas, tais como o aumento de impostos sob esses produtos, a proibição de propaganda e publicidade, a proibição

de fumo em lugares fechados e as mensagens de advertência nas embalagens. Essas medidas aumentaram o comportamento saudável, como a diminuição no uso de produtos derivados de tabaco (BRASIL, 2022). Segundo a Pesquisa Nacional de Saúde (2019), realizada pelo IBGE, 12,8% dos entrevistados afirmaram ser fumantes. Um estudo mostrou que 52% dos fumantes atuais pensaram em parar de fumar devido às advertências nos maços de cigarro (MALTA *et al.*, 2015) mostrando o impacto das medidas do *marketing* e propaganda (BRASIL, 2020).

A prática de atividade física aumentou nos últimos anos devido a implementação do Programa Academia da Saúde (PAS), lançado em 2011, sendo uma estratégia de promoção da saúde e produção do cuidado que funciona com a implantação de espaços públicos onde são ofertadas práticas de atividades físicas para a população, com equipamentos, áreas de lazer e aulas com profissionais de educação física. As academias de saúde fazem parte da AB, não só abordando a prática de atividade física, mas com o apoio da Equipe de Saúde da Família (eSF) e do Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF), desenvolvendo ações de educação em saúde, de forma integrada com profissionais de outros núcleos de saber (BRASIL, 2018).

Outra estrutura das unidades de AB enquanto espaços saudáveis é a utilização de hortas, reciclagem e oficinas culinárias desenvolvidas pelos profissionais da saúde, que podem ser estendidas para as escolas através do Programa Saúde na Escola (PSE), instituído em 2007 pelo Decreto Presidencial nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007. As políticas de saúde e educação voltadas às crianças, adolescentes, jovens e adultos da educação pública brasileira se unem para promoção de saúde de forma integral. A equipe multiprofissional da AB desenvolvem as ações que envolvem o cuidado abordando temas sobre saúde bucal, saúde mental, atividades de educação alimentar e nutricional (EAN) como as oficinas culinárias e a criação da horta na escola (BRASIL, 2015).

O Ministério da Saúde lançou em 2012 a PNST, que tem como finalidade definir os princípios, as diretrizes e as estratégias realizadas nas três esferas de gestão do SUS, para o desenvolvimento da atenção integral à saúde do trabalhador. A política alinha-se com o conjunto de políticas de saúde no âmbito do SUS, no entanto, o foco é estimular determinantes do processo saúde-doença. Um dos objetivos da PNST é promover a saúde de ambientes de trabalhos saudáveis, como a inclusão de parâmetros de proteção à saúde dos trabalhadores e de manutenção de ambientes de trabalho saudáveis, mas não foca em desenvolver um estilo de vida saudável (BRASIL, 2014a).

Atualmente não há uma política pública do Ministério da Saúde específica para os profissionais de saúde, o que dificulta o profissional de buscar o serviço devido a sua rotina de

trabalho. Vale ressaltar que todas as políticas, programas e ações relatadas acima, com ênfase no cuidado das pessoas com CCNTs, da obesidade e na promoção da saúde, embora executadas pelos profissionais de saúde, também são destinadas a eles, enquanto cidadãos brasileiros. Necessitando de um incentivo da gestão melhorar os recursos humanos em saúde que valorize o planejamento, a regulação das relações de trabalho, o acesso a saúde de forma preventiva, assim como, ações de educação permanente dos profissionais para garantir um estilo de vida mais saudável e melhorar o cotidiano dos profissionais do SUS independente do seu nível de assistência.

4 HIPÓTESES

H1. Os profissionais de saúde terão uma boa concordância entre a autopercepção e a prática mensurada de atividade física, consumo alimentar e estilo de vida após a participação em curso do projeto ECOASUS-PE.

H2. Aspectos sociodemográficos, autopercepção e estado nutricional serão fatores determinantes para uma mudança no estilo de vida entre os profissionais da saúde após a participação do curso ECOASUS-PE.

H3. Profissionais de saúde da atenção básica de Pernambuco apresentarão mudanças positivas no seu estilo de vida após participação em curso voltado ao cuidado da pessoa com obesidade.

5 OBJETIVOS

5.1 GERAL

Avaliar as mudanças no estilo de vida de profissionais da atenção básica em saúde após a participação no curso sobre o cuidado da pessoa com obesidade do projeto ECOASUS-PE.

5.2 ESPECÍFICOS

- ✓ Apresentar as características sociodemográficas, do estado nutricional, da autopercepção e do estilo de vida dos profissionais da saúde do grupo de intervenção (GI) e grupo controle (GC);
- ✓ Relacionar a evolução do estado nutricional, autopercepção e estilo de vida dos profissionais de saúde do GI e GC, no início e ao final da pesquisa;
- ✓ Analisar mudanças nos hábitos alimentares dos profissionais de saúde que participaram do curso do ECOASUS-PE;
- ✓ Verificar a concordância entre a autopercepção e a prática mensurada de atividade física, do consumo alimentar, do estilo de vida e do estado nutricional dos profissionais de saúde antes e após a participação no curso do ECOASUS-PE;
- ✓ Associar o estilo de vida dos profissionais da saúde com dados sociodemográficos, autopercepção do estado nutricional, da saúde, do nível de atividade física, da alimentação e da saúde mental antes e após o curso do ECOASUS-PE.

6 METÓDOS

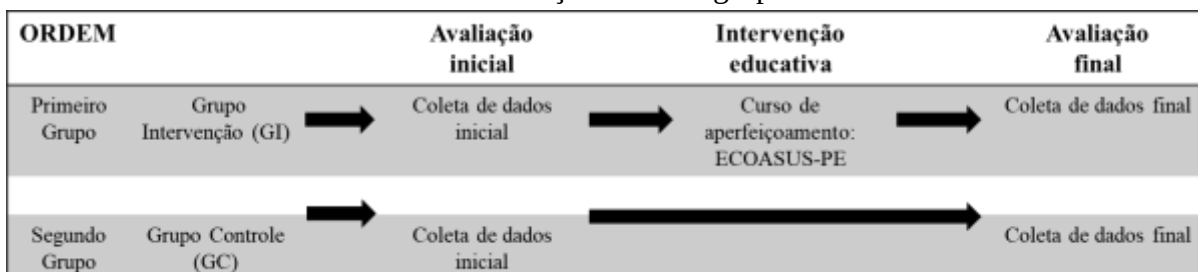
Este estudo está vinculado ao projeto “Processos Formativos para o Enfrentamento e Controle da Obesidade no Âmbito do SUS em Pernambuco (ECOASUS – PE)”, que surgiu a partir de uma chamada do Ministério da Saúde, pelo CNPq/MS/SAS/DAB/CGAN de número 26/2018, o qual foi realizado no início de junho de 2021 a janeiro de 2022. O projeto teve como objetivo geral avaliar a organização da atenção nutricional e a gestão das ações de alimentação e nutrição no âmbito da AB, analisando os profissionais de saúde, assim como, o impacto de um curso voltado para qualificação dos profissionais de saúde e gestores da AB acerca do cuidado à pessoa com obesidade e gestão das ações de alimentação e nutrição. O curso destinado à qualificação dos profissionais de saúde foi intitulado: “Enfrentamento e Cuidado da Obesidade na Atenção Básica em Pernambuco – ECOASUS-PE” e é objeto desta pesquisa de mestrado. Portanto, a presente proposta teve como intuito verificar se este curso/ intervenção, interferiu no estilo de vida e autocuidado dos próprios profissionais de saúde, para além de qualificar o cuidado com os usuários.

6.1 DESENHO DA PESQUISA

O presente estudo é do tipo quase experimental, utilizando o método de série consecutiva para alocação dos participantes nos grupos, como mostra a figura 01. Este delineamento foi escolhido por ser adequado para responder às questões do estudo diante da impossibilidade de randomização dos grupos.

Devido à logística do curso de formação, os profissionais de saúde realizaram a sua inscrição no curso e foram convidados a participar da pesquisa. A seleção dos grupos, deu-se pela continuidade dos inscritos no curso. Para os profissionais que realizaram o curso de forma integral foram considerados aptos para entrar no grupo intervenção (GI). Já os profissionais desistentes do curso antes de iniciarem, sem receber nenhuma informação, considerados aptos para o grupo controle (GC). De acordo com Burns e Grove (2013) o fato de não haver a randomização dos participantes devido ao contexto e condições logísticas do recrutamento, não inviabiliza o teste.

Figura 01. Desenho do estudo quase experimental utilizando delineamento pré-intervenção e pós- intervenção com dois grupos (intervenção – GI e controle – GC) com ausência de randomização entre os grupos.



Fonte: Autoria Própria, 2023.

Antes da primeira coleta de dados foi realizado o recrutamento com todos os participantes do estudo por meio de uma conversa, para a explicação de como ocorreria a pesquisa. Após consentimento, autorizado virtualmente, foi iniciada a primeira etapa da coleta de dados que aconteceu antes do curso ECOASUS-PE com as informações de caracterização da amostra. O mesmo questionário foi aplicado ao final do curso, onde foi lembrado aos participantes de que já tinham respondido inicialmente a esse questionário, que as respostas deveriam considerar o momento atual. O período para o início da segunda coleta virtual foi conforme o tempo individual de finalização do curso com duração média de 6 meses. O período entre a coleta dos dados foi o mesmo para ambos os grupos.

6.2 PÚBLICO-ALVO E LOCAL DA PESQUISA

Neste estudo, o público-alvo foram os profissionais de saúde, com nível superior, preferencialmente vinculados ao NASF, equipes da eSF e equipes de atenção básica (eAB) de municípios pernambucanos, composto por educadores físicos, nutricionistas, fisioterapeutas, psicólogos, assistentes sociais, farmacêuticos, sanitaristas, médicos, fonoaudiólogos, enfermeiros, terapeutas ocupacionais, dentistas e veterinários.

6.3 AMOSTRAGEM

Para a determinação do tamanho da amostra, foi utilizada a equação de cálculo de amostra para duas proporções experimentais, dada por:

$$n = \frac{[z_{\alpha/2}\sqrt{p_1 \cdot q_1 + p_2 \cdot q_2} + z_{(1-\beta)}\sqrt{p_1 \cdot q_1 + p_2 \cdot q_2}]^2}{(p_2 - p_1)^2}$$

Fonte: (ARANGO, H.G.; p. 360; 2011).

Em que:

- $z_{\alpha/2}$ = quartil da normal padrão (1,96, quando considerado um coeficiente de confiança de 95%);
- $z_{(1-\beta)}$ = quartil da normal padrão em função do poder do teste (0,84, quando considerado um poder do teste de 80%);
- p_1 = prevalência esperada de profissionais de saúde com adequado estilo de vida no grupo controle ($p = 0,50$);
- q_1 = prevalência esperada de profissionais de saúde com inadequado estilo de vida no grupo controle ($p = 0,50$);
- p_2 = prevalência esperada de profissionais de saúde com adequado estilo de vida no grupo intervenção ($p = 0,80$);
- q_2 = prevalência esperada de profissionais de saúde com adequado estilo de vida no grupo controle ($p = 0,20$);

A equação de cálculo de amostra para duas proporções experimentais, considerou um nível de confiança de 95%, o poder do teste de 80% e as prevalências esperadas de estilo de vida saudável de 0,50 no grupo controle, ou seja, espera-se uma mudança de 50% e de 0,76 do grupo intervenção, ou seja, espera-se uma mudança de mais de 75% para os profissionais que finalizaram a realização do curso ECOASUS-PE, resultando em um aumento final de 25%. Com isso, tem-se que o tamanho amostral necessário para cada grupo é de 51 profissionais, totalizando um mínimo de 102 observações na amostra.

6.4 CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE

Foram incluídos os profissionais da saúde, com nível superior, vinculados às equipes dos NASF, eSF ou das eAB do estado de Pernambuco, devidamente matriculados no curso de formação do projeto ECOASUS-PE. Por outro lado, foram excluídos aqueles sem vínculo comprovado com a rede de saúde do SUS e que não se consideraram aptos ao uso de tecnologias de informação, que não tinham nenhum acesso à internet, assim como as profissionais gestantes.

6.5 CURSO: “ENFRENTAMENTO E CUIDADO DA OBESIDADE NA ATENÇÃO BÁSICA EM PERNAMBUCO – ECOASUS-PE”

O curso realizado pelo GI foi intitulado “Enfrentamento e Cuidado da Obesidade na Atenção Básica em Pernambuco”. O mesmo teve como base o contexto atual da obesidade e seus agravos, devido as elevadas prevalências dessa morbidade e os desafios para a saúde

pública, destacando a necessidade de uma visão ampliada sobre a temática.

Para a construção do curso, inicialmente foram convidados 20 especialistas sobre o assunto, nomeados como “conteudistas” para compor a equipe ECOASUS-PE, com a função de elaborar o curso e os materiais didáticos de maneira que pudesse englobar a obesidade nos diversos âmbitos da saúde pública. Os conteudistas exploraram os assuntos abordando a teoria e a prática educacional, incluindo o planejamento, elaboração, desenvolvimento dos materiais de estudo e um livro pedagógico, disponível em dois volumes intitulado “Uma visão ampliada da obesidade: Reflexões sobre o cuidado na atenção básica.” (SOUZA, *et al.*, 2021b, 2021c).

O curso de aperfeiçoamento foi executado através de oficinas remotas disponibilizadas por meio de um Ambiente Virtual de Aprendizagem (AVA). O AVA ficou disponível através da ferramenta *Moodle* e contou com metodologias didático-pedagógicas inovadoras, tais como: simulação de situações problemas, questões problematizadoras, cidade virtual, fóruns, vídeos e projetos construídos coletivamente. Além disso, buscou-se estruturar essa formação a partir de metodologias didático-pedagógicas inovadoras e recursos digitais que possibilitaram apresentar o conteúdo em uma linguagem diversificada, incentivando a construção coletiva do conhecimento e promovendo a interatividade.

O curso de aperfeiçoamento foi realizado em 180 horas, na modalidade à distância, sendo distribuído em seis módulos, executados em um período médio de seis meses. No início do curso foi disponibilizado um período de ambientação em que o participante podia explorar toda a plataforma do AVA, após esse período foi iniciado os módulos entre os dias 16 de junho de 2021 e finalizado no dia 22 de janeiro de 2022. Os temas trabalhados nos módulos estão ilustrados na figura 02, contendo as temáticas de cada módulo, o objetivo com o qual foi elaborado, e sua abordagem no estilo de vida relacionado em cada tema.

Figura 02. Objetivos e abordagem do estilo de vida dos módulos do curso Enfrentamento e Cuidado da Obesidade na Atenção Básica – ECOASUS – PE, Brasil, 2021/22.

Enfrentamento e Cuidado da Obesidade na Atenção Básica – ECOASUS – PE	
	Módulo 1 – Determinantes sociais e comerciais da saúde e sua relação com a obesidade
	OBJETIVOS DO MÓDULO - Conceituar a evolução dos determinantes sociais da saúde (DSS) e enfatizar a sua relação com a pandemia de obesidade; - Discutir a importância do incentivo à atividade física; - Fornecer subsídios epidemiológicos quanto à situação da obesidade em Pernambuco e no país; - Estimular reflexões sobre a sindemia de obesidade, desnutrição e mudanças climáticas, bem como o seu impacto na saúde humana e economia mundial.

ABORDAGEM NO ESTILO DE VIDA	- Hábitos alimentares saudáveis; - Prática de atividade física; - Saúde mental.
	Módulo 2 – Sistemas alimentares: abordagem conceitual e suas implicações na saúde
OBJETIVOS DO MÓDULO	- Conceituar os sistemas alimentares existentes; - Apresentar os impactos destes sistemas no âmbito político, econômico, social e da saúde, e sua relação com a obesidade; - Apresentar as políticas e programas para a garantia do Direito Humano à Alimentação e Nutrição Adequadas (DHANA); - Abordar a agroecologia como estratégia de promoção da saúde e de sistemas alimentares sustentáveis.
ABORDAGEM NO ESTILO DE VIDA	- Hábitos alimentares saudáveis; - Prática de atividade física.
	Módulo 3 – Guia Alimentar para a População Brasileira como instrumento na promoção da alimentação saudável
OBJETIVOS DO MÓDULO	- Abordar o Guia Alimentar e fundamentar sua utilização no âmbito da atenção básica. - Apresentar o Guia como instrumento de diagnóstico e orientações quanto ao aconselhamento nutricional; - Contextualizar o ato de comer e a comensalidade como dimensões fundamentais para a adesão a uma alimentação saudável; - Identificar os desafios contemporâneos para implementação das atuais recomendações de um consumo que seja sustentável e promotor da saúde.
ABORDAGEM NO ESTILO DE VIDA	- Hábitos alimentares saudáveis; - Prática de atividade física; - Consumo moderado de bebidas alcoólicas.
	Módulo 4 – Uma visão sistêmica da obesidade pautada na interprofissionalidade: estratégias de educação e práticas integrativas e complementares em saúde
OBJETIVOS DO MÓDULO	- Conceituar sobre a visão sistêmica da saúde a partir da multi e interprofissionalidade. - Apresentar as práticas integrativas e complementares em saúde como contribuinte para uma abordagem integral no cuidado às pessoas com obesidade; - Apresentar a educação em saúde em interface com a educação alimentar e nutricional (EAN) como estratégias para promoção da saúde de maneira ampliada, prevenção e tratamento da obesidade, em particular; - Incentivar a construção de projetos participativos a partir do que já foi trabalhado nas unidades anteriores.
ABORDAGEM NO ESTILO DE VIDA	- Hábitos alimentares saudáveis; - Saúde mental;
	Módulo 5 – Abordagem comportamental: estágios motivacionais e estratégias para mudanças do comportamento alimentar

OBJETIVOS DO MÓDULO	- Descrever a importância da identificação do estágio de motivação para a mudança de comportamento através do modelo transteórico; - Auxiliar a compreender os fatores e mecanismos envolvidos no comportamento alimentar dos indivíduos; - Identificar a percepção e aceitação da autoimagem corporal e busca refletir como esses aspectos podem interferir na mudança de comportamento alimentar; - Apresentar estratégias de alimentação consciente, que poderão ser introduzidas na sua prática com os usuários a fim de melhorar a relação com o alimento.
ABORDAGEM NO ESTILO DE VIDA	- Hábitos alimentares saudáveis; - Saúde mental; - Prática de atividade física; - Consumo moderado de bebidas alcoólicas; - Cessação do fumo.
 Módulo 6 – Equipamentos públicos de promoção da saúde com ênfase no Programa Academia da Saúde e no Programa Saúde na Escola	
OBJETIVOS DO MÓDULO	- Apresentar os princípios fundamentais do Programa Academia da Saúde (PAS) e do Programa Saúde na Escola (PSE); - Mostrar os programas como estratégias territorializadas de promoção da saúde, prevenção e cuidado à obesidade; - Explorar as potencialidades e desafios relacionados à integração dos processos de trabalho das equipes de atenção básica (NASF/ eSF/ eAB) com as ações das escolas referenciadas e/ou dos polos de academia da saúde.
ABORDAGEM NO ESTILO DE VIDA	- Hábitos alimentares saudáveis; - Prática de atividade física; - Consumo moderado de bebidas alcoólicas; - Cessação do fumo.

Fonte: Autoria própria, 2023; SOUZA, *et al.*, 2021b, 2021c.

Levando em consideração o atual contexto da pandemia, o curso se deu remotamente, essencialmente com atividades assíncronas e alguns encontros síncronos através das plataformas *StreamYard*, *GoogleMeet* e *Youtube*. A equipe pedagógica também contou com 15 tutores de aprendizagem para auxiliar e orientar os profissionais, elucidar dúvidas, promover momentos de interação e corrigir as atividades.

6.6 INSTRUMENTO E PROCEDIMENTOS PARA COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi realizada por meio de questionário eletrônico contendo questões socioeconômicas, demográficas, de estilo de vida, autopercepção de saúde e estado nutricional (Apêndice B). O formulário foi transferido para o *Googleforms* e disponibilizado na plataforma, além de ser enviado por meio eletrônico, via endereço de e-mail e redes sociais, em ambos os momentos da coleta realizado inicialmente no período de junho de 2021 e finalizado no período de janeiro de 2022.

Para atingir os objetivos dessa pesquisa foram coletadas variáveis socioeconômicas e

demográficas como: sexo, idade, cor/raça, renda familiar, área de trabalho (rural ou urbano), a macrorregião de saúde em que atua, maior nível de titulação, realização de outro(s) curso(s) voltado(s) à obesidade. Também foram perguntados dados sobre a autopercepção de saúde, estado nutricional e estilo de vida dos profissionais nos dois momentos de coleta de dados.

Em relação aos dados de autopercepção de saúde, foi perguntado aos profissionais como eles se autoavaliam considerando a resposta referente à seguinte pergunta: O(a) Sr.(a) classificaria seu estado de saúde/ estado nutricional/ nível de atividade física/ alimentação/ estado emocional/ estilo de vida como: “muito bom ou bom”, “regular”, “ruim ou muito ruim”? possibilitando analisar o percentual dos participantes que avaliaram negativamente a sua percepção de saúde (BRASIL, 2011, 2022c). Para as variáveis de autopercepção do estilo de vida, saúde e hábitos alimentares foi realizado o agrupamento entre as categorias regular em ruim e muito ruim, devido a quantidade pequena de observações em uma das categorias.

Para a avaliação do estado nutricional foram coletados dados de peso e altura autorreferidos como realizados nos estudos de Silveira *et al.* (2005) e Pregnotato *et al.* (2009), como também na VIGITEL (2022c). Esses dados foram utilizados para o cálculo do IMC, mediante a razão entre a medida de massa corporal, expressa em quilogramas, e altura, expressa em metros ao quadrado (kg/m^2). De posse dos valores de IMC, o estado nutricional foi classificado de acordo com a OMS (WHO, 1995): baixo peso ($\leq 18,5 \text{ Kg/m}^2$), eutrofia ($18,5 \text{ Kg/m}^2 \geq \text{IMC} \leq 24,9 \text{ kg/m}^2$), sobrepeso ($25 \text{ kg/m}^2 \geq \text{IMC} \leq 29,9 \text{ kg/m}^2$) e obesidade ($\text{IMC} \geq 30 \text{ kg/m}^2$). Em relação as variáveis de estilo de vida foram analisadas questões referentes a prática de atividade física, consumo de álcool e fumo, como também os hábitos alimentares de cada profissional.

Referente aos dados voltados ao nível de atividade física foi questionado aos profissionais de saúde, se “o Sr.(Sr.^a) tem o hábito de realizar alguma atividade física?”, se positivo, foi necessário especificar o tipo de atividade que o profissional realizou nos últimos 30 dias, a frequência na semana e o tempo de duração dessa atividade no dia. Para fins de classificação, foram consideradas inativas as pessoas que não praticavam nenhum tipo de atividade física, fisicamente ativos os profissionais da saúde que autorreferiram prática de atividade física de intensidade moderada, correspondendo as seguintes situações: a) entre 150 min (2h:30min) a 300min (5h) por semana, b) atividades intensas por pelo menos 75 minutos (1h:10min) a 150 minutos (2h:30min) por semana, com essa classificação, os profissionais que realizam atividade física abaixo do nível recomendado foram classificados como ativos insuficientes e quando ultrapassar a meta recomendada foram considerados muito ativos,

segundo critérios do *Physical Activity Guidelines for Americans* de 2018 (U.S., 2018).

Avaliou-se também o consumo autorreferido de bebida alcoólica sendo considerado consumo abusivo de bebidas alcoólicas cinco ou mais doses (homem) ou quatro ou mais doses (mulher), pelo menos uma vez nos últimos 30 dias, conforme resposta as questões: “nos últimos 30 dias, o(a) Sr.(a) ingeriu alguma bebida alcóólica? Se sim, quantas doses?”. Considerando que uma dose de bebida alcoólica corresponde a uma lata de cerveja de 350ml, uma taça de vinho ou uma dose de cachaça, whisky ou qualquer outra bebida alcoólica destilada (BRASIL, 2020a, 2022c).

Para os dados referentes ao tabagismo, foram considerados fumantes os indivíduos que responderam positivamente à questão: “Atualmente, o(a) Sr.(a) fuma?”, independentemente do número de cigarros, da frequência e da duração do hábito de fumar, assim como ex-fumantes os que deixaram de fumar há pelo menos um mês. Foram classificados como fumantes passivos os participantes que não fumam e apresentam um ou mais fumantes no seu convívio com o hábito de fumar perto de você, e classificados como não fumantes os que nunca fizeram uso de tabaco (BRASIL, 2020a, 2022c).

O consumo alimentar foi avaliado pela escala autoaplicável para avaliação da alimentação segundo as recomendações do guia alimentar para a população brasileira, composta por 24 perguntas que investigam sobre a escolha dos alimentos, o modo de comer, a organização doméstica e o planejamento relacionado aos hábitos alimentares, de acordo com o que mais se identifica no dia a dia (Apêndice B). Este questionário foi validado Gabe (2019). Para cada pergunta o questionário permite responder em uma escala contendo 4 opções de respostas, “discordo fortemente”, “discordo”, “concordo” e “concordo fortemente”, cada opção apresenta uma pontuação, que ao ser somada pode ser analisada em uma escala (GABE, 2019).

Referente a pontuação do questionário citado anteriormente, foi dividido em até 31 pontos, indicando que o profissional apresenta hábitos alimentares inadequados, devendo ter atenção a sua alimentação, e sugere deixar a alimentação mais saudável e prazerosa. Entre 31 e 41 pontos indica que o profissional de saúde apresentou hábitos alimentares em risco, necessitando de uma melhora nos seus hábitos e seguindo o caminho para uma alimentação mais saudável. Para os profissionais que obtiveram mais de 41 pontos, indicou que seus hábitos alimentares estavam adequados e sugere que continue a melhorar os aspectos que ainda seja possível melhorar para ter cada vez mais uma alimentação mais saudável (GABE, 2019). Para analisar a mudança dos hábitos antes e após o curso, as respostas do questionário foram

transformadas em bivariadas, juntando “concordo fortemente” com “concordo” e a segunda juntando “discordo fortemente” e “discordo”.

Para a construção da variável dependente de estilo de vida foi criado um escore para a sua avaliação. Sendo utilizado as variáveis referentes aos hábitos alimentares, à prática de atividade física, ao consumo de álcool e de fumo. Para variável referente ao nível de atividade física foram considerados “adequados” os profissionais que foram classificados como “ativos” e “muito ativos” e “inadequados” os “pouco ativos” e “inativos”. Para a variável de consumo de bebida alcoólica, foram considerados “consumo adequado” os profissionais classificados como “não consomem” e os que “consomem moderadamente” e “consumo inadequado” os classificados como “consumo abusivo”. Para a variável do fumo foi classificado como “Não fumantes”, os profissionais de saúde que “não fumam”, “ex-fumantes” e “fumantes passivos”, e considerados com “fumantes” os que informaram que “fumam”. Em relação aos hábitos alimentares foi classificado como saudáveis os que foram classificados como “hábitos alimentares adequados” e não saudáveis os que foram classificados como “hábitos alimentares em risco” e “hábitos alimentares inadequados”. Em seguida foi atribuído um ponto para cada hábito de estilo de vida saudável. Por fim, para realizar a classificação do estilo de vida saudável, foi atribuído um ponto de corte de 3 pontos ou mais, já para o estilo de vida não saudável aqueles que apresentaram 2 ou menos pontos.

6.7 ASPECTOS ÉTICOS

Os participantes foram recrutados por livre demanda, a partir do interesse em participar do curso. As inscrições foram realizadas por meio de formulário *online* no *Googleforms*, divulgado via redes sociais e rede de contatos dos gestores municipais, regionais e estaduais de Pernambuco.

A pesquisa foi apresentada aos participantes nos momentos síncronos do curso e foi enviada uma nota explicativa para cada inscrito, além de ficarem disponíveis na plataforma virtual. Tanto na reunião virtual, como por meio eletrônico foram detalhados os procedimentos de coleta de dados, riscos e benefícios, esclarecendo as dúvidas antes de solicitar a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE no formato virtual (Apêndice A). Assim, a participação na pesquisa aconteceu de forma voluntária, após explicações de todas as etapas da proposta aos entrevistados.

Para todos os participantes que aceitaram participar da pesquisa voluntariamente foi solicitada a assinatura do TCLE (Apêndice A). O participante também ficou ciente de que

pode desistir da pesquisa em qualquer momento, sem danos ou prejuízos. O presente projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFPE/CAV, sob registro no Certificado de Apresentação de Apreciação Ética – CAAE: 5141621.2.0000.9430 (Anexo A), em atendimento aos preceitos da ética em pesquisa envolvendo seres humanos, conforme Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

6.8 ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS

Quanto ao processamento e análise de dados, foi utilizado o programa *Statistical Package for the Social Sciences* - SPSS, versão 19.0 e *Epi info*, versão 6.0. Na criação dos gráficos foi utilizado a planilha eletrônica *Microsoft Excel*, versão 2010. Para caracterizar o perfil sociodemográfico dos profissionais da saúde foi realizada as análises descritivas como frequências e percentuais e construídas as distribuições das variáveis qualitativas.

Para analisar as mudanças nos hábitos alimentares dos profissionais de saúde que participaram do curso ECOASUS-PE foi construída a tabela de contingência para cada item no instrumento. A comparação da distribuição dos hábitos alimentares entre o momento antes e após o curso foi feito pelo teste MCNeymar. Para verificar a variação da classificação das mudanças no estado nutricional, estilo de vida e a autopercepção de saúde inicial e final do curso foi feita a associação desses fatores com o tempo do curso. Para relacionar as mudanças no estilo de vida dos profissionais da saúde com a participação do curso de formação voltada ao cuidado à pessoa com obesidade foi feita a comparação da classificação do estilo de vida entre o GI e o GC no momento inicial e após a finalização do curso. Em todas as análises comparativas entre o momento inicial e final do curso ECOASUS-PE, em cada grupo analisado e entre os grupos analisados, foi aplicado o teste qui-quadrado para homogeneidade, utilizando como nível de significância 5% (p de erro $\alpha \leq 0,05$).

Para relacionar o estilo de vida dos profissionais da saúde com dados sociodemográficas, autopercepção, estilo de vida e estado nutricional, antes e após o curso, foi aplicado o teste qui-quadrado para independência (Tabela 04). Nos casos em que as suposições do teste qui-quadrado não foram satisfeitas, foi aplicado o teste exato de Fisher. Na comparação da distribuição da tabela de contingência antes e após o curso foi aplicado o teste de qui-quadrado de Mantel-Haenszel, transformando todas as variáveis em binárias (Tabela 04). O nível de significância adotado foi de 5% (p de erro $\alpha \leq 0,05$) e significância limítrofe ($p > 0,05$ e $< 0,10$).

7 RESULTADOS

Participaram do estudo 109 profissionais de saúde, dos quais 51 concluíram o curso do ECOASUS-PE, constituindo o grupo intervenção (GI), e 58 fizeram a inscrição, mas não participaram do curso, constituindo o grupo controle (GC). Desses profissionais, 45,9% eram nutricionistas, 13,8% profissionais de educação física, 11,0% psicólogos, 10,1% enfermeiros, 6,4% assistentes sociais, 5,5% fisioterapeutas e os demais somaram em 7,3%, incluindo fonoaudiólogo, terapeutas ocupacionais, sanitaristas, dentistas e veterinários.

Na tabela 01 verifica-se que a maioria dos profissionais era do sexo feminino e que o GI e GC possui características semelhantes, exceto pelo grau de formação ($p=0,012$) e autopercepção da saúde mental ($p=0,006$). Em ambos os grupos a maioria dos profissionais de saúde tinha concluído especialização/residência, entretanto com maior percentual no GI ($p=0,012$). Além disso, no GI mais da metade dos profissionais avaliou sua saúde mental como regular e no GC a maioria avaliou como muito bom ou bom ($p=0,006$).

No que se refere ao estilo de vida é possível observar que no GC a prevalência de pessoas com obesidade (13,8%) e uso abusivo do álcool (22,4%) é maior, quando comparado ao GI ($p=0,741$; $p=0,152$, respectivamente). Por outro lado, no GI o número de fumantes (11,8%) e pessoas inativas (27,6%) é superior ($p=0,090$; $p=0,698$, respectivamente). As diferenças apresentadas não são significantes entre os grupos.

Tabela 01. Caracterização do perfil sociodemográfico, estado nutricional, autopercepção e estilo de vida de profissionais de saúde que pertencem ao GI e ao GC no curso do projeto ECOASUS-PE, Brasil, 2021/22.

Variáveis	GI (n= 51) N (%)	GC (n= 58) N (%)	p-valor
Sexo			0,093¹
Masculino	4 (7,8)	11 (19,0)	
Feminino	47 (92,2)	47 (81,0)	
Idade			0,133¹
20-29	15 (29,4)	21 (36,2)	
30-39	15 (29,4)	19 (32,8)	
40-49	18 (35,3)	10 (17,2)	
50+	3 (5,9)	8 (13,8)	
Cor da pele			0,689¹
Branco	19 (37,3)	25 (43,1)	
Preto	6 (11,8)	5 (8,6)	
Pardo	22 (43,1)	26 (44,9)	
Outros	4 (7,8)	2 (3,4)	

Renda Familiar*			0,662 ¹
-Até 3 SM	17 (34,0)	22 (40,0)	
-Mais de 3 SM até 4 SM	18 (36,0)	15 (27,3)	
-Mais de 4 SM	15 (30,0)	18 (32,7)	
Área de trabalho			0,171 ¹
Urbano	48 (94,1)	50 (86,2)	
Rural	3 (5,9)	8 (13,8)	
Macrorregião em saúde			0,988 ¹
Metropolitana	25 (49,0)	27 (46,6)	
Agreste	18 (35,3)	20 (34,5)	
Sertão	3 (5,9)	4 (6,8)	
Vale do São Francisco e Araripe	5 (9,8)	7 (12,1)	
Maior Titulação			0,012 ¹
Graduação	6 (11,8)	20 (34,5)	
Especialização / Residência	35 (68,6)	33 (56,9)	
Mestrado / Doutorado	10 (19,6)	5 (8,6)	
Participou de formação sobre obesidade			0,665 ¹
Sim	16 (31,4)	16 (27,6)	
Não	35 (68,6)	42 (72,4)	
Autopercepção do estado nutricional			0,367 ¹
Baixo peso	3 (5,9)	3 (5,2)	
Peso adequado	26 (51,0)	29 (50,0)	
Sobrepeso	21 (41,2)	20 (34,5)	
Obesidade	1 (1,9)	6 (10,3)	
Autopercepção da Saúde			0,090 ¹
Muito bom / Bom	31 (60,8)	44 (75,9)	
Regular / Ruim / Muito ruim	20 (39,2)	14 (24,1)	
Autopercepção do nível de atividade física			0,286 ¹
Muito bom / Bom	18 (35,3)	23 (39,7)	
Regular	22 (43,1)	17 (29,3)	
Ruim / Muito ruim	11 (21,6)	18 (31,0)	
Autopercepção da Alimentação			0,179 ¹
Muito bom / Bom	37 (72,5)	35 (60,3)	
Regular / Ruim / Muito ruim	14 (27,5)	23 (39,7)	
Autopercepção da Saúde Mental			0,006 ¹
Muito bom / Bom	19 (37,3)	32 (55,2)	
Regular	28 (54,9)	15 (25,9)	
Ruim / Muito ruim	4 (7,8)	11 (18,9)	
Autopercepção do estilo de vida			0,595 ¹
Muito bom / Bom	35 (68,6)	37 (63,8)	
Regular / Ruim / Muito ruim	16 (31,4)	21 (36,2)	
Estado nutricional – IMC			0,741 ¹
Baixo peso	1 (2,0)	1 (1,7)	
Peso adequado	32 (62,7)	30 (51,7)	
Sobrepeso	13 (25,5)	19 (32,8)	
Obesidade	5 (9,8)	8 (13,8)	

Consumo de bebida alcoólica			0,152 ¹
Não consome	28 (54,9)	22 (37,9)	
Uso moderado	17 (33,3)	23 (39,7)	
Uso Abusivo	6 (11,8)	13 (22,4)	
Fumo			0,090¹
Não fumante	45 (88,2)	58 (100)	
Fumante	6 (11,8)	0 (0,0)	
Nível de atividade física			0,698 ¹
Inativo	14 (27,6)	14 (24,1)	
Ativo Insuficiente	8 (15,7)	6 (10,3)	
Ativo	8 (15,7)	8 (13,8)	
Muito Ativo	21 (41,2)	30 (51,8)	
Hábitos Alimentares			0,630 ¹
Adequados	5 (9,8)	4 (6,9)	
Em risco	13 (25,5)	19 (32,8)	
Inadequado	33 (64,7)	35 (60,3)	

GI: Grupo intervenção; GC: Grupo controle; ¹p-valor do teste Qui-quadrado para homogeneidade; *N= 105. Fonte: Autoria própria, 2023.

Na tabela 02 verifica-se que no momento inicial do curso a maioria dos profissionais de saúde do GI informou que tinha uma boa autopercepção de saúde (60,8%) e após o curso houve um aumento significativo deste percentual (80,4%; $p = 0,049$). Outras diferenças foram observadas em relação ao hábito de fumar ($p = 0,027$) e estilo de vida ($p = 0,038$), resultando na redução de fumantes (GI inicial = 11,8%; GI final = 0,0%; $p = 0,009$) e aumento de pessoas que aderiram a um estilo de vida saudável (GI inicial = 74,5%; GI final = 90,2%; $p = 0,007$), ao final do curso.

Ainda na tabela 02, a diferença da distribuição do excesso de peso no momento final entre o GI e GC foi estatisticamente significativo ($p = 0,038$), mostrando que o GI teve uma menor prevalência de excesso de peso (35,2%) comparado ao GC (55,2%). O mesmo aconteceu com o consumo de bebida alcoólica ($p = 0,031$), hábitos alimentares ($p = 0,036$) e estilo de vida ($p = 0,007$), sendo a prevalência de consumo inadequado menor no GI (consumo inadequado de álcool: GI = 9,8%; GC = 25,9% / hábitos alimentares não saudáveis: GI = 25,5%; GC = 44,8% / estilo de vida não saudável: GI = 9,8%; GC = 31,0%).

Tabela 02. Distribuição do estado nutricional, autopercepção e estilo de vida de profissionais da saúde, no início e ao final da participação no curso do projeto ECOASUS-PE, Brasil, 2021/22.

Fator avaliado	GI (N=51)		GC (N=58)		p-valor ²	p-valor ³
	Inicial N (%)	Final N (%)	Inicial N (%)	Final N (%)		
Autopercepção da Saúde					0,090²	0,569 ³
Muito bom / Bom	31 (60,8)	41 (80,4)	44 (75,9)	44 (75,9)		
Regular / Ruim / Muito ruim	20 (39,2)	10 (19,6)	14 (24,1)	14 (24,1)		
p-valor	0,049¹		1,000 ¹			

Autopercepção do Nível de atividade física					0,286 ²	0,818 ³
Muito bom / Bom	18 (35,3)	19 (37,3)	23 (39,7)	21 (36,2)		
Regular	22 (43,1)	23 (45,1)	17 (29,3)	24 (41,4)		
Ruim / Muito ruim	11 (21,6)	9 (17,6)	18 (31,0)	13 (22,4)		
p-valor	0,883 ¹		0,351 ¹			
Autopercepção da Alimentação					0,179 ²	0,617 ³
Muito bom / Bom	37 (72,5)	34 (66,7)	35 (60,3)	36 (62,1)		
Regular / Ruim / Muito ruim	14 (27,5)	17 (33,3)	23 (39,7)	22 (37,9)		
p-valor	0,667 ¹		1,000 ¹			
Autopercepção da Saúde Mental					0,006 ²	0,612 ³
Muito bom / Bom	19 (37,3)	29 (56,9)	32 (55,2)	31 (53,4)		
Regular	28 (54,9)	18 (35,3)	15 (25,9)	19 (32,8)		
Ruim / Muito ruim	4 (7,8)	4 (7,8)	11 (18,9)	8 (13,8)		
p-valor	0,126 ¹		0,628 ¹			
Autopercepção do estilo de vida					0,595 ²	0,192 ³
Muito bom / Bom	35 (68,6)	40 (78,4)	37 (63,8)	39 (67,2)		
Regular / Ruim / Muito ruim	16 (31,4)	11 (21,6)	21 (36,2)	19 (32,8)		
p-valor	0,262 ¹		0,696 ¹			
Excesso de peso					0,234 ²	0,038 ³
Sim	18 (35,3)	18 (35,3)	27 (46,6)	32 (55,2)		
Não	33 (64,7)	33 (64,7)	31 (53,4)	26 (44,8)		
p-valor	1,000 ¹		0,457 ¹			
Consumo de bebida alcoólica					0,144 ²	0,031 ³
Adequado	45 (88,2)	46 (90,2)	45 (77,6)	43 (74,1)		
Inadequado	6 (11,8)	5 (9,8)	13 (22,4)	15 (25,9)		
p-valor	1,000 ¹		0,828 ¹			
Fumo					0,009 ²	NA
Não fumante	45 (88,2)	51 (100,0)	58 (100,0)	58 (100,0)		
Fumante	6 (11,8)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)		
p-valor	0,027 ¹		NA			
Nível de atividade física					0,354 ²	0,572 ³
insuficientemente ativo	22 (43,1)	15 (29,4)	20 (34,5)	20 (34,5)		
suficientemente ativo	29 (56,9)	36 (70,6)	38 (65,5)	38 (65,5)		
p-valor	0,149 ¹		1,000 ¹			
Hábitos Alimentares					0,639 ²	0,036 ³
Saudável	33 (64,7)	38 (74,5)	35 (60,3)	32 (55,2)		
Não saudável	18 (35,3)	13 (25,5)	23 (39,7)	26 (44,8)		
p-valor	0,282 ¹		0,573 ¹			
Estilo de vida					0,965 ²	0,007 ³
Saudável	38 (74,5)	46 (90,2)	43 (74,1)	40 (69,0)		
Não saudável	13 (25,5)	5 (9,8)	15 (25,9)	18 (31,0)		
p-valor	0,038 ¹		0,537 ¹			

¹p-valor do teste Qui-quadrado para homogeneidade (percentual por coluna);

² p-valor da comparação entre o grupo intervenção X grupo controle no momento inicial ao curso;

³ p-valor da comparação entre o grupo intervenção X grupo controle no momento final ao curso;

NA – Teste de Qui – quadrado não se aplica;

GI: Grupo intervenção; GC: Grupo controle.

Fonte: Autoria própria, 2023.

No momento antes da intervenção os hábitos alimentares mais prevalentes foram: costume comprar alimentos em feiras livres ou feiras de rua (86,3%), costume participar no preparo dos alimentos (82,4%) e costume levar algum alimento consigo no caso de sentir fome ao longo do dia (80,4%). Após o curso, os hábitos alimentares mais prevalentes foram: compra de alimentos em feiras livres ou feiras de rua (90,2%); fazer as refeições sentado à mesa (88,2%); preferência por frutas, verduras e legumes de produção local (86,3%), como mostra a tabela 3.

Ainda de acordo com a tabela 03, ao comparar a prática dos hábitos alimentares avaliados entre os momentos da pesquisa, observa-se que houve um aumento significativo na preferência do consumo de frutas, verduras e legumes orgânicos, passando de 49,0% para 70,6% ($p = 0,007$), assim como para o hábito de comer fruta no café da manhã, passando de 0,0% para 72,5% ($p = 0,001$).

Tabela 03. Mudança dos hábitos alimentares dos profissionais de saúde participantes do grupo intervenção no curso do projeto ECOASUS-PE, Brasil, 2021/22.

Variável	Antes do Curso Concordo N (%)	Após do Curso Concordo N (%)	p-valor ¹
Costumo comer balas, chocolates e outras guloseimas.	23 (45,1)	24 (47,1)	1,000
Costumo beber sucos industrializados, como de caixinha, em pó, garrafa ou lata.	4 (7,8)	3 (5,9)	1,000
Costumo frequentar restaurantes fast-foods ou lanchonetes.	14 (27,5)	13 (25,5)	1,000
Tenho o hábito de “beliscar” algum alimento no intervalo entre as refeições.	22 (43,1)	21 (41,2)	1,000
Costumo beber refrigerante.	11 (21,6)	11 (21,6)	1,000
Costumo trocar a comida do almoço ou do jantar por sanduíches, salgados e/ou pizza.	6 (11,8)	5 (9,8)	1,000
Quando bebo café ou chá, costume colocar açúcar.	22 (43,1)	19 (37,3)	0,508
Aproveito o horário das refeições para resolver outras coisas e acabo deixando de comer.	10 (19,6)	9 (17,6)	1,000
Costumo fazer as refeições na minha mesa de trabalho ou de estudos.	15 (29,4)	14 (27,5)	1,000
Costumo fazer minhas refeições sentado(a) no sofá da sala ou na cama.	12 (23,5)	10 (19,6)	0,791
Costumo pular pelo menos uma das refeições principais (Almoço e/ou Jantar).	3 (5,9)	5 (9,8)	0,688
Costumo fazer minhas refeições sentado (a) à mesa.	39 (76,5)	45 (88,2)	0,109
Procuro realizar as refeições com calma.	39 (76,5)	36 (70,6)	0,607

Eu costumo participar ou faço o preparo dos alimentos na minha casa.	42 (82,4)	39 (76,5)	0,508
Na minha casa compartilhamos as tarefas que envolvem o preparo e consumo das refeições.	34 (66,7)	36 (70,6)	0,754
Costumo comprar alimentos em feiras livres ou feiras de rua.	44 (86,3)	46 (90,2)	0,754
Quando eu faço pequenos lanches ao longo do dia, costumo comer frutas ou castanhas.	38 (74,5)	43 (84,3)	0,180
Quando escolho frutas, verduras e legumes, dou preferência para aqueles que são de produção local.	37 (72,5)	44 (86,3)	0,118
Quando escolho frutas, verduras e legumes, dou preferência para aqueles que são orgânicos.	25 (49,0)	36 (70,6)	0,007
Costumo levar algum alimento comigo para caso eu sinta fome ao longo do dia.	41 (80,4)	41 (80,4)	1,000
Costumo planejar as refeições que farei no dia.	36 (70,6)	38 (74,5)	0,754
Costumo variar o consumo de feijão por ervilha, lentilha ou grão de bico.	17 (33,3)	21 (41,2)	0,454
Na minha casa é comum usarmos farinha de trigo integral.	12 (23,5)	15 (29,4)	0,581
Costumo comer fruta no café da manhã.	0 (0,0)	37 (72,5)	0,001

¹p-valor do teste McNemar.

Fonte: Autoria própria, 2023.

Ao comparar a concordância entre a autopercepção dos profissionais de saúde com a prática da atividade física verifica-se que antes do curso 42,4% se percebiam com uma prática regular/ruim, mas foram classificados, segundo os critérios do *Physical Activity Guidelines for Americans* de 2018 (U.S., 2018), como adequado ($p=0,023$). Essa discordância entre percepção e prática mensurada por instrumentos validados cientificamente aumentou para 59,4% ($p=0,010$) após o curso, como mostra a tabela 04.

Tabela 04. Concordância entre a autopercepção e a prática mensurada de atividade física, do consumo alimentar e do estilo de vida dos profissionais de saúde antes e após participação no curso do projeto ECOASUS-PE, Brasil, 2021/22.

Autopercepção	Prática Mensurada (N=51)				p-valor ¹	p-valor ²
	Saudável		Não Saudável			
	Inicial %	Final %	Inicial %	Final %		
Autopercepção do Nível de atividade física					0,045¹	0,023²
Muito bom / Bom	83,3	89,5	16,7	10,5		
Regular / Ruim / Muito ruim	42,4	59,4	57,6	40,6		
Autopercepção da Alimentação					0,057¹	0,093²
Muito bom / Bom	73,0	82,4	27,0	17,6		
Regular / Ruim / Muito ruim	42,9	58,8	57,1	41,2		

Autopercepção do estilo de vida				0,185 ¹	1,000 ²
Muito bom / Bom	68,6	90,0	31,4	10,0	
Regular / Ruim / Muito ruim	87,5	90,9	12,5	9,1	

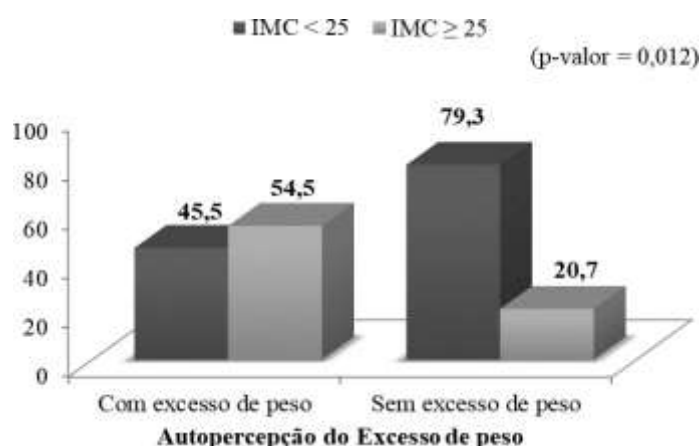
¹ p-valor da comparação entre a autopercepção X prática mensurada no momento inicial ao curso;

² p-valor da comparação entre a autopercepção X prática mensurada no momento final ao curso;

Fonte: Autoria própria, 2023.

Ao relacionar a autopercepção do excesso de peso com a classificação do IMC no momento inicial da pesquisa, 45,5% dos profissionais da saúde que se autoavaliaram com excesso de peso estavam com o IMC < 25 ($p=0,012$), como mostra a figura 03.

Figura 03 - Concordância entre a autopercepção do excesso de peso com o estado nutricional dos profissionais de saúde antes da participação no curso do projeto ECOASUS-PE, Brasil, 2021/22.



Fonte: Autoria própria, 2023.

Na tabela 05 verifica-se que houve um aumento da prevalência dos hábitos de estilo de vida saudável no sexo feminino (93,6%; $p = 0,041$), ao comparar o momento inicial e final do curso. Após a realização do curso a prevalência do estilo de vida saudável era maior entre os pretos, pardos e outros (100,0%; $p = 0,005$) e no sexo feminino (93,6%; $p = 0,043$). Antes da realização do curso, quem apresenta pós-graduação tinham estilos de vida mais saudáveis (82,3%; $p=0,003$), e tiveram uma associação limítrofe quando comparado antes e após o curso ($p=0,052$).

Tabela 05. Associação do estilo de vida com os dados sociodemográficos, autopercepção e estado nutricional dos profissionais de saúde, participantes do grupo intervenção no curso do projeto ECOASUS-PE, Brasil, 2021/22.

Estilo de vida saudável			
Variáveis	Antes do curso N (%)	Após do Curso N (%)	P-valor
Sexo			0,041³
Masculino	2 (50,0)	2 (50,0)	
Feminino	36 (76,6)	44 (93,6)	
P-valor	0,266 ²	0,043²	
Idade			0,265 ³
20-39	24 (80,0)	28 (93,3)	
40 +	14 (66,7)	18 (85,7)	
P-valor	0,282 ¹	0,637 ²	
Cor da pele			0,329 ³
Branco	15 (78,9)	14 (73,7)	
Preto / Pardo / Outros	23 (71,9)	32 (100,0)	
P-valor	0,743 ²	0,005²	
Renda Familiar*			0,833 ³
Até 3 salários Mínimos	12 (70,6)	16 (94,1)	
Mais de 3 salários Mínimos	25 (75,8)	29 (87,9)	
P-valor	0,741 ²	0,650 ²	
Área de trabalho			0,533 ³
Urbano	35 (72,9)	43 (98,6)	
Rural	3 (100,0)	3 (100,0)	
P-valor	0,561 ²	1,000 ²	
Macrorregião em saúde			0,815 ³
Metropolitana / Agreste	32 (74,4)	39 (90,7)	
Sertão /Vale do São Francisco e Araripe	6 (75,0)	7 (87,5)	
P-valor	1,000 ²	1,000 ²	
Maior Titulação			0,052³
Graduados	1 (16,7)	6 (100,0)	
Pós graduados	37 (82,3)	40 (88,9)	
P-valor	0,003²	1,000 ²	
Autopercepção do Excesso de peso			0,888 ³
Sim	16 (72,7)	20 (90,9)	
Não	22 (75,9)	26 (89,7)	
P-valor	0,799 ¹	1,000 ¹	
Autopercepção da Saúde			0,810 ³
Muito bom / Bom	23 (74,2)	38 (92,7)	
Regular / Ruim / Muito ruim	15 (75,0)	8 (80,0)	
P-valor	0,949 ¹	0,250 ²	
Autopercepção do Nível de atividade física			0,602 ³
Muito bom / Bom	14 (77,8)	18 (94,7)	
Regular/ Ruim / Muito ruim	24 (72,7)	28 (87,5)	
P-valor	0,750 ²	0,639 ²	
Autopercepção da Alimentação			0,465 ³
Muito bom / Bom	28 (75,7)	32 (94,1)	
Regular / Ruim / Muito ruim	10 (71,4)	14 (82,4)	
P-valor	0,734 ²	0,318 ²	

Autopercepção da Saúde Mental		0,920 ³
Muito bom / Bom	14 (73,7)	27 (93,1)
Regular / Ruim / Muito ruim	24 (75,0)	19 (86,4)
P-valor	1,000 ²	0,641 ²
Autopercepção do estilo de vida		0,331 ³
Muito bom / Bom	24 (68,6)	36 (90,0)
Regular / Ruim / Muito ruim	14 (87,5)	10 (90,9)
P-valor	0,185 ²	0,708 ¹
Excesso de peso		0,528 ³
Sim	12 (66,7)	17 (94,4)
Não	26 (78,8)	29 (87,9)
P-valor	0,502 ²	0,415 ²

¹ p-valor do teste qui-quadrado para independência pela correlação de person;

² p-valor do teste qui-quadrado para independência pelo Exato de Fisher;

³ p-valor do teste chi-quadrado de Mantel-Haenszel.

Fonte: Autoria própria, 2023.

8 DISCUSSÃO

O presente estudo observou uma mudança no estilo de vida de profissionais de saúde da atenção básica após sua participação no curso voltado à qualificação do cuidado de pessoas com obesidade em Pernambuco, tendo uma melhora de 15,7% no estilo de vida saudável, passando de 74,5% para 90,2. Essa mudança não foi significativa no grupo controle. Estudo realizado com profissionais de saúde de Montes Claros, em Minas Gerais, observou que 95,5% desses profissionais foram classificados com um estilo de vida bom, muito bom e excelente, o que demonstra que esses trabalhadores apresentam uma boa alimentação, praticam atividade física, tem momentos de lazer e consomem de forma moderada bebidas alcoólicas (FERNANDES *et al.*, 2018).

Ao comparar os dados epidemiológicos do estilo de vida, percebe-se que há uma redução de práticas de estilo de vida saudável na população brasileira. Malta *et al.* (2015), retratam as características do estilo de vida segundo a PNS de 2013, ao comparar esses dados com os atuais da PNS de 2019 percebe-se uma piora em hábitos importantes. A prevalência do consumo de frutas e hortaliças de 37,3% em 2013, passa para 13,0% e o consumo de feijão passou de 71,9% para 68,3% (BRASIL, 2019; 2013). Nesse sentido, percebe-se que cada vez mais, a população brasileira está reduzindo os hábitos de consumir alimentos mais naturais e regionais, devido a forte influência e praticidades dos alimentos ultraprocessados.

Malta *et al.* (2015), também observou que o consumo abusivo de álcool passou de 13,7% para 30,0% em 2019, esse aumento do consumo de bebidas alcólicas auxiliam em desenvolver um estilo de vida não saudável, podendo prejudicar a rotina de treinos, assim como levar à uma desidratação, assim como, sobrecarregar órgãos vitais, como rins e o fígado. Em contrapartida, houve uma leve melhora no hábito de fumar, em que antes apresentavam 14,5% em 2013, passando para 12,8% (20,4 milhões de pessoas) em 2019, assim como a prática de atividade física no tempo livre foi observada em 22,5% em 2013 e melhorou para 30,1% em 2019 (BRASIL, 2019; 2013; MALTA *et al.*, 2015).

Neste estudo, o excesso de peso, consumo abusivo de álcool e hábitos alimentares não saudáveis apresentaram prevalências menores no GI, quando comparado ao GC, no momento final da pesquisa, indicando que o curso do ECOASUS-PE desencadeou um impacto nos profissionais de saúde, modificando o seu estilo de vida. Tanto o sexo feminino como os profissionais de cor de pele preta, parda e outra apresentaram maior disponibilidade para mudança do estilo de vida, após o curso do ECOASUS-PE. As mudanças no estilo de vida ocorrem com alterações em hábitos mais saudáveis como à presença do lazer, de atividade física

e da duração do sono adequado, o que promove uma melhora na saúde mental dos profissionais de saúde (TANAKA *et al.*, 2021).

Em uma pesquisa realizada com fisioterapeutas de São Paulo, a maioria dos participantes afirmaram estar satisfeitos com seu estado de saúde, autoavaliando como bom (81,25%), em relação ao estilo de vida, foi apontado que as principais medidas necessárias para ter um estilo de vida saudável é praticar exercícios físicos e ter momentos de lazer (FERREIRA, 2008). Outro estudo realizado em Minas Gerais, encontrou resultados bem próximos, em que a maioria dos profissionais da saúde classificou o estilo de vida como excelente ou muito bom, com uma porcentagem de 63,6%, sendo que 64,7% das mulheres e 60% dos homens (FERNANDES *et al.*, 2018).

Para essas mudanças de comportamento é fundamental a educação permanente como forma de ampliar e produzir conhecimentos na prática do profissional, priorizando o autocuidado e estimulando mudanças na vida dos usuários do SUS. A EPS tem como objetivo a capacitação dos profissionais dentro de um contexto, identificando e aprofundando os conhecimentos específicos, através da realização de treinamentos no ambiente onde são vivenciados os problemas e realizadas as atividades de saúde a fim de identificar e solucionar problemas, tomar decisões e propor mudanças através da observação crítica e reflexiva (JESUS *et al.*, 2014).

A proposta do curso ECOASUS-PE buscou melhorar a qualidade da assistência, permitiu a integração entre profissionais da saúde, facilitou a troca de experiências e saberes, mediante a realidade dos serviços de saúde. Vale destacar que a mudança do estilo de vida desses profissionais não está ligada apenas ao conhecimento adquirido durante o curso de aperfeiçoamento, pode também ser influenciada pelo contexto pandêmico da Covid-19, que pode ter contribuído para a mudança dos hábitos, como forma de prevenção ou atenuação dos sintomas.

Como a temática do curso foi voltada para o enfrentamento da obesidade, pode ter contribuído para que a maioria dos profissionais fosse nutricionistas, profissionais de educação física, psicólogos e enfermeiros. A maioria dos estudos realizados com esse público também apontam predominância de mulheres e jovens (<40 anos) (SIQUEIRA *et al.*, 2019; MAGALHÃES *et al.*, 2014; LIMA *et al.*, 2022). Em relação ao prevaletimento das mulheres na área da saúde, apesar de estarem ocorrendo mudanças neste cenário recentemente, a feminilização ainda é uma característica forte entre os profissionais de saúde, uma vez que mais de 90% das vagas são ocupadas por mulheres (SANTOS *et al.*, 2017). A predominância das

mulheres entre os profissionais da saúde está associado com a melhora no estilo de vida cada vez mais saudável (FERNANDES, I. *et al.*, 2018).

No que se refere ao estado nutricional, a prevalência do excesso de peso entre os profissionais da saúde é muito variável na literatura. Um estudo realizado com 106 profissionais da saúde do hospital do distrito de *Pueblo Libre*, no Peru, encontrou que 72,6% apresentavam um estilo de vida pouco saudável e 70,7% excesso de peso (ESTRADA, 2014). Os estudos no Brasil mostram uma prevalência menor do que a encontrada no Peru, mas nem por isso menos preocupante. Magalhães *et al.* (2014) ao avaliar profissionais da enfermagem de Fortaleza observaram que 21,8% estavam com obesidade e 33,9% com sobrepeso.

Estudo realizado com 2.909 profissionais de saúde recém-formados em Minas Gerais encontrou uma prevalência de 40,8% de excesso de peso (SOUZA, L. *et al.*, 2021) e outra pesquisa com profissionais da atenção básica do mesmo estado encontrou 53,5% de excesso de peso (sobrepeso=36,7% ; obesidade=16,8%) (SIQUEIRA *et al.*, 2019). Com base nesses estudos pode-se perceber uma elevada prevalência do excesso de peso nesta categoria de trabalhadores, que pode ser determinante ou consequência do estilo de vida.

Na população geral, a PNS, em 2019, mostrou que a prevalência do excesso de peso esteve presente em 60,3% da população brasileira, sendo a obesidade observada em 21,8% dos homens e 29,5% das mulheres (BRASIL, 2020). O VIGITEL (2022), estimou a frequência de excesso de peso em 57,42% (BRASIL, 2022b). Mais recentemente, o Atlas da situação alimentar e nutricional de Pernambuco demonstra que 61,0% das mulheres e 56,1% dos homens apresentavam excesso de peso (SOUZA *et al.*, 2021a). Neste estudo, o excesso de peso entre profissionais de saúde do GI (35,2%), após o curso, foi inferior a todos os estudos citados anteriormente, sejam eles nacionais, internacionais e realizados com adultos, mesmo o fato da intervenção ser em um curto período de tempo para haver mudança no estado nutricional, percebe-se que não houve aumento no GI, no entanto, ao criarem os hábitos de estilo de vida saudável, esse estado nutricional pode melhorar.

Em um estudo de intervenção de 7 meses voltado a promoção de estilo de vida saudável com 35 servidores públicos de Santa Catarina, tendo com o objetivo avaliar o programa de mudança de comportamento denominado “Vida Ativa Melhorando a Saúde”, observou que o GI reduziu a média da massa corporal (inicial = 75,48; final = 74,97), o IMC (inicial = 26,91; final = 26,77) e a circunferência da cintura (inicial = 84,92; final = 84,23), enquanto o GC reduziu somente a média da circunferência da cintura (inicial = 79,05; final = 77,85) (SOUZA L. *et al.*, 2020). Percebe-se que entre os profissionais da saúde deste estudo foi encontrada

prevalência de excesso de peso semelhante a apresentada nos estudos acima, com a população geral (55,2%), mas a prevalência no GI foi inferior (35,3%), no momento final desta pesquisa, percebendo que em algumas mudanças no estilo de vida já interfere em uma melhora do estado nutricional.

Vale destacar que esses grupos de profissionais estavam em um contexto de saturação dos atendimentos na AB devido a pandemia da Covid-19, o que pode ter contribuído para dificultar a adoção de hábitos de estilo de vida saudável. Um estudo realizado no Reino Unido encontrou que a alimentação, a atividade física e outros comportamentos de estilo de vida relacionados ao peso foram afetados pelas crises desencadeadas pela pandemia da Covid-19, além disso as pessoas com obesidade foram afetadas de forma desproporcional (ROBINSON *et al.*, 2021).

Ao analisar o consumo abusivo de bebida alcoólica e ter o hábito de fumar percebe-se um consumo elevado entre os profissionais de saúde, assim como o estudo de Lima *et al.* (2022), que em relação ao uso de bebida alcoólica: 70,0% nunca/raramente fazem uso, 5,7% uma vez por mês, 20,0% 2 a 4 vezes por mês e 4,3% 2 a 3 vezes por semana. E em relação ao tabagismo, 4,3% afirmam ser tabagistas. Outro estudo realizado com futuros profissionais de saúde observou que 24,6% já haviam fumado, e que todos já haviam ingerido bebida alcoólica alguma vez na vida (PINHEIRO *et al.*, 2017). O tabagismo e o consumo excessivo de álcool, independente do tipo de bebida consumida, aumenta o risco de obesidade em ambos os sexos (SOUZA *et al.*, 2021). Em ambos os hábitos é possível analisar uma mudança positiva no grupo que participou do presente estudo, tendo uma redução significativa do consumo de bebida alcoólica, como também a cessação do tabagismo GI.

Consumir bebidas alcoólicas é bastante comum por ser uma droga socialmente aceita, porém os números são preocupantes. A bebida acaba sendo uma forma de escape da pressão social, do trabalho como forma de controle da ansiedade, o que tende a agravar o quadro (PINHEIRO *et al.*, 2017). Por outro lado, o cigarro é uma droga menos utilizada neste grupo, devido as propagandas alarmantes do seu risco para a saúde. A cessação do tabagismo é mais difícil, principalmente quando o profissional está em uma idade mais avançada, porém pode ser observado no final do curso, mesmo com as tensões no trabalho, o que reflete a importância do diálogo com os profissionais da saúde para controlar ou até evitar o uso das drogas (PINHEIRO *et al.*, 2017).

O sedentarismo entre os trabalhadores da saúde é bem frequente, sendo observado que cerca de 64,9% de profissionais da saúde de Fortaleza não praticavam qualquer atividade física, (MAGALHÃES *et al.*, 2014). Comparando com esse estudo, percebe-se uma melhora no nível

de atividade física entre os profissionais de saúde que cursaram o ECOASUS-PE, iniciando com 43,1% de insuficientes ativos, passando para 29,4% após o curso. Durante o isolamento social, devido à Covid-19, intensificou o sedentarismo, conforme o estudo de Mota *et al.* (2021), 53,9% dos profissionais de saúde brasileiros estavam sedentários e 25,8% reduziram a frequência ou a intensidade dos exercícios, tendo assim um impacto negativo no estilo de vida. No estudo de Souza *et al.* (2021), em Santa Catarina, 44,7% dos adultos estavam inativos fisicamente, dos quais 46,9% estavam com excesso de peso (SOUZA L. *et al.*, 2021). Vale ressaltar também que ao final do curso ECOASUS-PE, houve uma importante discordância entre a prática de atividade física mensurada e àquela percebida, o que pode estar associado ao conhecimento adquirido no curso sobre a importância de realizar exercícios e o profissional da saúde perceber que pode melhorar ainda mais o seu nível de atividade.

No que se refere ao consumo alimentar, além da melhora no GI em relação ao GC, também foi observado aumento significativo na ingestão de frutas, verduras e legumes orgânicos e de frutas no café da manhã no GI, ao comparar o momento inicial e final. No período mais crítico da pandemia da Covid-19 foi frequente a troca das refeições principais por lanches rápidos e o aumento da compra nos aplicativos de *delivery* (BOTELHO; CARDOSO; CANELLA, 2020). Os profissionais da saúde aumentaram o consumo de carboidratos, o que aumentou a propensão ao ganho de peso, além do comprometimento imunológico (MOTA *et al.*, 2021). Apesar da literatura mostrar a tendência de aumentos de hábitos alimentares não saudáveis, podemos observar o mesmo no GC, por outro lado, os profissionais do GI, participantes do curso ECOASUS-PE, apresentaram mudanças positivas nesses hábitos alimentares.

Outro ponto que vale destacar foi que os profissionais da saúde apresentavam uma autopercepção distorcida referente aos hábitos alimentares antes da participação do curso, visto que 42,9% classificou a sua alimentação como regular, ruim ou muito ruim, no entanto tinham hábitos alimentares saudáveis. Esse resultado pode estar envolvido com algum transtorno alimentar ou até mesmo a cacofonia alimentar, quando há o medo de comer, a quantidade, a incoerência e a divergência das informações sobre os alimentos (VERTHEIN; GASPAR, 2021).

Muitas vezes, a comida se apresenta como um refúgio, um escape prazeroso das pressões que o indivíduo enfrenta no dia a dia ou em situações de tensão, como na pandemia da Covid-19. Esse sentimento remete às lembranças em que o alimento foi sentido como um objeto que significou a satisfação de um desejo não só fisiológico, mas como uma carga extremamente

afetiva, preenchendo, assim, um espaço importante nas relações do sujeito com o meio externo (LAMAS, CADETE, 2017).

Outro ponto de destaque foi a adesão à alimentação orgânica. Esses alimentos podem reduzir o potencial de possíveis doenças alérgicas e doenças inflamatórias como a obesidade, associada a hábitos de estilo de vida saudável (GONZALEZ *et al.*, 2022), além de fomentar redes locais de produção de alimentos saudáveis. Além disso, consumir mais frutas na alimentação e a redução de ultraprocessados melhora a saúde, permitindo que fiquem mais dispostos a realização das atividades cotidianas e reduzam as taxas de mortalidade por CCNTs (SANTOS, 2014; BRASIL, 2022).

O hábito de consumir frutas no café da manhã também foi observado em outro estudo realizado com servidores de uma instituição pública federal, no qual 63,1% dos servidores que não comiam frutas no café da manhã apresentavam excesso de peso (COSTA; VASCONCELOS; FONSECA, 2014). A melhora da alimentação também foi encontrada em um estudo com os servidores de Santa Catarina, cujo GI melhorou significativamente seu comportamento alimentar, e em especial o consumo de frutas e verduras/saladas cozidos, enquanto o GC reduziu esse consumo (SOUZA *et al.*, 2020).

Um dos itens abordados no curso do ECOASUS-PE teve como base o “guia alimentar para a população brasileira” (BRASIL, 2014b), que abordou aspectos entre a escolha até o preparo dos alimentos, incentivando o aumento no consumo de alimentos in natura/minimamente processados, redução no consumo de alimentos processados e evitar os produtos ultraprocessados. É importante destacar que o GC aumentou os hábitos alimentares inadequados, o que reforça a necessidade de educação permanente junto a estes profissionais.

Fortalecer e ampliar programas e suporte técnico às equipes de saúde é importante para que os profissionais sejam estimulados no conhecimento e com isso, poder adotar mudanças comportamentais que melhorem sua qualidade de vida (MAGALHÃES *et al.*, 2014). Além disso, os profissionais de saúde que atuam na eSF desempenham um papel significativo na promoção de hábitos de vida saudáveis para a saúde da população em geral (SIQUEIRA *et al.*, 2019).

Uma das principais limitações desse estudo foi a amostra, que foi comprometida pelo contexto sanitário da pandemia da Covid-19, que demandou mudanças nos processos de trabalho, gerou acúmulo de demandas e a realocação de vários profissionais. Somado ao contexto sanitário, o cenário político era de mudanças na gestão municipal. Ademais, o curso precisou ser adaptado para a modalidade de Educação à Distância. Para superar essa limitação

a equipe do projeto desempenhou um papel criativo de incentivo e motivação dos profissionais para a conclusão do curso e para a participação da pesquisa, além de contar com tutoras habilidosas e atentas.

A coleta de dados no formato virtual também pode ser considerada uma limitação, visto que, o contato com os participantes e o estabelecimento de confiança requer tempo e pode gerar desconforto, mesmo em posse da carta de anuência da gestão local e do parecer do Comitê de Ética em Pesquisa. Uma outra limitação deste estudo se refere à dificuldade de extrapolar os resultados, por ser uma experiência local. Assim como, a maior parte dos estudos quase experimental, a intervenção em ambiente não controlado possibilita que outras variáveis também tenham contribuído para os resultados. No entanto, vale destacar o cuidado com a aleatoriedade dos grupos controle e intervenção e a garantia de um perfil semelhante dos participantes.

Como pontos fortes do estudo tem-se o desafio de analisar o impacto de um curso na mudança do estilo de vida de profissionais de saúde, visando a promoção da própria saúde e dos usuários do SUS. Além da complexidade de refletir sobre estilo de vida em um cenário capitalista, produtivista e de pandemia. Ademais, outro ponto de destaque foi a mensuração dos hábitos alimentares pelo questionário baseado no guia alimentar para a população brasileira, que nos permite discutir consumo numa perspectiva ampliada e sustentável.

9 CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS

A participação no curso do ECOASUS-PE gerou mudanças positivas no autocuidado e no estilo de vida dos profissionais da saúde. No grupo intervenção houve aumento significativo no "consumo de frutas, verduras e legumes orgânicos" e no hábito de "comer fruta no café da manhã", após o curso. Ainda no GI, a maioria dos profissionais de saúde melhoraram autopercepção de saúde, o hábito de fumar e o estilo de vida no momento final da pesquisa, quando comparado com o momento inicial. Na etapa final, o excesso de peso foi significativamente menor no GI, quando comparado ao GC, assim como o consumo inadequado de bebida alcoólica, hábitos alimentares e o estilo de vida não saudáveis.

O curso apresentou potencial para ser ofertado para trabalhadores como estratégia de promoção da saúde e também de autocuidado. No contexto nacional, há necessidade de promover medidas preventivas e educativas direcionadas à saúde do trabalhador, uma vez que elas têm impacto positivo tanto no estilo de vida do profissional como na qualificação do cuidado com os usuários e para a comunidade. Ao considerar o público estudado, observa-se a escassez de ações e programas que visem a melhora do estilo de vida dos profissionais da saúde, sendo o foco sempre na qualificação do trabalho. Com isso, faz-se necessário estudos que explorem outros aspectos como a qualidade do trabalho e os determinantes sociais que estão ligados diretamente ao profissional da saúde. Vale ressaltar a importância de implementar políticas relacionadas à promoção da saúde e bem estar no ambiente de trabalho na AB, apoiando a equipe na adoção de estilos de vida saudáveis que contribuirá para o avanço da saúde pública, e com isso, garantir um suporte aos profissionais para que eles possam lidar com as próprias dificuldades e promoverem saúde como uma nova postura no cuidado de si e do outro.

Espera-se ainda que o curso produza impacto nos processos de trabalho e um olhar mais ampliado e sensível quanto às práticas de estilo de vida. Com esses resultados percebe-se a importância de investir na qualificação e no cuidado dos profissionais de saúde da AB, como também ampliar para diferentes níveis de assistência, assim como abordar também com a sociedade. Com isso, realizar intervenções educativas e estruturantes no local de trabalho podem impactar a saúde pública. Espera-se que o cuidado com quem cuida seja uma condição indispensável para qualificação do cuidado de usuários do SUS, em seus respectivos territórios vivos.

REFERÊNCIAS

AGAPITO, J. Ação Dos Exercícios Físicos Regulares No Controle Da Ansiedade Em Diferentes Populações. **RBPFX. Revista Brasileira De Prescrição E Fisiologia Do Exercício**, [s. l.], v. 3, n. 15, 2009.

ALMANDOZ, Ja.P. *et al.* Impact of COVID -19 stay-at-home orders on weight - related behaviours among patients with obesity. **Clinical Obesity**, [s. l.], v. 10, n. 5, 2020.

ARANGO, H.G. **Bioestatística: teórica e computacional: com banco de dados reais em disco.-** . 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

ÁSSIMOS, B.M.; BATINGA, G.L.; PINTO, M.R. Relação os efeitos do estilo de vida na (In)segurança alimentar e nutricional. **Revista ADM.MADE**, [s. l.], v. 24, n. 3, p. 55–73, 2021.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA PARA O ESTUDO DA OBESIDADE E DA SÍNDROME METABÓLICA. **Diretrizes brasileiras de obesidade: 2016**. 4. ed. São Paulo: ABESO, 2016.

BENITE-RIBEIRO, S. A.; FERREIRA DOS SANTOS, K. C; DA SILVA, K. D. Hipertensão arterial em profissionais que atuam em unidades de saúde: reconhecimento, tratamento, controle e fatores de risco. **Arquivos do Mudi**, [s. l.], v. 19, n. 1, p. 24–37, 2015.

BOTELHO, L.V.; CARDOSO, L.O.; CANELLA, D.S. COVID-19 e ambiente alimentar digital no Brasil: reflexões sobre a influência da pandemia no uso de aplicativos de delivery de comida. **Cadernos de Saúde Pública**, [s. l.], v. 36, n. 11, 2020.

BRASIL *et al.* **Guia Alimentar para a População Brasileira**. Brasília - DF: [s. n.], 2014a.

BRASIL. *et al.* **Guia prático do cuidador**. Brasília - DF: [s. n.], 2008.

BRASIL. **Lei Orgânica de Segurança Alimentar e Nutricional – LOSAN (Lei nº 11.346)**. Brasília: CONSEA, 2006.

BRASIL *et al.* **Manual de Atenção às Pessoas com Sobrepeso e Obesidade no Âmbito da**

Atenção Primária à Saúde (APS) do Sistema Único de Saúde. Brasília: [s. n.], 2022a.

BRASIL *et al.* **Orientações para a coleta e análise de dados antropométricos em serviços de saúde. Norma Técnica do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN.** Brasília: [s. n.], 2011.

BRASIL *et al.* **PESQUISA NACIONAL DE SAÚDE - PNS: 2019 : percepção do estado de saúde, estilos de vida, doenças crônicas e saúde bucal : Brasil e grandes regiões / IBGE.** Rio de Janeiro: [s. n.], 2020a.

BRASIL *et al.* **PLANO DE AÇÕES ESTRATÉGICAS PARA O ENFRENTAMENTO DAS DOENÇAS CRÔNICAS E AGRAVOS NÃO TRANSMISSÍVEIS NO BRASIL 2021-2030.** Brasília - DF: [s. n.], 2021.

BRASIL *et al.* **Política Nacional de Alimentação e Nutrição .** Brasília - DF: [s. n.], 2013.

BRASIL *et al.* **Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS).** Brasília - DF: [s. n.], 2018a.

BRASIL *et al.* **Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora.** Brasília: [s. n.], 2014b.

BRASIL *et al.* **Programa Academia da Saúde : caderno técnico de apoio a implantação e implementação [recurso eletrônico].** Brasília - DF: [s. n.], 2018b.

BRASIL *et al.* **Programa Nacional de Controle do Tabagismo** Ministério da saúde. [S. l.: s. n.], 2022b.

BRASIL. **Qual é a importância de frutas, verduras e legumes na manutenção do peso saudável?.** [S. l.], 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-brasil/eu-quero-me-alimentar-melhor/noticias/2022/qual-e-a-importancia-de-frutas-verduras-e-legumes-na-manutencao-do-peso-saudavel>. Acesso em: 31 jan. 2023.

BRASIL *et al.* **Recomendações de proteção aos trabalhadores dos serviços de saúde no atendimento de COVID-19 e outras síndromes gripais.** Brasília - DF: [s. n.], 2020b.

BRASIL *et al.* **Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico – VIGITEL: Estimativas sobre Frequência e Distribuição**

Sociodemográfica de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas nas Capitais dos 26 Estados Brasileiros e no Distrito Federal em 2021. Brasília: [s. n.], 2022c.

BRASIL; MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria n o 252/GM/ MS, de 19 de fevereiro de 2013. Institui a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).** Brasília - DF: [s. n.], 2013a.

BRASIL; MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria n o 424/GM/MS, de 19 de março de 2013. Redefine as diretrizes para a organização da prevenção e do tratamento do sobrepeso e obesidade como linha de cuidado prioritária da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas.** Brasília - DF: [s. n.], 2013b.

BRASIL; MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria n o 710, de 10 de junho de 1999. Aprova a Política Nacional de Alimentação e Nutrição, cuja íntegra consta do anexo desta Portaria e dela é parte integrante.** Brasília - DF: [s. n.], 1999.

BRASIL; MINISTÉRIO DA SAÚDE; DEPARTAMENTO DE ANÁLISE EM SAÚDE E VIGILÂNCIA DE DOENÇAS NÃO TRANSMISSÍVEIS. **Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico – VIGITEL: Estimativas sobre Frequência e Distribuição Sociodemográfica de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas nas Capitais dos 26 Estados Brasileiros e no Distrito Federal em 2010.** Brasília - DF: [s. n.], 2011.

BRASIL; MINISTÉRIO DA SAÚDE; MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. **Caderno do gestor do Programa Saúde na Escola - PSE.** Brasília - DF: [s. n.], 2015.

BRASIL; MINISTÉRIO DA SAÚDE; SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. **PROTEJA: Estratégia Nacional para Prevenção e Atenção à Secretaria de Atenção Primária à Saúde.** Brasília - DF: [s. n.], 2022.

BURLANDY, L. *et al.* Modelos de assistência ao indivíduo com obesidade na atenção básica em saúde no Estado do Rio de Janeiro, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, [s. l.], v. 36, n. 3, 2020.

BURNS, N.; GROVE, S.K. **The Practice of Nursing Research: Appraisal, Synthesis, and Generation of Evidence.** 6. ed. St. Louis: MO: Saunders Elsevier, 2013-. ISSN 0029-6570.v.

CHEIK, N.C. *et al.* Efeitos do exercício físico e da atividade física na depressão e ansiedade em indivíduos idosos. **R. bras. Ci. e Mov**, [s. l.], v. 11, n. 3, p. 45–52, 2013.

CHIZINI, M.; JOEMAR, B. **Gestão de clientes: A arte da conquista e manutenção do cliente**. 1. ed. Rio de Janeiro: Qualitymark, 2004. v. 1

CHOI, K.R.; JEFFERS, K.S.; LOGSDON, M.C. Nursing and the novel coronavirus: Risks and responsibilities in a global outbreak. **Journal of Advanced Nursing**, [s. l.], v. 76, n. 7, p. 1486–1487, 2020.

COSTA, M.A.P.; VASCONCELOS, AG.G.; FONSECA, M.J.M. Prevalence of obesity, overweight and abdominal obesity and its association with physical activity in a federal University. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, [s. l.], v. 17, n. 2, p. 421–436, 2014.

DI MILIA, L.; VANDELANOTTE, C.; DUNCAN, M.J. The association between short sleep and obesity after controlling for demographic, lifestyle, work and health related factors. **Sleep Medicine**, [s. l.], v. 14, n. 4, p. 319–323, 2013.

DIAS, P.C. *et al.* Obesidade e políticas públicas: concepções e estratégias adotadas pelo governo brasileiro. **Cadernos de Saúde Pública**, [s. l.], v. 33, n. 7, 2017.

ESTRADA, L. **Estilos de vida saludables y su relación con el estado nutricional en profesionales de la salud. Disertación de Magister**. 2014. 1–84 f. Dissertação de Mestrado em Gestão e Docência em Alimentação e Nutrição - Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas, Lima, 2014.

FERNANDES, I.N.M. *et al.* Análise do estilo de vida dos profissionais de saúde da oncologia. **Revista de Enfermagem UFPE on line**, [s. l.], v. 12, n. 10, p. 2583, 2018.

FERNANDES, R.C.P.; ASSUNÇÃO, A.A.; CARVALHO, F.M. Mudanças nas formas de produção na indústria e a saúde dos trabalhadores. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 15, n. suppl 1, p. 1563–1574, 2010.

FERREIRA, N.N. **O nível de qualidade de vida dos fisioterapeutas do complexo de saúde do Campus da UNICAMP**. 2008. 1–159 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva, área

de concentração em Epidemiologia) - Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2008.

FIGUEIREDO, A.T.T. *et al.* PERCEPÇÕES E PRÁTICAS PROFISSIONAIS NO CUIDADO DA OBESIDADE NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA. **Revista de Atenção à Saúde**, [s. l.], v. 18, n. 64, 2020.

GABE, K.T. **Desenvolvimento e validação de uma escala autoaplicável para avaliação da alimentação segundo as recomendações do Guia Alimentar para a População Brasileira**. 2019. 1–160 f. Dissertação de Mestrado - Universidade de São Paulo, São Paulo, 2019.

GONZALEZ, D.L.P. *et al.* BENEFÍCIOS DO CONSUMO DE ALIMENTOS ORGÂNICOS - REVISÃO BIBLIOGRÁFICA. **Revista Científica das Faculdades de Medicina, Enfermagem, Odontologia, Veterinária e Educação Física**, [s. l.], v. 1, p. 1–8, 2022.

HORTA, PM.; MATOS, J.P.; MENDES, L.L. Digital food environment during the coronavirus disease 2019 (COVID-19) pandemic in Brazil: an analysis of food advertising in an online food delivery platform. **British Journal of Nutrition**, [s. l.], v. 126, n. 5, p. 767–772, 2021.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Pesquisa de orçamentos familiares 2017-2018 : análise do consumo alimentar pessoal no Brasil / IBGE**. Rio de Janeiro: [s. n.], 2020.

ITANI, O. *et al.* Association of onset of obesity with sleep duration and shift work among Japanese adults. **Sleep Medicine**, [s. l.], v. 12, n. 4, p. 341–345, 2011.

JAIME, P.C. *et al.* Um olhar sobre a agenda de alimentação e nutrição nos trinta anos do Sistema Único de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 23, n. 6, p. 1829–1836, 2018.

JESUS, D.N. *et al.* Importância da educação permanente na promoção da saúde: experiência vivenciada na capacitação da equipe de Enfermagem. **Revista ACRED**, [s. l.], v. 4, n. 7, p. 35–43, 2014.

KERTZMAN, P.F. *et al.* Análise sobre a prática de atividades físicas realizada por médicos brasileiros e o impacto do isolamento social durante a pandemia causada pela COVID-19. **Diagn Tratamento**, [s. l.], v. 26, n. 3, p. 118–124, 2021.

KORKMAZ, S. *et al.* The anxiety levels, quality of sleep and life and problem-solving skills in healthcare workers employed in COVID-19 services. **Journal of Clinical Neuroscience**, [s. l.], v. 80, p. 131–136, 2020.

LAI, J. *et al.* Factors Associated With Mental Health Outcomes Among Health Care Workers Exposed to Coronavirus Disease 2019. **JAMA Netw Open**, [s. l.], v. 3, n. 3, p. e203976, 2020.

LAMAS, CADETE. Do Desejo à Ação: Fatores que Interferem na Abordagem Nutricional para Mudança de Hábito Alimentar. **Rev enferm UFPE on line**. Recife, v. 11, n. 6, p. 2432-44, 2017.

LIMA, J.A. *et al.* Fatores de risco para doenças cardiovasculares em enfermeiras que trabalham em turnos alternados. **Research, Society and Development**, [s. l.], v. 11, n. 8, p. e34511831407, 2022.

LOPES, M.S. *et al.* Challenges for obesity management in a unified health system: the view of health professionals. **Family Practice**, [s. l.], v. 38, n. 1, p. 4–10, 2021.

LUO, M. *et al.* The psychological and mental impact of coronavirus disease 2019 (COVID-19) on medical staff and general public – A systematic review and meta-analysis. **Psychiatry Research**, [s. l.], v. 291, p. 113190, 2020.

MAGALHÃES, F.J. *et al.* Risk factors for cardiovascular diseases among nursing professionals: strategies for health promotion. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [s. l.], v. 67, n. 3, 2014.

MALTA, D.C. *et al.* A pandemia da COVID-19 e as mudanças no estilo de vida dos brasileiros adultos: um estudo transversal, 2020. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, [s. l.], v. 29, n. 4, 2020.

MALTA, D.C. *et al.* Doenças crônicas não transmissíveis e mudanças nos estilos de vida durante a pandemia de COVID-19 no Brasil. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, [s. l.], v. 24, 2021.

MALTA, D.C. *et al.* Fatores de risco relacionados à carga global de doença do Brasil e

Unidades Federadas, 2015. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, [s. l.], v. 20, n. suppl 1, p. 217–232, 2017.

MALTA, D.C. *et al.* Smoking trend indicators in Brazilian capitals, 2006-2013. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 20, n. 3, p. 631–640, 2015.

MARCITELLI, C.R.A. QUALIDADE DE VIDA NO TRABALHO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE . **Ensaio e Ciência Ciências Biológicas, Agrárias e da Saúde** , [s. l.], v. 15, n. 4, p. 215–228, 2011.

MARINELLI, N.P. *et al.* Evolução de indicadores e capacidade de atendimento no início da epidemia de COVID-19 no Nordeste do Brasil, 2020. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, [s. l.], v. 29, n. 3, 2020.

MOTA, I.A. *et al.* Impact of COVID-19 on eating habits, physical activity and sleep in Brazilian healthcare professionals. **Arquivos de Neuro-Psiquiatria**, [s. l.], v. 79, n. 5, p. 429–436, 2021.

NORDGREN, L. *et al.* The Mediating Role of Healthy Lifestyle Behaviours on the Association between Perceived Stress and Self-Rated Health in People with Non-Communicable Disease. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, [s. l.], v. 19, n. 19, p. 12071, 2022.

OLIVEIRA, L.; CHAVES-MAIA, E. Saúde psíquica dos profissionais de saúde em hospitais públicos. **Revista de Saúde Pública**, [s. l.], v. 10, n. 3, p. 405–413, 2008.

PATTERSON, R. *et al.* Sedentary behaviour and risk of all-cause, cardiovascular and cancer mortality, and incident type 2 diabetes: a systematic review and dose response meta-analysis. **European Journal of Epidemiology**, [s. l.], v. 33, n. 9, p. 811–829, 2018.

PENTEADO, R.Z. *et al.* Trabalho e saúde em motoristas de caminhão no interior de São Paulo. **Saúde e Sociedade**, [s. l.], v. 17, n. 4, p. 35–45, 2008.

PINHEIRO, M.A. *et al.* Prevalência e Fatores Associados ao Consumo de Álcool e Tabaco entre Estudantes de Medicina no Nordeste do Brasil. **Revista Brasileira de Educação Médica**, [s. l.], v. 41, n. 2, p. 231–239, 2017.

POLLA, S. F.; SCHERER, F. Perfil alimentar e nutricional de escolares da rede municipal de ensino de um município do interior do Rio Grande do Sul. **Caderno de Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 19, n. 1, p. 111–116, 2011.

PREGNOLATO, T.S. *et al.* Validade de medidas autorreferidas de massa e estatura e seu impacto na estimativa do estado nutricional pelo índice de massa corporal. **Rev. bras. crescimento desenvolv. hum**, [s. l.], v. 19, n. 1, p. 35–41, 2009.

ROBINSON, E. *et al.* Obesity, eating behavior and physical activity during COVID-19 lockdown: A study of UK adults. **Appetite**, [s. l.], v. 156, p. 104853, 2021.

RUSCH, M. *et al.* Estilo de vida, características sociodemográficas, ocupacionais e dor em profissionais de enfermagem com lombalgia. **Revista de Enfermagem Referência**, [s. l.], v. VI Série, n. Suplemento ao N°1, 2022.

SÁ, Vitória Vieira de *et al.* A Síndrome de Burnout e os profissionais de saúde durante a pandemia de Covid-19: uma revisão narrativa. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, [s. l.], v. 15, n. 1, p. e9518, 2022.

SANABRIA-FERRAND, P.A. *et al.* ESTILOS DE VIDA SALUDÁVEL EN PROFESIONALES DE LA SALUD COLOMBIANOS: ESTUDIO EXPLORATORIO. **rev.fac.med**, [s. l.], v. 15, n. 2, p. 207–2017, 2007.

SANTANA, L.C.; FERREIRA, L.A.; SANTANA, L.P.M. Occupational stress in nursing professionals of a university hospital. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [s. l.], v. 73, n. 2, 2020.

SANTOS, S.V.M. *et al.* Características socioeconômicas, epidemiológicas e laborais de profissionais de enfermagem hospitalar. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, [s. l.], v. 7, 2017.

SANTOS, T.I. **Estilo de vida e práticas profissionais para a promoção da atividade física em Agentes Comunitários de Saúde**. 2014. 1–116 f. Dissertação de Mestrado - Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2014.

SANTOS, É.K.M. *et al.* O estresse nos profissionais de saúde: uma revisão de literatura. **HU Revista**, [s. l.], v. 45, n. 2, p. 203–211, 2019.

SESPE *et al.* **BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO COVID-19**. Recife - PE: [s. n.], 2023.

SHANAFELT, T.D. *et al.* Burnout and Satisfaction With Work-Life Balance Among US Physicians Relative to the General US Population. **Archives of Internal Medicine**, [s. l.], v. 172, n. 18, p. 1377, 2012.

SILVA, A.M.P. *et al.* Fatores de motivação e insatisfação da equipe de enfermagem no trabalho em saúde. **Revista de Enfermagem da UFPI**, [s. l.], v. 10, n. 1, p. e951, 2021.

SILVA, A.F. *et al.* Qualidade do sono, variáveis pessoais e laborais e hábitos de vida de enfermeiros hospitalares. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, [s. l.], v. 30, 2022.

SILVA, D.A.R.; PIMENTEL, R.F.W.; MERCES, M.C. Covid-19 and the pandemic of fear: reflections on mental health. **Revista de Saúde Pública**, [s. l.], v. 54, p. 46, 2020.

SILVEIRA, E.A. *et al.* Validação do peso e altura referidos para o diagnóstico do estado nutricional em uma população de adultos no Sul do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, [s. l.], v. 21, n. 1, p. 235–245, 2005.

SIQUEIRA, F.V. *et al.* Excesso de peso e fatores associados entre profissionais de saúde da Estratégia Saúde da Família. **Cadernos Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 27, n. 2, p. 138–145, 2019.

SOUSA, A.P.M. *et al.* Prevalência e fatores associados ao excesso de peso em adultos nas capitais e no Distrito Federal, Brasil, 2019. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, [s. l.], v. 30, n. 3, 2021.

SOUZA, N.P. *et al.* **ATLAS DA SITUAÇÃO ALIMENTAR E NUTRICIONAL EM PERNAMBUCO**. Recife-PE: BIBCAV/UFPE, 2021a. v. 1

SOUZA, L.P.S. *et al.* Consumo de bebidas alcoólicas e excesso de peso em adultos brasileiros - Projeto CUME. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 26, n. suppl 3, p. 4835–4848, 2021.

SOUZA, P.V. *et al.* Efetividade de uma intervenção na promoção de estilo de vida de servidores públicos. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, [s. l.], v. 25, p. 1–9, 2020.

SOUZA, V.S. *et al.* Qualidade de vida dos profissionais de enfermagem atuantes em setores críticos. **Revista Cuidarte**, [s. l.], v. 9, n. 2, p. 2177–2186, 2018.

SOUZA, N.P. *et al.* **Uma visão ampliada da obesidade: Reflexões sobre o cuidado na atenção básica.** 1. ed. Ponta Grossa - PR: Atena Editora, 2021b.

SOUZA, N.P. *et al.* **Uma visão ampliada da obesidade: Reflexões sobre o cuidado na atenção básica.** . 2. ed. Ponta Grossa - PR: Editora Atena, 2021c. v. 2

SWINBURN, B.A. *et al.* The Global Syndemic of Obesity, Undernutrition, and Climate Change: The Lancet Commission report. **The Lancet**, [s. l.], v. 393, n. 10173, p. 791–846, 2019.

TANAKA, K. *et al.* Effects of Lifestyle Changes on the Mental Health of Healthcare Workers with Different Sense of Coherence Levels in the Era of COVID-19 Pandemic. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, [s. l.], v. 18, n. 6, p. 2801, 2021.

URBANETTO, J.S. *et al.* Estresse e sobrepeso/obesidade em estudantes de enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, [s. l.], v. 27, 2019.

U.S. **Physical Activity Guidelines for Americans, 2nd edition.** Washington: [s. n.], 2018.

VAN-DILLEN, S. M. E.. *et al.* Quality of weight-loss counseling by Dutch practice nurses in primary care: an observational study. **European Journal of Clinical Nutrition**, [s. l.], v. 69, n. 1, p. 73–78, 2015.

VANELLI, C.P. *et al.* Determinação do estado nutricional: qual o valor de peso e altura autorreferidos?. **HU Revista**, [s. l.], v. 44, n. 2, p. 157–163, 2019.

VERTHEIN, U.P.; GASPAR, M.C.M.P. Normativizando o comer: análise crítica de guias alimentares brasileiros e espanhóis no contexto da pandemia de COVID-19. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 26, n. 4, p. 1429–1440, 2021.

WANG, Z. *et al.* Moral injury in Chinese health professionals during the COVID-19 pandemic. **Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy**, [s. l.], v. 14, n. 2, p. 250–257, 2022.

WANG, S *et al.* Sleep disturbances among medical workers during the outbreak of COVID-2019. **Occupational Medicine**, [s. l.], v. 70, n. 5, p. 364–369, 2020.

WEINTRAUB, A.C.A.M. *et al.* **Saúde mental e atenção psicossocial na pandemia Covid-**

19: Orientações aos trabalhadores dos serviços de saúde. . Brasilia - DF: [s. n.], 2020.

WHO. **A Glossary of Terms for Community Health Care and Services for Older Persons.** Kobe, Japão: [s. n.], 2004a.

WHO. A Glossary of Terms for Community Health Care and Services for Older Persons. **WHO**, [s. l.], 2004b.

WHO. Global Panel on Agriculture and Food Systems for Nutrition. Food systems and diets: Facing the challenges of the 21st century. **WHO**, [s. l.], 2016.

WHO. **NONCOMMUNICABLE DISEASES: PROGRESS MONITOR 2022.** Geneva: [s. n.], 2022.

WHO. **Physical status: the use and interpretation of anthropometry.** Geneva: [s. n.], 1995.

WU, K.; WEI, X. Analysis of Psychological and Sleep Status and Exercise Rehabilitation of Front-Line Clinical Staff in the Fight Against COVID-19 in China. **Medical Science Monitor Basic Research**, [s. l.], v. 26, 2020.

XIE, H. *et al.* Association between healthy lifestyle and the occurrence of cardiometabolic multimorbidity in hypertensive patients: a prospective cohort study of UK Biobank. **Cardiovascular Diabetology**, [s. l.], v. 21, n. 1, p. 199, 2022.

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – VIRTUAL

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO - UFPE

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - COLETA DE DADOS VIRTUAL

(PARA MAIORES DE 18 ANOS OU EMANCIPADOS)

Convidamos o (a) Sr. (a) para participar como voluntário (a) da pesquisa **“Mudanças no estilo de vida de profissionais da saúde de Pernambuco após intervenção voltada para a qualificação do cuidado à pessoa com obesidade na atenção básica”**, que está sob a responsabilidade do (a) pesquisador (a) Ivanildo Ribeiro Domingos Júnior, residente na rua Frei-Estevão, nº 124, Centro, Limoeiro – PE, 55700-000 – Telefone (81) 999984256, E-mail: ivanildo.ribeiro@ufpe.br.

Também participam desta pesquisa os pesquisadores: Nathália Paula de Souza Telefones para contato: (81) 997997158, sob a orientação do Profº. Drº Pedro Israel Cabral de Lira, e-mail: pedro.clira@ufpe.br e Nathália Paula de Souza, e-mail: nathalia.psouza@ufpe.br.

Todas as suas dúvidas podem ser esclarecidas com o responsável por esta pesquisa. Apenas quando todos os esclarecimentos forem dados pedimos que selecione, ao final do formulário, se aceita ou não participar da pesquisa. Caso sua resposta seja positiva, solicitamos o preenchimento correto dos seus dados pessoais (nome completo e CPF) e depois do questionário específico da pesquisa. Todos os participantes terão acesso às perguntas da pesquisa apenas depois de fornecer o seu consentimento. Para responder toda a pesquisa você vai precisar de um tempo médio de 15 minutos.

Você estará livre para decidir participar ou recusar-se. Caso não aceite participar, não haverá nenhum problema, desistir é um direito seu, bem como será possível retirar o consentimento em qualquer fase da pesquisa, também sem nenhuma penalidade.

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:

➤ **Descrição da pesquisa:** O presente projeto tem o objetivo de avaliar as mudanças na estilo de vida de profissionais da saúde de Pernambuco após intervenção voltada para a qualificação do cuidado à pessoa com obesidade na atenção básica do estado de Pernambuco. Esse projeto busca analisar as condições de saúde dos trabalhadores da APS, para saber se o conhecimento que será adquirido no decorrer de uma intervenção voltada para a qualificação do cuidado à pessoa com obesidade poderá gerar mudanças de comportamento pessoal e autocuidado, refletindo no estilo de vida. Também se justifica pela importância de educação continuada voltada para o cuidar e para o autocuidado e de ações e políticas públicas voltados para promoção da saúde de quem cuida. A coleta de dados será realizada por meio de questionário eletrônico envolvendo questões socioeconômicas, demográficas, de estilo de vida, antropométricas e autopercepção das mudanças no estilo de vida e no autocuidado. O formulário será realizado no *Googleforms* através do link <https://forms.gle/1P3AaJMUA31uVeYLA> e disponibilizado na plataforma *moodle*, além de ser enviado por meio digital e eletrônico, quando necessário e solicitado. A intervenção educacional está vinculada ao projeto intitulado “Processos Formativos para o Enfrentamento e Controle da Obesidade no Âmbito do SUS em Pernambuco – ECOASUS – PE”, com o qual o voluntário desta pesquisa já se encontra matriculado.

➤ **Esclarecimento do período de participação do voluntário da pesquisa:** Os participantes da pesquisa que desejarem contribuir com todas as etapas desta pesquisa receberão instruções para responder o questionário em 4 momentos em um período de aproximadamente nove meses. O curso e todos os questionários serão realizados na modalidade à distância, os questionários serão aplicados em quatro etapas: a primeira antes do início do curso, a segunda três meses depois de iniciar, a terceira no momento de concluir o curso e a última três meses após o término da intervenção.

- **Riscos:** Entre os riscos que a presente pesquisa pode promover destaca-se o constrangimento em responder algumas perguntas do questionário, o qual será minimizado com o envio na modalidade eletrônica e autoaplicável. Outro risco possível pode ser a divulgação de dados confidenciais, que será minimizado garantindo o sigilo individual e armazenamento dos dados em local seguro.
- **Benefícios diretos e indiretos:** Em contrapartida, em relação aos benefícios podemos citar a melhora no estilo de vida dos profissionais de saúde, de forma direta, e dos usuários, de forma indireta. Além do estímulo a consciência sobre a relação entre conhecimento e prática do autocuidado. Ademais, estudos desta natureza podem contribuir para o monitoramento da situação de saúde de profissionais da saúde, fundamentando a necessidade de educação continuada voltada para o cuidar e para o autocuidado e de ações e políticas públicas voltados para promoção da saúde de quem cuida. Dessa forma, os pesquisadores se comprometem em devolver os resultados desse estudo para aos participantes por meio de um resumo digital dos principais achados.

Todas as informações desta pesquisa serão confidenciais e serão divulgadas apenas em eventos ou publicações científicas, não havendo identificação dos voluntários, a não ser entre os responsáveis pelo estudo, sendo assegurado o sigilo sobre a sua participação. Os dados coletados nesta pesquisa ficarão armazenados em uma planilha de dados no Drive, sob a responsabilidade do Pesquisador, no endereço de E-mail ivanildo.ribeiro@ufpe.br, pelo período de mínimo 5 anos após o término da pesquisa.

Nada lhe será pago e nem será cobrado para participar desta pesquisa, pois a aceitação é voluntária, mas fica também garantida a indenização em casos de danos, comprovadamente decorrentes da participação na pesquisa, conforme decisão judicial ou extrajudicial. Se houver necessidade, as despesas para a sua participação serão assumidas pelos pesquisadores (ressarcimento de transporte e alimentação).

Em caso de dúvidas relacionadas aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da UFPE no endereço: **(Rua Dr. João Moura, 92 Bela Vista, Vitória de Santo Antão-PE, CEP: 55.612-440, Tel.: (81) 3114-4152– e-mail: cep.cav@ufpe.br).**

(Assinatura do Pesquisador)

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO VOLUNTÁRIO (A)

Eu, _____, CPF _____, abaixo assinado, após a leitura (ou a escuta da leitura) deste documento e de ter tido a oportunidade de conversar e ter esclarecido as minhas dúvidas com o pesquisador responsável, concordo em participar do estudo “**Mudanças no estilo de vida de profissionais da saúde de Pernambuco após intervenção voltada para a qualificação do cuidado à pessoa com obesidade na atenção básica**”, como voluntário (a). Fui devidamente informado (a) e esclarecido (a) pelo(a) pesquisador (a) sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar o meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade.

Tendo em vista os itens acima apresentados, eu, de forma livre e esclarecida, manifesto meu consentimento para participar da pesquisa.

() Aceito Participar da pesquisa

() Não aceito participar da pesquisa

APÊNDICE B – QUESTIONÁRIO DE COLETA DE DADOS

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO
Nome Completo:
E-mail:
CPF:
Telefone para contato:
Está acompanhando o curso ECOASUS-PE?
☐ SIM
☐ NÃO
Se respondeu não na questão anterior, qual o motivo?
QUESTIONÁRIO DE CARACTERIZAÇÃO
1. Sexo
☐ Feminino ☐ Masculino ☐ Outros
2. Data de nascimento: / /
3. Idade em anos:
4. Profissão:
☐ Médico ☐ Assistente social ☐ Profissional de educação física ☐ Farmacêutico ☐ Nutricionista ☐ Fisioterapeuta ☐ Fonoaudiólogo ☐ Psicólogo ☐ Enfermeiro ☐ Terapeuta ocupacional ☐ Sanitarista ☐ Dentista ☐ Veterinário ☐ Outro: _____
5. Em média, qual a sua Renda Familiar?
☐ Até 1 salário mínimo
☐ De 2 a 3 Salários mínimos
☐ De 3 a 4 Salários mínimos
☐ De 4 a 5 Salários mínimos
☐ Mais de 5 Salários mínimos
☐ Não quero informar

6. Qual município de atuação? _____
7. O município citado anteriormente pertence a qual GERES de Saúde? _____
8. Em qual ano e semestre você finalizou a graduação?
9. Qual seu tempo de trabalho no cargo atual? (meses)
10. Qual o seu maior nível de titulação? ☐ Graduação ☐ Pós-Graduação ☐ Residência ☐ Mestrado ☐ Doutorado _____
11. Você costuma acessar a Internet?
☐ Sim ☐ Não
12. Se a resposta foi sim para a pergunta anterior, com qual frequência você acessa a internet?
☐ Nunca ☐ Raramente ☐ Às vezes ☐ Muitas vezes ☐ Sempre
13. Em qual(is) local(is) você costuma ter mais acesso à internet? (Pode marcar mais de uma opção)
☐ Em casa ☐ No trabalho ☐ Na universidade ☐ Outros locais
14. Qual(is) dispositivo(s) você mais utiliza para acessar a internet? (Pode marcar mais de uma opção)
☐ Celular ☐ Tablet ☐ Notebook/computador
15. Você fez ou faz algum curso a distância ou semipresencial?
☐ Sim ☐ Não
16. Você considera que estudar em cursos à distância:
☐ Requer mais esforços que cursos presenciais ☐ Requer a mesma quantidade de esforços ☐ Requer menos esforços

17. Você já participou de alguma capacitação no enfrentamento e cuidado da obesidade?
☐ Sim ☐ Não
18. Se a resposta foi sim para a pergunta anterior, qual foi o formato da capacitação?
☐ Presencial ☐ Semipresencial ☐ EAD
19. Quem forneceu a capacitação realizada?
☐ Governo Municipal ☐ Governo Estadual ☐ Governo Federal ☐ Iniciativa Própria
20. A capacitação era gratuita?
☐ Sim ☐ Não
21. Com que frequência você atende (assiste, ajuda, orienta) pessoas com obesidade?
☐ Nunca ☐ Raramente ☐ Às vezes ☐ Muitas vezes ☐ Sempre
22. Com que frequência você atende (assiste, ajuda, orienta) pessoas com hipertensão?
☐ Nunca ☐ Raramente ☐ Às vezes ☐ Muitas vezes ☐ Sempre
23. Com que frequência você atende (assiste, ajuda, orienta) pessoas com diabetes?
☐ Nunca ☐ Raramente ☐ Às vezes ☐ Muitas vezes ☐ Sempre
24. Com que frequência você atende (assiste, ajuda, orienta) pessoas com dislipidemias?
☐ Nunca ☐ Raramente ☐ Às vezes ☐ Muitas vezes ☐ Sempre

Questionário antropométrico
1. Qual a data de hoje? _/ /
2. O(A) sr.(a.) sabe seu peso? (<i>mesmo que seja valor aproximado</i>)
() Não
() Sim, QUAL: (<i>quilos - kg</i>)
3. Quanto tempo faz que o(a) sr.(a.) se pesou da última vez?
() Menos de 1 semana
() Entre 1 semana e menos de 1 mês
() Entre 1 mês a menos de 3 meses
() Entre 3 meses e menos de 6 meses
() Há 6 meses ou mais
() Nunca se pesou
4. O(A) sr.(a.) sabe sua altura? (<i>mesmo que seja valor aproximado</i>)
() Não
() Sim, QUAL: _____ (<i>centímetros - cm</i>)
<u>Ser for mulher com idade entre 18 e 49 anos de idade</u>
1. A sra. está grávida neste momento?
() Sim
() Não
() Não sei

Questionário estilo de vida
1. O(A) sr.(a.) costuma consumir alguma bebida alcoólica?
() Não
() Sim
2. Com que frequência o(a) sr.(a.) costuma consumir alguma bebida alcoólica?
() Anualmente
() Menos de 1x por semestre
() Menos de 1x por mês
() Menos de 1x por semana
() Entre 1x – 3x por semana
() Mais de 5x por semana
() Não bebo (pular a próxima questão)
3. Em geral, no dia que o(a) sr(a) bebe, quantas doses de bebida alcoólica o(a) sr(a) consome? (<i>1 dose de bebida alcoólica equivale a 1 lata de cerveja, 1 taça de vinho ou 1 dose de cachaça, whisky ou qualquer outra bebida alcoólica destilada</i>)

QUANTAS DOSES: _____
4. O(A) sr.(a.) costuma fumar?
☐ SIM, Quantidade de cigarros/dia: _____ ☐ Não. ☐ Não fumo atualmente, mas já fumei. ☐ Não fumo atualmente, mas sou fumante passivo (Quando você não fuma, mas tem uma pessoa do seu convívio tem o hábito de fumar perto de você)

Questionário prática de atividade física
<u>RESPONDER COM BASE NA ÚLTIMA SEMANA</u>
1. O(A) sr.(a.) realiza alguma atividade física?
☐ Não (pular para o próximo questionário) ☐ Sim
2. Se sim, Qual? (PODE MARCAR MAIS DE UMA OPÇÃO)
01. Caminhada (não vale para o trabalho) 02. Caminhada em esteira 03. Corrida/cooper 04. Corrida em esteira 05. Musculação 06. Ginástica aeróbica/spinning/step/jump 07. Hidroginástica 08. Ginástica em geral/localizada/pilates/alongamento/ioga 09. Natação 10. Artes marciais e luta 11. Bicicleta/bicicleta ergométrica 12. Futebol 13. Basquetebol 14. Voleibol 15. Tênis 16. Dança (com o objetivo de praticar atividade física) Outro (QUAL?):
3. Quanto tempo o(a) sr.(a.) utiliza para essa atividade física por dia (mesmo que seja valor aproximado)
_____ (minutos)
4. Quantos dias na semana o(a) sr.(a.) utiliza para realizar atividade física

_____ (dias)
5. Quanto tempo no total você gasta sentado durante um dia de semana? (Não vale o tempo deitado ou usado para deslocamento)
____ horas ____ minutos
6. Para o deslocamento da sua casa para o seu trabalho, o(a) sr.(a.) anda mais de 10 minutos a pé ou de bicicleta?
() Não () Sim, QUANTOS MINUTOS: _____
7. No seu trabalho, o(a) sr.(a.) faz atividade pesada que requer esforço físico intenso?
() Não () Sim, QUANTOS MINUTOS: _____
8. Em média, quantas horas por dia o(a) sr.(a.) costuma ficar assistindo televisão?
() Menos de 1 hora () Entre 1 horas e menos de 2 horas () Entre 2 horas e menos de 3 horas () Entre 3 horas e menos de 4 horas () Entre 4 horas e menos de 5 horas () Entre 5 horas e menos de 6 horas () 6 horas ou mais () Não assisto televisão
9. Em média, quantas horas por dia o(a) sr.(a.) costuma ficar no computador?
() Menos de 1 hora () Entre 1 horas e menos de 2 horas () Entre 2 horas e menos de 3 horas () Entre 3 horas e menos de 4 horas () Entre 4 horas e menos de 5 horas () Entre 5 horas e menos de 6 horas () 6 horas ou mais () Não fico no computador
10. Em média, quantas horas por dia o(a) sr.(a.) costuma ficar no celular ou tablet?
() Menos de 1 hora () Entre 1 horas e menos de 2 horas () Entre 2 horas e menos de 3 horas () Entre 3 horas e menos de 4 horas () Entre 4 horas e menos de 5 horas () Entre 5 horas e menos de 6 horas () 6 horas ou mais () Não fico muito no celular ou tablet

Questionário auto avaliação do estado de saúde						
AUTO AVALIAÇÃO DO ESTADO DE SAÚDE OBS: Assinale a opção que melhor corresponde à opinião do sr.(a.) sobre os aspectos da sua saúde mencionados nas perguntas abaixo.	MUITO BOM	BOM	REGULAR	RUIM	MUITO RUIM	NÃO SEI
Em geral, como o(a) sr.(a.) avalia a sua saúde?						
Em geral, como o(a) sr.(a.) avalia o seu nível de atividade física?						
Em geral, como o(a) sr.(a.) avalia a sua alimentação?						
Em geral, como o(a) sr.(a.) avalia o seu estado emocional?						
Em geral, como o(a) sr.(a.) avalia o seu estilo de vida?						

Questionário hábitos alimentares				
HÁBITOS ALIMENTARES OBS: Para esse questionário assinale a opção que melhor representa o seu dia a dia considerando as práticas alimentares mencionadas nas afirmativas abaixo e classificando se você discorda fortemente, discorda, concorda ou concorda fortemente.	DISCORDO FORTEMENTE	DISCORDO	CONCORDO	CONCORDO FORTEMENTE
Costumo comer balas, chocolates e outras guloseimas.				
Costumo beber sucos industrializados, como de caixinha, em pó, garrafa ou lata.				
Costumo frequentar restaurantes fast-foods ou lanchonetes.				
Tenho o hábito de “beliscar” algum alimento no intervalo entre as refeições.				
Costumo beber refrigerante.				
Costumo trocar a comida do almoço ou do jantar por sanduíches, salgados e/ou pizza.				
Quando bebo café ou chá, costumo colocar açúcar.				

Aproveito o horário das refeições para resolver outras coisas e acabo deixando de comer.				
Costumo fazer as refeições na minha mesa de trabalho ou de estudos.				
Costumo fazer minhas refeições sentado(a) no sofá da sala ou na cama. Costumo pular pelo menos uma das refeições principais (Almoço e/ou Jantar).				
Costumo fazer minhas refeições sentado (a) à mesa.				
Procuo realizar as refeições com calma.				
Eu costumo participar ou faço o preparo dos alimentos na minha casa.				
Na minha casa compartilhamos as tarefas que envolvem o preparo e consumo das refeições.				
Costumo comprar alimentos em feiras livres ou feiras de rua.				
Quando eu faço pequenos lanches ao longo do dia, costumo comer frutas ou castanhas.				
Quando escolho frutas, verduras e legumes, dou preferência para aqueles que são de produção local.				
Quando escolho frutas, verduras e legumes, dou preferência para aqueles que são orgânicos.				
Costumo levar algum alimento comigo para caso eu sinta fome ao longo do dia.				
Costumo planejar as refeições que farei no dia.				
Costumo variar o consumo de feijão por ervilha, lentilha ou grão de bico.				
Na minha casa é comum usarmos farinha de trigo integral.				
Costumo comer fruta no café da manhã.				

ANEXO A – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS

UFPE - CENTRO ACADÊMICO DE VITÓRIA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO - CAV/UFPE	
--	---

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: MUDANÇAS NA QUALIDADE DE VIDA DE PROFISSIONAIS DA SAÚDE DE PERNAMBUCO APÓS INTERVENÇÃO VOLTADA PARA A QUALIFICAÇÃO DO CUIDADO À PESSOA COM OBESIDADE NA ATENÇÃO BÁSICA

Pesquisador: IVANILDO RIBEIRO DOMINGOS JUNIOR

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 45141621.2.0000.0430

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO

Patrocinador Principal: MINISTÉRIO DA SAÚDE

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.724.781

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um projeto de pesquisa de dissertação de mestrado intitulado "Mudanças na Qualidade de Vida de Profissionais da Saúde de Pernambuco após Intervenção voltada para a Qualificação do Cuidado à Pessoa com Obesidade na Atenção Básica" do pesquisador responsável Ivanildo Ribeiro Domingos Júnior. As informações elencadas nos campos "Apresentação do Projeto", "Objetivo da Pesquisa" e "Avaliação dos Riscos e Benefícios" foram retiradas do arquivo Informações Básicas da Pesquisa (PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1727548.pdf de 05/05/2021) e/ou do Projeto Detalhado (PROJETO_DETALHADO.docx de 05/05/2021): Resumo, Metodologia, Critérios de inclusão e exclusão. Essa pesquisa tem por base um desenho de estudo do tipo longitudinal, vinculado ao projeto maior intitulado "Processos Formativos para o Enfrentamento e Controle da Obesidade no Âmbito do SUS em Pernambuco – ECOASUS – PE". O estudo terá como público-alvo os profissionais de saúde, com nível superior, vinculados preferencialmente ao Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), dos 81 municípios da I, IV, V e VIII GERES, perfazendo assim uma amostra de no máximo 525 profissionais que participarão da intervenção, onde serão distribuídos em turmas de 35 alunos, em média, o curso contará com 15 tutores para acompanhamento das atividades. As inscrições serão realizadas por meio de formulário on line, divulgado via redes sociais e rede de

Endereço: Rua Dr. João Moura, 60 Bela Vista	
Cidade: Recife	CEP: 55.612-440
UF: PE	Município: VITÓRIA DE SANTO ANTAO
Telefone: (81)3114-4152	E-mail: cep.cav@ufpe.br

**UFPE - CENTRO ACADÊMICO
DE VITÓRIA DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DE
PERNAMBUCO - CAV/UFPE**



Continuação do Parecer: 4.724.781

contatos dos gestores municipais, regionais e estaduais. A intervenção de que trata esse projeto refere-se a um curso de 180 horas, na modalidade à distância distribuído em seis módulos, executados em um período médio de seis meses, voltado para atualização desses profissionais nas temáticas referentes a prevenção, diagnóstico e tratamento da obesidade no âmbito do SUS. Sendo previsto a sua realização entre os meses de maio a outubro de 2021.

O projeto apresenta como critérios de inclusão os profissionais da saúde, com nível superior, vinculados às equipes dos Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASF), de Saúde da Família (eSF) ou de Atenção Básica (eAB) dos 81 municípios da I, IV, V e VIII GERES do estado de Pernambuco, devidamente matriculados no curso de aperfeiçoamento do projeto ECOASUS-PE. Serão excluídos os profissionais da saúde sem vínculo comprovado com a rede de saúde do SUS, que não estão vinculados ao curso do projeto ECOASUS-PE e que não se considerarem aptos ao uso de tecnologias da informação.

A participação na pesquisa acontecerá de forma voluntária, após o esclarecimento de todas as etapas da proposta aos entrevistados nos momentos síncronos da intervenção/cursos e enviado uma nota explicativa e colocado na plataforma virtual antes de solicitar a assinatura do TCLE. A coleta de dados será realizada por meio de questionário eletrônico disponibilizado através do envio de um link contendo questões socioeconômicas, demográficas, de estilo de vida e informação dos dados antropométricos de peso e altura referidos, além da autopercepção das mudanças na qualidade de vida e no autocuidado. Os questionários serão encaminhados aos participantes em 4 momentos, sendo o primeiro 30 dias antes da intervenção ou nos primeiros 7 dias do início, o segundo 3 meses após o início da intervenção, o terceiro no final da intervenção e o quarto 3 meses após o término da intervenção.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo primário:

Avaliar as mudanças na qualidade de vida de profissionais da saúde de Pernambuco após intervenção voltada para a qualificação do cuidado à pessoa com obesidade na atenção básica.

Objetivos secundários:

- Caracterizar o perfil sociodemográfico dos profissionais da saúde;
- Descrever a evolução do estado nutricional, práticas alimentares e do estilo de vida antes,

Endereço: Rua Dr. João Moura, 92 Bela Vista

Bairro: Matriz

CEP: 55.612-440

UF: PE

Município: VITORIA DE SANTO ANTAO

Telefone: (81)3114-4152

E-mail: cnp_cav@ufpe.br

**UFPE - CENTRO ACADÊMICO
DE VITÓRIA DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DE
PERNAMBUCO - CAV/UFPE**



Continuação do Parecer: 4.724.781

durante e após uma intervenção voltada à qualificação do cuidado à pessoa com obesidade;
- Avaliar a autopercepção das mudanças na qualidade de vida e no autocuidado dos profissionais da saúde, após participação na intervenção.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os riscos e benefícios encontram-se adequados e em conformidade com a metodologia proposta.

Riscos: "Entre os riscos que a presente pesquisa pode promover destaca-se o constrangimento em responder algumas perguntas do questionário, o qual será minimizado com o envio na modalidade eletrônica e autoaplicável. Outro risco possível pode ser a divulgação de dados confidenciais, que será minimizado garantindo o sigilo individual e armazenamento dos dados em local seguro."

Benefícios: "Em contrapartida, em relação aos benefícios podemos citar a melhora na qualidade de vida dos profissionais de saúde, de forma direta, e dos usuários, de forma indireta. Além do estímulo a consciência sobre a relação entre conhecimento e prática do autocuidado. Ademais, estudos desta natureza podem contribuir para o monitoramento da situação de saúde de profissionais da saúde, fundamentando a necessidade de educação continuada voltada para o cuidar e para o autocuidado e de ações e políticas públicas voltados para promoção da saúde de quem cuida. Dessa forma, os pesquisadores se comprometem em devolver os resultados desse estudo para os participantes por meio de um resumo digital dos principais achados."

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto apresenta-se com o desenho apropriado para a proposta e com relevância científica na área de estudo.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos anexados encontram-se em conformidade com as exigências do CEP.

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Trata-se de análise de resposta ao parecer pendente no. 4.666.738 emitido pelo CEP em 23/04/2021:

1. Adequar no Termo de Consentimento Livre Esclarecido para pesquisa online na seguinte frase:

Endereço: Rua Dr. João Moura, 92 Bela Vista	
Bairro: Matriz	CEP: 55.612-440
UF: PE	Município: VITÓRIA DE SANTO ANTÃO
Telefone: (81)3114-4152	E-mail: cep.cav@ufpe.br

**UFPE - CENTRO ACADÊMICO
DE VITÓRIA DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DE
PERNAMBUCO - CAV/UFPE**



Continuação do Parecer: 4.724.781

"Apenas quando todos os esclarecimentos forem dados e você concorde com a realização do estudo, pedimos que rubrique as folhas e assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma via lhe será entregue e a outra ficará com o pesquisador responsável", em consonância com as orientações presentes na Carta Circular nº 1/2021-CONEP/SECNS/MS, item 2;

ANÁLISE: Pendência atendida.

2. Incluir o tempo estimado para responder o questionário (formulário eletrônico) tanto na metodologia do projeto detalhado quanto no TCLE (Norma Operacional CNS/MS no. 001/2013 - item 3.4.1);

ANÁLISE: Pendência atendida.

3. Anexar Folha de Rosto devidamente preenchida: datada, assinada e carimbada pelo responsável da Instituição Proponente (Norma Operacional CNS/MS no. 001/2013 - item 3.3);

ANÁLISE: Pendência atendida.

4. Adequar no projeto resumido no campo "Outras informações a critério do pesquisador", na tela 5, além da informação que "o orçamento financeiro desta pesquisa será de inteira responsabilidade do pesquisador principal", informar, também, que o projeto ECOASUS-PE é financiado pelo Ministério da Saúde, via CNPq, por meio da Chamada N.26/2018 (Norma Operacional CNS/MS no. 001/2013 - item 3.4.1);

ANÁLISE: Pendência atendida.

5. Incluir um documento comprobatório que o projeto ECOASUS-PE é financiado pelo Ministério da Saúde, via CNPq, por meio da chamada No 26/2018 (Norma Operacional CNS/MS no. 001/2013 - item 3.4.1);

ANÁLISE: Pendência atendida.

6. Adequar o cronograma para que a coleta de dados se inicie após da aprovação do projeto pelo CEP, se for necessário, conforme a resolução 466/12.

ANÁLISE: Pendência atendida.

Endereço: Rua Dr. João Moura, 92 Bela Vista

Bairro: Matriz

CEP: 55.612-440

UF: PE

Município: VITORIA DE SANTO ANTAO

Telefone: (81)3114-4152

E-mail: cep.cav@ufpe.br

**UFPE - CENTRO ACADÊMICO
DE VITÓRIA DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DE
PERNAMBUCO - CAV/UFPE**



Continuação do Parecer: 4.724.781

Considerações Finais a critério do CEP:

As exigências foram atendidas e o protocolo está APROVADO, sendo liberado para o início da coleta de dados. Informamos que a APROVAÇÃO DEFINITIVA do projeto só será dada após o envio do Relatório Final da pesquisa. O pesquisador deverá fazer o download do modelo de Relatório Final para enviá-lo via "Notificação", pela Plataforma Brasil. Siga as instruções do link "Para enviar Relatório Final", disponível no site do CEP. Após apreciação desse relatório, o CEP emitirá novo Parecer Consubstanciado definitivo pelo sistema Plataforma Brasil.

Informamos, ainda, que o (a) pesquisador (a) deve desenvolver a pesquisa conforme delineada neste protocolo aprovado, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao voluntário participante (Item V.3., da Resolução CNS/MS Nº 466/12).

Eventuais modificações nesta pesquisa devem ser solicitadas através de EMENDA ao projeto, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas.

É obrigatório que o pesquisador responsável pelo Protocolo de Pesquisa apresente a este Comitê de Ética, relatório parcial das atividades desenvolvidas no período de seis meses a contar da data de sua aprovação (item X.1.3.b., da Resolução CNS/MS Nº 466/12).

O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (item V.5., da Resolução CNS/MS Nº 466/12). É papel do/a pesquisador/a assegurar todas as medidas imediatas e adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e ainda, enviar notificação à ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária, junto com seu posicionamento.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1727548.pdf	05/05/2021 18:40:18		Aceito
Outros	CARTA_RESPOSTACEP.docx	05/05/2021 18:36:11	IVANILDO RIBEIRO DOMINGOS JUNIOR	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_DETALHADO.docx	05/05/2021 18:32:49	IVANILDO RIBEIRO DOMINGOS JUNIOR	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento /	TCLEColetaVirtual.doc	05/05/2021 18:32:12	IVANILDO RIBEIRO DOMINGOS JUNIOR	Aceito

Endereço: Rua Dr. João Moura, 92 Bela Vista

Bairro: Matriz

CEP: 55.612-440

UF: PE

Município: VITORIA DE SANTO ANTAO

Telefone: (81)3114-4152

E-mail: cep.cav@ufpe.br

**UFPE - CENTRO ACADÊMICO
DE VITÓRIA DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DE
PERNAMBUCO - CAV/UFPE**



Continuação do Parecer: 4.724.781

Justificativa de Ausência	TCLEColetaVirtual.doc	05/05/2021 18:32:12	IVANILDO RIBEIRO DOMINGOS JUNIOR	Aceito
Outros	comprovanteCnpq.pdf	04/05/2021 08:58:30	IVANILDO RIBEIRO DOMINGOS JUNIOR	Aceito
Folha de Rosto	FOLHADEROSTOASS.pdf	04/05/2021 08:53:38	IVANILDO RIBEIRO DOMINGOS JUNIOR	Aceito
Outros	Decl_MATRICULA_IVANILDORIBEIRO.pdf	01/04/2021 00:02:57	IVANILDO RIBEIRO DOMINGOS JUNIOR	Aceito
Outros	Termo_Confidencialidade.docx	01/04/2021 00:02:23	IVANILDO RIBEIRO DOMINGOS JUNIOR	Aceito
Outros	Carta_Anuencia.jpg	01/04/2021 00:01:53	IVANILDO RIBEIRO DOMINGOS JUNIOR	Aceito
Outros	Curriculo_LattesPEDRO.docx	01/04/2021 00:01:12	IVANILDO RIBEIRO DOMINGOS JUNIOR	Aceito
Outros	CurriculoLattesNathalia.docx	01/04/2021 00:00:52	IVANILDO RIBEIRO DOMINGOS JUNIOR	Aceito
Outros	CurriculoLattes.docx	31/03/2021 23:56:30	IVANILDO RIBEIRO DOMINGOS JUNIOR	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

VITORIA DE SANTO ANTAO, 20 de Maio de 2021

Assinado por:
ERIKA MARIA SILVA FREITAS
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Dr. João Moura, 92 Bela Vista

Bairro: Matriz

CEP: 55.612-440

UF: PE

Município: VITORIA DE SANTO ANTAO

Telefone: (81)3114-4152

E-mail: cep.cav@ufpe.br